

Ministério da Saúde.  
**Fundação Oswaldo Cruz.**  
Escola Nacional de Saúde Pública

## **Obesidade & Pobreza: o aparente paradoxo**

*por*

*Vanessa Alves Ferreira*

Rio de Janeiro  
2003

Ministério da Saúde.  
**Fundação Oswaldo Cruz.**  
Escola Nacional de Saúde Pública

Esta dissertação intitulada:

**Obesidade & Pobreza: o aparente paradoxo**

apresentada por

*Vanessa Alves Ferreira*

*à Comissão de Pós-Graduação da Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública*

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Rosana Magalhães  
Orientadora

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Sueli Rosina Tonial  
1<sup>a</sup> examinadora

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Luciene Burlandy Campos de Alcântara  
2<sup>a</sup> examinadora

Rio de Janeiro, 29 de agosto de 2003.

*Dedico esta dissertação a minha avó (in memoriam) que durante o percurso desta obra partiu como num rastro de luz e deixou além da imensa saudade o exemplo de doçura e generosidade. A dona Maria, nordestina como muitas das mulheres deste estudo, meu eterno amor e gratidão.*

## AGRADECIMENTOS

A consolidação desta dissertação de mestrado ocorre em meio ao inverno, estação onde o recolhimento sela o refúgio ao clima frio e melancólico. Em meio a esta etapa natural e climática volto meus olhares para o percurso de elaboração desta obra. Período de igual isolamento e introspecção. Foram inúmeros os momentos de solidão diante das leituras e dúvidas que marcaram os capítulos escritos aqui. Descobertas e conclusões foram permeadas por tensão, angústia, alegria e satisfação. Sentimentos contraditórios, porém igualmente intensos. Trajetória longa construída passo a passo entre idas e vindas, desfechos e retomadas. Em meio a tudo isso a presença confortante, singela e desafiante da minha orientadora. Sinto-me sim, privilegiada por ter compartilhado da sabedoria e sensibilidade de Rosana Magalhães. Integrante de um grupo seletivo de mestres que mais do que orientar são cúmplices e afetuosos. Sei que não pude corresponder a todas as solicitações, mas fiz o possível. Obrigada Rosana. Nossa parceria foi ímpar, foi luz!

Agradeço ainda a tantas outras pessoas que contribuíram e muito para que eu pudesse redigir de forma satisfatória este trabalho. Em primeiro lugar aos meus colegas, aos pesquisadores, mestres e doutores do Curso de Pós Graduação da Escola Nacional de Saúde Pública/ENSP/FIOCRUZ que durante os seminários e disciplinas apontaram caminhos para o desenvolvimento desta pesquisa. Já sinto saudades. Agradeço a Maria Lúcia Bosi do Núcleo de Saúde Coletiva da UFRJ e a Rosely Sichieri do Instituto de Medicina Social da UERJ por todas as contribuições a esta dissertação ainda na etapa de qualificação. A Cristina Mendonça professora do Departamento de Nutrição Social da Faculdade de Nutrição da UFF pelas sugestões bibliográficas que foram fundamentais para compor esta dissertação. A Sheila Rotemberg e Suzete Marcolan do Instituto de Nutrição Annes Dias por cederem espaços em suas agendas de trabalho para compartilhar dos meus infindáveis questionamentos. A Silvia Gugelmin professora da Faculdade de Nutrição da UERJ pela leitura cuidadosa e atenta ao trabalho. A banca examinadora composta por Sueli Tonial e Luciene Burlandy pelo debate proveitoso durante a defesa da tese. A direção e todos os profissionais do Centro Municipal de Saúde da Gávea – CMS Píndaro de Carvalho Rodrigues por me receberem de braços e

corações abertos, sempre solícitos, permitindo que o trabalho de campo fosse rico e precioso. Especialmente, agradeço a nutricionista Rita. Mais do que ajudar a sinalizar as entrevistadas, foi amiga, foi divertida! Agradeço aos meus amigos e familiares que em muitas ocasiões foram privados da minha companhia ainda que com insatisfação e pouco entendimento. Valeu a (in) compreensão, valeu o apoio velado! Retornarei ao nosso pleno convívio sem dúvida alguma mais inteira e completa.

Agradeço ainda as mulheres da Rocinha. Marias nordestinas, mães e chefes de família por exporem suas vidas, contarem suas histórias, seus dilemas cotidianos em meio a risos e lágrimas. Ouvi-las em suas narrativas foi desconcertante, foi emocionante! Não esquecerei dos olhares que encobriam um misto de agradecimento e incompreensão por estarem diante de uma profissional que “simplesmente” se dispôs a dar “voz” a cidadãs “sem voz”. Obrigada a todas vocês. O mérito foi mútuo!

Agradeço imensamente a essa força motriz que nos direciona pelos caminhos e coloca em nossas vidas as pessoas certas, como todas essas que mencionei aqui. Por fim, fico na expectativa de que chegue a nova estação – primavera. Onde o sol além de brilhar com mais intensidade e luz trará junto as flores da estação. E torço para que esta dissertação floresça com o mesmo colorido e a mesma vivacidade.

*“A figura mais comum do pobre, (...) é a da criança esquelética, de barriga inchada, que a mídia divulga quando a fome se espalha num país. Esta imagem não é falsa, mas não é a única (...).”*

(Salama & Destremau, 1999).

## RESUMO

Nas últimas décadas a população brasileira experimentou intensas transformações em suas condições de vida, saúde e nutrição. Dentre as principais mudanças no perfil nutricional da população destaca-se o incremento da obesidade. Dados do Ministério da Saúde (2002) no Brasil revelam que 32% de nossa população adulta apresenta algum nível de excesso de peso. No entanto, a distribuição do problema não ocorre de maneira homogênea, ou seja, é possível perceber uma maior prevalência de obesidade em mulheres pobres da região sudeste do país. A compreensão desse aparente paradoxo impõe a busca de abordagens capazes de superar interpretações mecanicistas sobre as práticas e estratégias de consumo alimentar entre os grupos sociais mais desfavorecidos. Assim, o objetivo deste estudo é compreender a obesidade combinada à pobreza focalizando, além dos fatores determinantes de ordem econômica, constrangimentos de natureza cultural e simbólica, que possam estar articulados à conduta alimentar. Nesta perspectiva, o estudo buscou analisar o cotidiano das práticas alimentares através de entrevistas com mulheres obesas, usuárias do Centro Municipal de Saúde Píndaro de Carvalho Rodrigues e moradoras da Favela da Rocinha, compatibilizando informações sobre condições de vida e pobreza. Os resultados revelaram a estreita relação existente entre obesidade e pobreza. As tradições culturais, os aspectos simbólicos e materiais de vida, a alimentação e as diferentes percepções do corpo entre as mulheres entrevistadas demonstraram ser fundamentais para a explicação do perfil de obesidade no grupo. Neste sentido, o estudo alerta para a necessidade de reconhecer as múltiplas faces da obesidade no Brasil e, sobretudo as especificidades e singularidades dos diferentes segmentos da população. Tal perspectiva é importante para a proposição de estratégias e ações no campo das políticas de alimentação e nutrição.

**Palavras Chave:** saúde pública, nutrição, obesidade, pobreza e práticas alimentares.

**ABSTRACT**

In the last decade, Brazilian people tried hard transformation in their conditions of life, health and nutrition. Among the main changes in the people nutrition profile the obesity increase stands out. Data from the Brazil Health Ministry ( 2002 ) says that 32% of our adult people show some level of weight excess. However, the distribution of the problem doesn't happen in a homogeneous way, this is, it's possible to notice a great occurrence of obesity among poorest people, especially women poverty. The understanding of this apparent paradox imposes a search of approaches able to overcome mechanical interpretation about practice and strategies of food consumption between the most unfavorite social group. Thus, the aim of this subject is to comprehend the obesity matched to the poverty focus, through the determining factors of the economical order, on kind of cultural and symbolical embarrassment which may be articulate to the food behaviour. In this view, the study searched to analyse the food practices daily through interviews with fat women who attend *Píndaro de Carvalho Rodrigues* Health Municipal Center and citizens from *Rocinha* slum, composing information about life and poverty conditions. The results showed a narrow relation that exists between obesity and poverty. Cultural traditions, symbolical and material aspects, life and food conditions, and the different perceptions of the body among the interviewed women showed being essential for the explanation of obesity profile in the group. In this way, the study calls for the necessity to recognize the multiple sides of obesity in Brazil and, chiefly the different population segments specificity and singularity. Such overview is important to the strategies and actions proposals in areas of food and nutrition politics.

**Key words:** public health, nutrition, obesity, poverty and eating habits.



**SUMÁRIO**

Introdução -----	01
<b>Capítulo I Transição nutricional e o avanço da obesidade-----</b>	<b>06</b>
1.1 Obesidade no Brasil: tendências atuais-----	12
1.2 O mapa da obesidade nas regiões brasileiras-----	19
1.3 Obesidade e pobreza-----	22
1.4 A vulnerabilidade feminina-----	29
<b>Capítulo II O processo e o sentido das escolhas alimentares-----</b>	<b>33</b>
2.1 A alimentação enquanto signo-----	40
2.2 Estudos sobre a cultura alimentar no Brasil-----	44
2.3 Alimento, trabalho e lazer: metamorfoses do cotidiano-----	53
<b>Capítulo III - O corpo vivido, o corpo percebido: entrevistando usuárias do CMS da Gávea – Píndaro de Carvalho Rodrigues-----</b>	<b>57</b>
3.1 Histórias de vida, histórias de luta: metodologia e o universo social da pesquisa-----	58
3.2 Rotina de alimentação e consumo observado-----	77
3.3 Comida de pobre, comida de rico: revisitando o argumento-----	84
3.4 Percepções acerca da alimentação e do corpo obeso-----	87
<b>Capítulo IV Obesidade – uma face da desigualdade social-----</b>	<b>97</b>
<b>Capítulo V Considerações Finais-----</b>	<b>104</b>
<b>Referências Bibliográficas-----</b>	<b>109</b>

**Apêndice**

**Anexo 1**----- 122

**Anexo 2**----- 127

## LISTA DE FIGURAS, QUADROS E TABELAS

### Tabelas

Tabela 1: Classificação de sobrepeso/obesidade em adultos de acordo com o IMC -----	13
Tabela 2: Diferenciais por sexo na prevalência de baixo peso, sobrepeso e obesidade na população adulta e idosa segundo IMC em dois estudos nacionais ENDEF (1975) e PNSN (1989)-----	15
Tabela 3: Prevalência (%) da desnutrição e da obesidade em adultos no Brasil, 1974/75 e 1989-----	16
Tabela 4: Prevalência (%) na população de 18 anos ou mais com sobrepeso e 2 graus de obesidade segundo índice de massa corporal, por sexo. Brasil, 1989-----	17
Tabela 5: Prevalência (%) de obesidade segundo renda familiar per capita na população adulta. Brasil, 1989-----	18
Tabela 6: Prevalências (%) observadas e ajustadas de baixo peso, sobrepeso e obesidade na população adulta e idosa segundo o índice de massa corporal por sexo e situação de domicílio. PNSN, Brasil, 1989-----	19

### Gráficos

Gráfico 1: Prevalência (%) de excesso de peso segundo regiões Brasil, 1989-----	20
---	----

## Introdução

Este trabalho é fruto de inúmeros questionamentos que permearam a minha trajetória enquanto profissional nutricionista especialista em saúde pública. A graduação em nutrição no ano de 1999 e, posteriormente a pós-graduação na Escola Nacional de Saúde Pública e a inserção nas atividades cotidianas do Centro de Saúde Escola<sup>1</sup> propiciaram o amadurecimento para as questões relacionadas à nutrição coletiva e, conseqüentemente, fizeram emergir o interesse pelo aprofundamento teórico e pela pesquisa.

Neste processo foi possível reconhecer que os problemas alimentares se apresentam como bons indicadores das condições de vida das populações. A nutrição assume papel fundamental para os grupos humanos por se constituir em elemento vital não apenas para a sobrevivência e o bem estar dos indivíduos, mas para a expressão dos meios de vida, da cultura e da identidade dos povos. No Brasil, as questões relacionadas à fome caracterizam-se, historicamente, como desafios políticos e sociais. Nas décadas de 30 e 40, Josué de Castro, através da *Geografia da Fome*<sup>2</sup>, revelou a magnitude e a urgência da fome no país e se tornou um dos fundadores do campo científico da nutrição. A partir das investigações em torno da fome e da desnutrição no período, o campo da nutrição criou suas raízes, cresceu e se desenvolveu enquanto área de formação profissional e de pesquisa. Hoje, a complexidade dos problemas de nutrição da população brasileira, impõe novos caminhos para a pesquisa e a intervenção pública. Ainda sem equacionar satisfatoriamente os agravos relacionados à carência absoluta de alimentos, o país enfrenta a convivência de perfis de morbi-mortalidade, aparentemente paradoxais como o crescimento da obesidade associado à pobreza.

Nesta direção, informações do Ministério da Saúde no Brasil (MS, 2002) revelam que o excesso de peso atinge 32% dos indivíduos adultos no país. Diferenças regionais e

---

<sup>1</sup> O Centro de Saúde Escola Germano Sinalval Faria/ENSP/FIOCRUZ fica localizado no campus da Fiocruz, em Manguinhos, situado na área norte da cidade do Rio de Janeiro. O Centro de Saúde Escola, enquanto parte integrante do projeto docente-assistencial da Escola Nacional de Saúde Pública/ENSP, pode ser considerado como um modelo de atenção à saúde de populações urbanas, implementando ações multi-setoriais e viabilizando iniciativas inovadoras.

<sup>2</sup> *Geografia da Fome*, obra escrita pelo sociólogo, médico e sanitarista Josué de Castro no ano de 1942. Castro, J., 2001. *Geografia da fome: o dilema brasileiro – pão ou aço*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. Publicação de 1942, reeditada.303p.

entre grupos populacionais, contudo são evidenciadas. A maior magnitude do agravo ocorre nas regiões urbanizadas, especialmente em mulheres pobres residentes na região sudeste do país (Monteiro & Conde, 1999; Monteiro & Mondini, 1998; Coitinho et al., 1991). Na realidade, o problema não é tão recente: segundo a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN), inquérito realizado em 1989 pelo Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN) e pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) dentre os 6,8 milhões de indivíduos adultos obesos existentes no país na época, 70% eram do sexo feminino. As mulheres mais propensas ao problema, segundo a pesquisa, eram as residentes nas áreas de melhor desenvolvimento do país, inseridas nos menores estratos de renda.

Monteiro & Mondini (1998) ao analisarem o perfil de obesidade entre os diferentes estratos de renda, a partir dos resultados obtidos pela PNSN (MS, 1989), constataram a prevalência da obesidade em: 23% das mulheres com renda mensal entre meio e um salário mínimo; 20% nas com renda entre um quarto e meio salário mínimo e 13% nas com renda inferior a um quarto de salário mínimo. Tais resultados vieram confirmar que a obesidade entre a população pobre feminina tornou-se hoje um dos maiores problemas nutricionais no Brasil:

*“(...) a obesidade alcança prevalências elevadas, mesmo nos estratos familiares de menor renda. Situação destacada é da população adulta feminina que esta exposta a taxas elevadas de obesidade, mesmo quando a renda familiar encontra-se abaixo da linha de pobreza absoluta (renda mensal per capita de menos de um quarto de salário mínimo)”.*

(Monteiro & Mondini, 1998:37).

A respeito dos estudos sobre obesidade no Brasil podemos dizer que normalmente eles tendem a focalizar, sobretudo, dois aspectos: consumo alimentar e estilo de vida (Sichieri, 1998; Sichieri et al., 1997; Monteiro & Mondini, 1995; 1998). Entretanto, a obesidade é uma enfermidade que apresenta característica *multifatorial* (Abeso, 2001; Stunkard, 2000; Pena & Bacallo, 2000). Ou seja, para além dos aspectos ligados ao consumo alimentar e à atividade física, as questões relacionadas à dinâmica sócio-cultural dos indivíduos são elementos fundamentais para o entendimento desta

problemática e, portanto, devem ser incorporadas às análises e pesquisas sobre o tema. Concentrar as discussões no âmbito da ingestão alimentar e do gasto energético, a nosso ver limita o alcance da pesquisa na medida em que revela os sintomas e a manifestação física da doença. Privilegiando, dessa forma, as dimensões mais imediatas da enfermidade. Acreditamos que o estudo da obesidade implica análise de aspectos que vão além da dimensão biológica, compreendendo elementos históricos, ecológicos, econômicos, culturais e políticos (Sobal, 1991; Ross & Mirowsky, 1983). Assim, neste estudo, parte-se da premissa de que a alimentação além de garantir o funcionamento do corpo físico constitui-se numa das formas de inscrição social dos indivíduos. A alimentação é um ato social e, como tal, faz parte das relações humanas, se insere no cotidiano de vida dos sujeitos e envolve múltiplos aspectos incluindo os afetivos, econômicos, culturais e simbólicos.

Nesta direção, podemos dizer que a obesidade revela nas formas do corpo as condições de vida dos sujeitos. A este respeito, Minayo (2001) sintetiza: *“é no corpo que a alma reflete a classe e a origem social (...); é no corpo que a dor da fome e a saciedade da abundância inscrevem-se seus sulcos”*. Para a autora, o corpo reflete as condições materiais dos sujeitos e as desigualdades no acesso à alimentação suficiente em qualidade e quantidade. Mas não apenas isso. A alimentação enquanto um ato social retrata a identidade cultural dos indivíduos. Neste aspecto, a obesidade sobrepõe os limites do corpo biológico, as condições materiais de vida e assume dimensões sócio-culturais fundamentais. Mais do que um atributo físico, a obesidade faz parte da história de vida dos sujeitos.

Dentro desta perspectiva, emerge o interesse em investigar o fenômeno da obesidade no contexto da pobreza no Brasil. A tentativa é compreender este aparente paradoxo a partir da aproximação com abordagens mais amplas capazes de superar interpretações polarizadas nos aspectos biológicos ou sociais da alimentação. O estudo pretende combinar aspectos epidemiológicos ligados ao quadro de crescimento da obesidade no país com informações de natureza sócio-cultural e simbólica. Para isso o objetivo é analisar as práticas alimentares de um grupo de mulheres usuárias do CMS da Gávea – *Centro Municipal de Saúde Píndaro de Carvalho Rodrigues* e moradoras da Favela da Rocinha, localizada na zona sul metropolitana do Rio de Janeiro.

A pretensão é contribuir para o entendimento do fenômeno da obesidade entre mulheres pobres no país. O estudo tem a perspectiva de combinar diferentes possibilidades analíticas visando, porém dar ressonância e lugar privilegiado aos aspectos sócio-culturais e simbólicos presentes na conformação do perfil de obesidade das mulheres da Rocinha. Partiremos da idéia de que *“(...) o contacto com a realidade viva dos grupos, é tão importante quanto à técnica de manipulação dos dados. Ela lhe permite, com efeito, passar da impressão à hipótese, em muitos casos onde esta não se poderia sequer esboçar segundo critérios estatísticos ou acumulativos”*. (Candido, 2002:23).

Este trabalho buscou uma aproximação com o fenômeno da obesidade em mulheres pobres, privilegiando o discurso das mulheres a respeito de sua alimentação, seu corpo e suas condições de vida e trabalho na Favela da Rocinha através da realização de entrevistas semiestruturadas.

O estudo foi organizado em cinco capítulos. O **Capítulo I Transição nutricional e o avanço da obesidade** recupera a trajetória da enfermidade no país dialogando com o conceito de transição nutricional, seus pressupostos e implicações. A partir dos dados obtidos nos principais estudos epidemiológicos do país (Monteiro et al., 1995; Monteiro, 1999; Monteiro & Mondini, 1995; 1998; Sichieri, 1998; Sichieri et al., 1997; Coitinho et al., 1991; entre outros) incluindo inquéritos alimentares nacionais tais como a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN) e o Estudo Nacional de Despesa Familiar (ENDEF) e, ainda dados do Ministério da Saúde no Brasil (MS, 2002) é descrito o panorama da obesidade nas regiões brasileiras. Especialmente, o perfil do agravo no grupo feminino e segmentos socialmente vulneráveis.

No **Capítulo II O processo e o sentido das escolhas alimentares** é abordado o universo simbólico e cultural da alimentação buscando compreender as relações entre crenças, tabus e costumes no consumo alimentar, na atividade física e no perfil de corpo. No **Capítulo III O corpo vivido, o corpo percebido: entrevistando usuárias do Centro de Saúde da Gávea** há a caracterização do campo de estudo, do perfil social da clientela do CMS da Gávea e do cotidiano na Favela da Rocinha. Também é discutido o percurso metodológico da pesquisa; as informações obtidas através das entrevistas e da observação local. O **Capítulo IV Obesidade - uma face da desigualdade social** compreende a análise dos dados qualitativos e possibilidades de

articular o tema da obesidade com a desigualdade social. Nesse sentido, é debatida a experiência alimentar das mulheres entrevistadas enquanto uma das múltiplas faces do acesso desigual ao bem estar. Por fim, o **Capítulo V** encerra uma síntese da pesquisa, apontando para a necessidade de construir novas agendas de investigação sobre o problema da obesidade. Incorporando, necessariamente elementos acerca da dinâmica social capazes de iluminar as suas múltiplas faces e implicações da obesidade no Brasil. Tal perspectiva poderá contribuir para a reorientação das intervenções e práticas em saúde e nutrição.



## Capítulo I Transição nutricional e o avanço da obesidade

Importantes transformações demográficas, econômicas, sociais e tecnológicas ocorridas nas últimas décadas propiciaram mudanças significativas no padrão de morbimortalidade nas sociedades modernas. O aumento da expectativa de vida, a redução das mortes por doenças infecto-parasitárias e o aumento da mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis complexificaram o quadro de saúde das populações e foram tratadas analiticamente como um processo de *transição epidemiológica* (Omran, 1971). Em linhas gerais, o conceito refere-se a complexas mudanças nos padrões de saúde e doença. Descreve etapas sucessivas da diminuição da mortalidade por doenças infecciosas e da fecundidade. O que por sua vez altera a estrutura da pirâmide etária das populações assim como os padrões de morbimortalidade promovendo o envelhecimento populacional e a evolução dos óbitos por doenças crônicas não transmissíveis. No entanto, o conceito de *transição epidemiológica* proposto por Omran (1971) recebeu diversas críticas. Para alguns pesquisadores (Possas, 1989; Barreto et al., 1993; Barreto & Carmo, 1995) a seqüência progressiva de doenças apresenta-se como uma perspectiva inadequada para compreender a trajetória de certas enfermidades nos diferentes contextos sociais, especialmente nos países em desenvolvimento onde houve uma tendência a um perfil de morbi-mortalidade desigual revelado na coexistência de doenças de natureza distintas. Para estes autores, existiriam diferentes perfis de mortalidade. Ou seja, em países como o Brasil haveria um panorama sanitário composto tanto por doenças infecciosas como por agravos de natureza crônico-degenerativa<sup>1</sup>.

Apesar das divergências ao conceito de transição epidemiológica ele vem sendo utilizado como referência para autores como Popkin (1993). Este autor incorpora o paradigma da transição proposto por Omran (1971) para explicar o predomínio de distúrbios alimentares crônicos, tal como a obesidade, em detrimento de doenças decorrentes da sub-alimentação e da fome nas sociedades modernas. Popkin (1993) utiliza o conceito de “*transição nutricional*” para caracterizar a mudança no perfil nutricional das populações na atualidade. Pressupõe a transição dos indicadores nutricionais como reflexo das profundas transformações vividas pelas sociedades nas últimas décadas em seu contexto demográfico, epidemiológico e de saúde como consequência do processo de modernização mundial.

---

<sup>1</sup> Fenômeno que Possas (1989) denominou de “*heterogeneidade estrutural*”.

O conceito de “*transição nutricional*” proposto por Popkin (1993) diz respeito às modificações observadas na alimentação das sociedades modernas e que podem ser sintetizadas no perfil de substituição de uma dieta “*tradicional*” rica em grãos e fibras por uma dieta incrementada em alimentos refinados e concentrada em gorduras e açúcares, a chamada dieta “*ocidental*”. Nessa abordagem, o aumento da obesidade, por exemplo, estaria relacionado ao predomínio da dieta “*ocidental*”. E, também, a mudanças no estilo de vida incluindo o declínio da atividade física e o aumento do sedentarismo.

No Brasil, o conceito de “*transição nutricional*” foi utilizado por Monteiro et al. (1995) para explicar as mudanças observadas no estado nutricional da população brasileira nas últimas décadas no que se refere ao incremento da obesidade. Em seu estudo, é constatado o declínio da desnutrição e, em contrapartida, a evolução da obesidade no país:

*“(...) o Brasil vem rapidamente substituindo o problema da escassez pelo problema do excesso dietético. A desnutrição, embora ainda relevante, particularmente em crianças de famílias de baixa renda, vem diminuindo em todas as idades (...). O aumento na prevalência da obesidade entre adultos ocorre em todos os estratos econômicos. Os resultados acima fornecem informações sobre a transição nutricional pouco encontradas em países em desenvolvimento”.*

(Monteiro et al., 1995:252).

Para esses autores compreender as razões para o crescimento da obesidade entre a população adulta brasileira implica levantamento de *informações sobre o consumo alimentar e atividade física* (Monteiro et al., 1995:253). Nessa direção, Monteiro & Mondini (1995) analisaram inquéritos de nutrição realizados nas principais metrópoles do país<sup>2</sup> e verificaram mudanças importantes no padrão de alimentação da população. Os autores puderam apontar as principais modificações na estrutura da dieta dos

---

<sup>2</sup> Dados oriundos das Pesquisas de Orçamento Familiar (POFs) de 1961/63 e de 1987/88 e, do Estudo Nacional de Despesa Familiar (ENDEF) realizado em 1974/75.

brasileiros ao longo dos últimos 26 anos. Constataram, dessa forma, o predomínio de uma dieta rica em gorduras, açúcares e insuficiente em cereais. O incremento na ingestão de gorduras de 26% para 29,8%, segundo os autores, parece ser fruto da substituição de alimentos como a banha, o toucinho e a manteiga por itens como a margarina e os óleos vegetais. Já a redução no consumo de cereais e derivados, incluindo feijão, raízes e tubérculos de 62,1% para 57,4% ainda não foi totalmente esclarecida. Contudo, observa-se que embora tenha ocorrido declínio no consumo global de cereais (carboidratos) a proporção de carboidratos do tipo simples tais como os açúcares superou a de carboidratos complexos. Em outras palavras, o estudo revelou que a população brasileira alterou sua dieta tradicional composta basicamente por arroz, feijão e farináceos e passou a consumir em maior proporção, açúcares e gorduras. Tais alimentos tornaram-se, assim, os principais componentes da alimentação dos brasileiros ao longo do período estudado.

Paralelo aos dados referentes às modificações no padrão alimentar dos brasileiros esses autores puderam analisar o estilo de vida da população ao longo das décadas. Verificaram, dessa forma, um progressivo declínio da atividade física no país. Segundo os autores, a reordenação do mercado de trabalho nos últimos anos com a importante diminuição das ocupações provenientes do setor primário, que normalmente exigem maior despêndio energético e o aumento de ocupações na economia de serviços, a qual tende a um menor gasto calórico, contribuíram para o aumento do sedentarismo no Brasil.

Com base nessas informações Monteiro et al. (1995) concluíram que as transformações ocorridas no Brasil nas últimas décadas com o predomínio da dieta “*ocidental*” incrementada em açúcares e gorduras e a incorporação de um novo estilo de vida observado no aumento do sedentarismo, são evidências que explicariam o avanço da obesidade e a dinâmica da *transição nutricional* no país.

No entanto, a utilização do conceito de *transição nutricional* como discutiremos mais adiante não é unânime entre os pesquisadores do campo da nutrição no Brasil. Da mesma forma que alguns autores criticam o conceito de *transição epidemiológica* por não considerar quadros “combinados” e “desiguais” de saúde e doença, o paradigma da transição nutricional também tem sido questionado. As críticas ao conceito de transição nutricional referem-se basicamente a constatação de que as mudanças no perfil

nutricional da população brasileira não assumiram trajetória homogênea. Ou seja, ainda que alterações significativas tenham ocorrido no país ao longo dos anos no que diz respeito ao padrão alimentar, estilo de vida e panorama nutricional (sobretudo com o avanço da obesidade) combinam-se no Brasil diferentes perfis nutricionais. Na realidade essas transformações complexificaram os problemas alimentares no país. Isso se expressa na combinação de padrões nutricionais distintos, por vezes superpostos, tal como a desnutrição e a obesidade. O que reflete, por sua vez, os profundos contrastes sociais verificados no Brasil (Escoda, 2002:222).

Nessa direção, algumas investigações têm buscado trilhar novos caminhos para explicar as transformações ocorridas na alimentação e no padrão de atividade física das populações ao longo das décadas. Fischler (1995) em análise sócio-antropológica acerca da alimentação contemporânea sugeriu que, o homem moderno atravessa uma “*crise multidimensional*” do seu sistema alimentar. Segundo o autor, o processo de modernização das sociedades, reordenou o contexto de vida do homem contemporâneo e fez emergir, não somente um novo padrão de alimentação, mas um modo de viver marcadamente diferente do vivido anteriormente.

Para Fischler (1995), na época do *homo sapiens* a humanidade se via submetida a uma alimentação limitada pela ordem natural do ecossistema, extraíndo do meio, somente os recursos que lhe eram disponíveis, caracterizando esta época como a fase “*coletor-caçador*”. Mas adiante, com a instalação e o desenvolvimento do setor agrícola, ocorreu um aumento considerável das reservas alimentares. Entretanto, segundo o autor, isso não se traduziu numa distribuição homogênea de alimentos. Especialmente nos países mais pobres, surgiram graves problemas de subnutrição, retratando esta época como a “*fase da regressão*” alimentar.

Na realidade para Fischler (1995) a alimentação do homem foi marcada por períodos cíclicos, ou seja, por períodos de oscilação entre a escassez e a abundância dos recursos que de certa forma regularam a alimentação humana impondo o desenvolvimento das suas formas adaptativas de sobrevivência. No entanto, a era industrial, a urbanização e o desenvolvimento tecnológico acarretaram numa profunda inversão da relação do homem com a alimentação. O homem moderno, como em nenhuma outra época, tornou-se cada vez mais livre para satisfazer seus desejos e necessidades alimentares. Assim, em certo grupos sociais e regiões do mundo, a oferta e

o consumo de alimentos aumentou consideravelmente e todo tipo de gênero tornou-se acessível a qualquer época e em quantidades ilimitadas. Esta tecnologia alimentar apoiada em estratégias de marketing e publicidade impactou o universo dos hábitos e costumes alimentares.

Paralelo às mudanças observadas no padrão e no modo de alimentação das sociedades modernas observou-se também alterações no estilo de vida e, o aumento do sedentarismo. Durante o processo de desenvolvimento as populações evoluíram de sociedades agrícolas, onde o trabalho físico era subsídio fundamental para a produção agropecuária, para sociedades industrializadas, organizadas num contexto urbano constituído de artefatos mecânicos, elétricos e informatizados que facilitaram o trabalho e o lazer. Ocorreu, assim, uma diminuição progressiva do despêndio de energia por parte dos indivíduos o que contribuiu para o aumento do sedentarismo na era moderna (Tórun, 2001).

No entanto, podemos dizer, que todas essas transformações não parecem ter ocorrido de maneira uniforme nas diferentes sociedades. Dessa forma, persistem limitações no acesso aos alimentos para vastos contingentes populacionais. Existe ainda, na atualidade grupos sociais submetidos a gastos energéticos medievais como o trabalho escravo e o trabalho rural sem mecanização em várias regiões do mundo moderno.

Assim, embora inegável, as profundas transformações observadas nas sociedades modernas marcaram a relação do homem com o alimento e o meio ambiente. O predomínio da dieta “*ocidental*” composta por alimentos ricos em açúcares, gorduras e produtos industrializados, associada a um estilo de vida sedentário, reflete apenas uma das múltiplas faces da realidade de saúde e nutrição contemporânea.

Neste sentido, uma das principais fragilidades do conceito de *transição nutricional* proposto por Popkin (1993) é o pressuposto de que as transformações nutricionais são unidirecionais, resultado de um **processo evolutivo e natural**. A visão da transição nutricional como um movimento de substituição dos problemas carenciais advindos da pobreza e da miséria tais como a subnutrição e a fome por enfermidades crônicas como a obesidade decorrente do processo de modernização torna-se alvo de questionamentos e críticas. Assumindo a característica de um **processo linear** o conceito de transição

nutricional não explicaria a ascensão da obesidade em países de menor desenvolvimento econômico onde as doenças da subalimentação persistem com grande magnitude.

No Brasil, há um relativo consenso entre os autores (Coitinho et al., 1991; Monteiro et al., 1995; Sichieri, 1998; Escoda, 2002) sobre a natureza mais complexa das mudanças no perfil de saúde e nutrição da população. Como apontaram Monteiro et al. (1995:248) “*as relações entre as mudanças demográficas, socioeconômicas e epidemiológicas que levam a transição nutricional são complexas*”. Para Sichieri (1998) existiria um “*mosaico*” de situações nutricionais:

*“(...) no Brasil não ocorreu uma verdadeira transição epidemiológica e nutricional que se caracteriza pelo quase desaparecimento das doenças carenciais e sua substituição por doenças como a obesidade. O Brasil é exemplo de um **mosaico**, onde convivem altas prevalências de anemia e hipovitaminose subclínica com alta prevalência de obesidade”.*

(Sichieri, 1998:20).

Partindo da mesma premissa Escoda (2002: 222) utiliza a idéia de complexidade para justificar a convivência do excesso de peso com os agravos de natureza carenciais tais como a desnutrição e as anemias por micronutrientes. Para a autora a “*transição nutricional brasileira (...) tem como característica a **complexificação** desse quadro por configurar-se desigual e combinado*”. Ainda nesta direção, Coitinho et al. (1991) com base em suas análises acerca das condições nutricionais da população adulta e idosa no Brasil convergem para a idéia de heterogeneidade na composição do quadro alimentar brasileiro:

*“A análise dos dados antropométricos coletados (...) mostra um panorama nutricional da população brasileira bastante complexo (...) tanto o baixo peso como a obesidade são freqüentes, podendo inclusive dizer que o excesso de peso é um problema numericamente mais prevalente”.*

(Coitinho et al., 1991:35).

O conceito de *transição nutricional* assume, portanto, novos contornos no Brasil. A idéia de diversidade dos problemas alimentares torna-se importante para esclarecer o perfil nutricional atualmente observado no país. Nesta perspectiva, o fenômeno assume característica multifacetada e complexa, face ao seu comportamento **heterogêneo e interdependente das mudanças ocorridas nos indicadores demográficos, epidemiológicos e de saúde**. Assim como, a dinâmica desigual de acesso a bens e serviços essenciais. Nessa direção, o estudo do avanço da obesidade no país impõe a busca de novos referenciais teóricos e metodológicos que possibilitem retratar, sobretudo, de forma mais fiel o panorama nutricional brasileiro.

### **1.1 Obesidade no Brasil: tendências atuais.**

A obesidade é uma doença crônica definida como um acúmulo excessivo de tecido adiposo num nível que compromete a saúde dos indivíduos (WHO, 1997). Embora a etiologia da obesidade não esteja totalmente esclarecida existe um consenso na literatura de que ela é causada pela interação de fatores genéticos, nutricionais, psicossociais, culturais, metabólicos e endócrinos que conferem a essa enfermidade uma natureza *multifatorial* (Abeso, 2001; Stunkard, 2000; Pena & Bacallo, 2000). Operacionalmente, a obesidade é diagnosticada a partir do parâmetro estipulado pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 1997) - o Body Mass Index (BMI) ou Índice de Massa Corporal (IMC) obtido por intermédio do cálculo da relação entre peso corpóreo (kg) e estatura (m)<sup>2</sup> dos indivíduos. Através deste parâmetro são considerados obesos os indivíduos cujo IMC encontra-se num valor superior ou igual a 30 kg/m<sup>2</sup>. É importante esclarecer, contudo, que o termo obesidade não é sinônimo de sobrepeso. Enquanto o sobrepeso refere-se ao aumento geral do peso corporal definido numa faixa de IMC entre 25-29,9 kg/m<sup>2</sup> a obesidade como nos referimos está relacionada a valores de IMC maior ou igual a 30 kg/m<sup>2</sup>. Ressaltamos, no entanto, que ambas as terminologias apareceram no decorrer deste trabalho. A *Tabela 1* permite visualizar os pontos de corte para o estado nutricional de adultos.

**Tabela 1:** Classificação de sobrepeso/obesidade em adultos de acordo com o IMC (WHO, 1997):

<b>Classificação</b>	<b>IMC (kg/m<sup>2</sup>)</b>	<b>Risco de Co-morbidades</b>
Baixo Peso	< 18,5	Baixo
Peso Normal	18,5-24,9	Médio
Sobrepeso	≥ 25	
Pré-obeso	25-29,9	Aumentado
Obeso Classe I	30,0-34,9	Moderado
Obeso Classe II	35,0-39,9	Severo
Obeso Classe III	≥ 40,0	Muito severo.

Fonte: WHO. Geneva, 1997.

A obesidade revela-se como um problema extremamente complexo que tem acometido na contemporaneidade parcela importante da população mundial. Informações da Organização Mundial da Saúde (WHO, 1997) demonstram que a obesidade já atinge 7% da população em todo o mundo e o sobrepeso cerca de 14 a 20%. Tal magnitude tem levado alguns autores a caracterizá-la como uma epidemia global (Popkin, 1998; Philip et al., 2001) constituindo-se num dos maiores desafios de saúde pública deste século. A obesidade assume relevância para o campo da saúde na medida em que está associada a um grande número de doenças, incluindo as patologias cardiovasculares e cerebrovasculares; os distúrbios metabólicos (diabetes mellitus; dislipidemias); diversos tipos de câncer; patologias do aparelho digestivo, entre outras. Somam-se aos danos fisiológicos, impactos psicossociais relacionados à questão do estigma e da discriminação a indivíduos sob esta condição (Sobal, 1991). A morbimortalidade e os danos sociais relacionados à obesidade têm, dessa forma, gerado significativos impactos nas sociedades modernas.

No Brasil, o avanço da obesidade foi constatado através da comparação dos dados obtidos pelo Estudo Nacional de Despesa Familiar – ENDEF (MS, 1975) com os levantados pela Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição – PNSN (MS, 1989). O ENDEF foi realizado ao longo de 12 meses entre os anos de 1974-1975 e compreendeu 55 mil domicílios de todo o país. Nesse inquérito além da avaliação do estado nutricional privilegiou-se a caracterização do consumo alimentar e da despesa familiar. A Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN) realizada em 1989 pelo Instituto Nacional de



Alimentação e Nutrição (INAN) em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) caracterizou-se como um estudo do tipo transversal, de base domiciliar, com uma amostra probabilística de aproximadamente 63 milhões de brasileiros correspondendo 14 mil domicílios do país. O estudo teve como objetivo central a avaliação do estado nutricional da população brasileira e constatou o avanço expressivo do excesso de peso no país. O agravo foi diagnosticado em 27 milhões de indivíduos adultos. O que corresponde a 32% da população brasileira total. Destes, 6,8 milhões foram considerados obesos, apresentando IMC igual ou superior a 30 kg/m<sup>2</sup>. Além dos procedimentos de medição de peso corporal e estatura dos indivíduos para o diagnóstico nutricional, o estudo consolidou informações sobre condições de saúde, domicílio, renda, ocupação e participação nos programas governamentais de alimentação e nutrição.

Os inquéritos alimentares citados revelaram, mudanças importantes no perfil nutricional brasileiro ao longo dos anos. Em 1975, o ENDEF apontou como maior problema nutricional dos indivíduos adultos (acima dos 18 anos de idade) o baixo peso. O déficit ponderal atingia 24% dos homens e 26% das mulheres. A obesidade era prevalente em apenas 2% dos homens e cerca de 7% das mulheres da mesma faixa etária. A PNSN de 1989, por sua vez, constatou mudanças marcantes nestes indicadores. O baixo peso, segundo a pesquisa, reduziu sua prevalência: 15% dos homens e 16% das mulheres. Contrariamente a obesidade passou a atingir 4% dos homens e 12% das mulheres no período. Através da comparação dos dois inquéritos verifica-se uma redução expressiva do baixo peso, enquanto a obesidade duplicou sua prevalência na população adulta. A tabela a seguir permite visualizar de forma clara as transformações nos indicadores nutricionais no país:

**Tabela 2:** Diferenciais por sexo na prevalência de baixo peso, sobrepeso e obesidade (%) na população adulta e idosa segundo IMC em dois estudos nacionais ENDEF (1975) e PNSN (1989).

<b>Inquérito</b>	<b>Baixo Peso (IMC &lt; 20)</b>	<b>Normal (IMC 20-24,9)</b>	<b>Sobrepeso (IMC 25-29,9)</b>	<b>Obesidade (IMC ≥30)</b>
Homens				
ENDEF	24,3	59,0	14,3	2,4
PNSN	15,4	57,2	22,6	4,8
Mulheres				
ENDEF	26,4	48,0	18,7	6,9
PNSN	16,5	45,3	26,5	11,7

Fonte: Coitinho et al. (1991).

No que se refere ao perfil da obesidade no país os resultados obtidos nos dois inquéritos e, ainda, em outros estudos epidemiológicos incluindo dados oficiais do Ministério da Saúde, permitem verificar o comportamento heterogêneo da enfermidade entre os grupos sociais. Na população infantil, por exemplo, a obesidade revelou-se inalterada ao longo do período estudado. O patamar do distúrbio manteve o percentual de 4,6% (Monteiro et al., 1995). Em contrapartida, a desnutrição embora tenha sofrido declínio significativo no intervalo entre o ENDEF e a PNSN, onde sua frequência no grupo reduziu em mais de 60%, ela ainda permanece como o agravo mais importante na população infantil, especialmente em crianças da área rural do nordeste brasileiro que apresenta os maiores índices de desnutrição do país (Monteiro, 1995).

Entre os adolescentes, o excesso de peso atinge 20% do grupo com diferenças marcantes entre os sexos (MS, 2002). O trabalho de Fonseca et al. (1998) acerca da obesidade em adolescentes no Brasil verificou a prevalência do excesso de peso em aproximadamente 24% dos meninos com idades entre 15 a 17 anos. Por outro lado, a obesidade foi prevalente em 7% das meninas da mesma faixa etária. O aumento do sobrepeso entre os adolescentes torna-se preocupante na medida em que pode estar associado ao aparecimento de doenças cardiovasculares e distúrbios metabólicos (Oliveira, 1999).

Entre os indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos a obesidade também tem sido expressiva (Frank, 1996; Pereira, 1998). A maior frequência é observada em mulheres (18%) em detrimento dos homens onde ela atinge apenas 5% do grupo (MS, 1989). Por outro lado, verifica-se o crescimento do baixo peso na população idosa. Cerca de 17% das mulheres e 20% dos homens apresentam o agravo. Totalizando um milhão e trezentos mil idosos com déficit de peso. No que diz respeito à frequência do baixo peso entre a população idosa no Brasil ela parece ocorrer em função do pouco impacto das políticas sociais, nos últimos anos, associado a alterações fisiológicas próprias do envelhecimento e, ainda a fatores psicossociais (Campos et al., 2000; Bittencourt & Magalhães, 1999).

Entre a população adulta verifica-se que no período de quinze anos a razão desnutrição/obesidade foi drasticamente afetada pela duplicação da proporção de adultos obesos (Monteiro et al., 1995), como observado na *Tabela 3*:

**Tabela 3:** Prevalência (%) da desnutrição e da obesidade em adultos no Brasil, 1974/75 e 1989:

	<b>Desnutrição</b>			<b>Obesidade</b>		
Ano	Masc.	Fem.	Total	Masc.	Fem.	Total
1974/75	6,8	10,4	8,6	3,1	8,2	5,7
	(0,16)	(0,19)	(0,13)	(0,11)	(0,17)	(0,10)
1989	3,4	5,1	4,2	5,9	13,3	9,6
	(0,24)	(0,28)	(0,18)	(0,31)	(0,44)	(0,27)

Fonte: adaptada Monteiro et al. (1995).

Entre 1975-1989 a obesidade entre os adultos passou do índice de 5,7% para 9,6%. Em 1975 a desnutrição ultrapassava os indicadores de obesidade no país. Essa inversão, num período relativamente curto, coloca a obesidade como um dos problemas prioritários para o campo da saúde pública no Brasil.

A análise dos dados acerca da obesidade na população adulta brasileira permitiu verificar que ela não se comportou de maneira uniforme nas diferentes faixas etárias. Sua prevalência elevou-se gradativamente com a idade, sendo mais notável nos indivíduos com 40 anos ou mais. Na faixa etária de 45-54 anos mais de 50% das

mulheres e cerca de 37% dos homens apresentaram excesso de peso (Coitinho et al., 1991). A prevalência do excesso de peso foi também mais significativa entre a população feminina. Segundo a PNSN (MS, 1989), dos 6,8 milhões de indivíduos diagnosticados como obesos no Brasil 70% eram mulheres. A *Tabela 4* permite evidenciar os diferenciais do excesso de peso entre os sexos na população adulta.

**Tabela 4:** Prevalência (%) na população de 18 anos ou mais com sobrepeso e 2 graus de obesidade segundo índice de massa corporal (\*), por sexo. Brasil, 1989.

<b>Estado nutricional (IMC)</b>	<b>Homens</b>	<b>Mulheres</b>	<b>Total</b>
Sobrepeso 25,0-29,9	22,6	26,5	24,6
Obesidade I 30,0-40,0	4,7	11,2	8,0
Obesidade II > 40	0,1	0,5	0,3

Fonte: adaptada Coitinho et al. (1991). (\*) peso em kg/estatura em m<sup>2</sup>.

No que diz respeito à prevalência da obesidade entre os estratos sociais a PNSN (MS, 1989) revelou diferenciais importantes. Nos homens observou-se que quanto maior a renda, maior o número de homens obesos. Enquanto 16% dos homens com renda mensal per capita inferior a meio salário-mínimo apresentaram excesso de peso, esta prevalência atingiu 44% dos homens cuja renda encontrava-se acima de dois salários-mínimos mensais per capita. Entre as mulheres o perfil de obesidade comportou-se diferentemente em relação aos grupos de renda: a obesidade tende a ser mais freqüente nos menores percentis.

Nesta direção, o estudo de Monteiro & Mondini (1998) revela que nos estratos de maior renda a obesidade incide em 14,2% dos homens brasileiros. Já no menor percentil os valores se mostram insignificantes (3,3%). Entre as mulheres esta dinâmica assume comportamento inverso; sendo mais freqüente naquelas que se encontram inseridas em estratos de renda classificados como intermediário (23,3%) e inferior (19,7%). E, ainda,

tem acometido de forma significativa o grupo indigente (13,2%)<sup>3</sup>. A partir dos resultados obtidos, os autores concluíram que, no que diz respeito aos distúrbios nutricionais no Brasil *o maior problema hoje enfrentado pela população pobre não miserável é a obesidade feminina* (Monteiro & Mondini (1998:33). Para os autores, dentre os possíveis fatores determinantes desta situação estão: a falta de informação acerca da morbi-mortalidade da doença, a baixa escolaridade das mulheres e elementos de ordem sociocultural. A *Tabela 5* revela os diferenciais de obesidade nos estratos de renda:

**Tabela 5:** Prevalência (%) de obesidade segundo renda familiar per capita na população adulta. Brasil, 1989.

<b>Renda Familiar (salários mínimos per capita)</b>	<b>Mulheres</b>	<b>Homens</b>
< 0,25	13,2	3,3
0,25-0,50	19,7	6,3
0,50-1,0	23,3	8,5
≥ 1,0	21,3	14,2

Fonte: adaptada Mondini & Monteiro (1998)

A importante redução da prevalência da desnutrição no país e, em contrapartida, a ascensão da obesidade num curto espaço de tempo revela mudanças marcantes no quadro nutricional brasileiro. No entanto, estas transformações não ocorreram de maneira homogênea entre as regiões do país. Observa-se que a obesidade é freqüente em áreas mais desenvolvidas e urbanizadas com impacto significativo no sul e no sudeste do país.

---

<sup>3</sup> Estrato intermediário refere-se a valores entre meio e um salário mínimo per capita; estrato inferior a renda de um quarto a meio salário mínimo per capita e indigente renda inferior a um quarto de salário mínimo per capita.

## 1.2 O Mapa da Obesidade nas Regiões Brasileiras

Inicialmente podemos dizer que a obesidade no Brasil é um fenômeno mais presente no contexto urbano. Observa-se que em todas as regiões brasileiras a distribuição do excesso de peso é ligeiramente mais elevada na área urbana do que na área rural do país (Coitinho et al., 1991; Monteiro et al., 1995). Na área urbana o problema do excesso de peso é significativo para o grupo feminino (12%) em detrimento do masculino (6%). Na área rural os índices têm sido desprezíveis para os homens (1,74%). Entretanto, a obesidade já acomete 9% das mulheres residentes em zonas rurais. O que se percebe é que enquanto a obesidade emerge no meio urbano o baixo peso permanece como o agravo nutricional mais importante das áreas rurais, especialmente no nordeste onde ele atinge 20% da população adulta. A *Tabela 6* mostra a prevalência de baixo peso, sobrepeso e obesidade nas áreas urbanas e rurais do país:

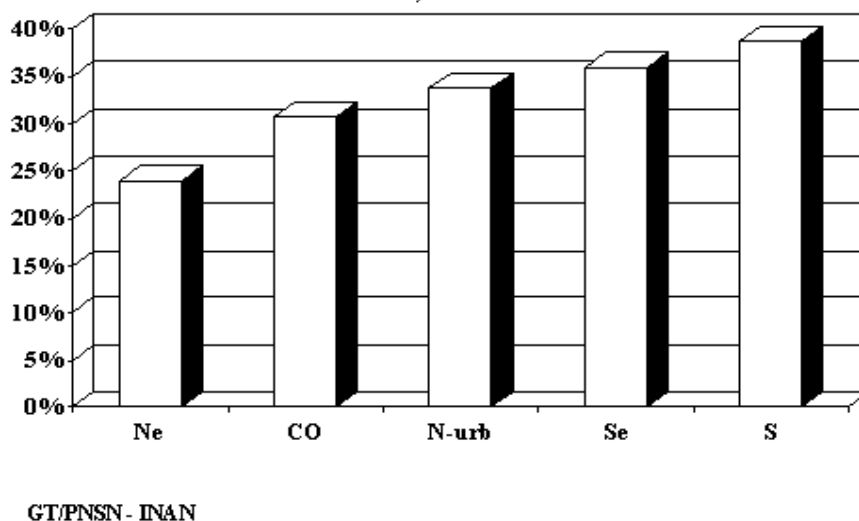
**Tabela 6:** Prevalências (%) observadas e ajustadas (\*) de baixo peso, sobrepeso e obesidade na população adulta e idosa segundo o índice de massa corporal (\*\*), por sexo e situação de domicílio. PNSN-BRASIL, 1989.

<b>Sexo/ Situação Domicílio</b>	<b>Baixo Peso &lt;20</b>	<b>Normais 20-24,9</b>	<b>Sobrepeso 25-29,9</b>	<b>Obesidade &gt;30</b>
<b>Brasil urbano</b>				
Homens	14,2	55,0	25,1	5,7
Mulheres	15,2	45,4	27,0	12,0
<b>Brasil rural</b>				
Homens	19,8	64,6	13,9	1,7
Mulheres	22,1	48,1	21,1	8,7

Fonte: Coitinho et al. (1991).

No que se refere à distribuição do agravo entre as regiões brasileiras os maiores percentuais são encontrados no sul e no sudeste (Coitinho et al., 1991). Das cinco grandes regiões do país a região sul apresenta a situação mais preocupante, seguida da região sudeste onde também são verificados percentuais importantes para o excesso de peso (36%). Posteriormente aparecem as regiões norte (34%); centro-oeste (31%) e nordeste (24%). O *Gráfico 1*, a seguir, permite visualizar a dinâmica do excesso de peso entre as regiões brasileiras:

### Prevalência (%) de Excesso de Peso Segundo Regiões Brasil, 1989



Fonte: Ministério da Saúde no Brasil (MS, 2002).

A região sul representada pelos estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná, assume a liderança da problemática da obesidade totalizando cerca de cinco milhões de adultos com excesso de peso. Ainda que exista uma tendência no país da maior prevalência da enfermidade nas áreas urbanas nota-se que no sul esta diferença só se faz presente entre os homens. Assim, enquanto na área urbana a obesidade tem acometido 8,6% dos homens; na área rural este índice cai pela metade (4%). Entre as mulheres os índices são praticamente semelhantes tanto para área urbana (15%) como para a área rural (14,6%). O estudo transversal realizado no Município de Pelotas, Rio Grande do Sul, por Gigante et al. (1997) revelou a prevalência de obesidade entre adultos na ordem de 21%. Os achados convergem para os resultados encontrados pela PNSN (MS,1989) indicando a maior frequência de obesidade na população feminina (25%) em detrimento da masculina (15%). O perfil das mulheres obesas neste município revelou que elas se encontram na faixa etária que varia entre 40 a 69 anos; apresentam baixo nível socioeconômico e menor escolaridade.

Situação alarmante também foi verificada nos estados do sudeste que juntos compõem a região mais populosa do país. Em termos absolutos é a região que apresentou a situação mais grave com aproximadamente dez milhões de adultos com sobrepeso e cerca de três milhões e meio com obesidade (Coitinho et al., 1991). Compreende as metrópoles de São Paulo e Rio de Janeiro e os Estados de Minas Gerais

e Espírito Santo. Nesta região, a obesidade foi mais freqüente nas mulheres (13%) do que nos homens (5%). E, ainda figura como um fenômeno urbano. Os índices para a população feminina residente na zona urbana da região são relativamente maiores (13,7%) do que nas zonas rurais (11,4%). O estudo de Lolio & Latorre (1991) no Município de Araraquara, Estado de São Paulo (cidade média agroindustrial do sudeste), indicou tendência semelhante onde verificou-se a maior prevalência de obesidade no grupo feminino (14,7%) quando comparada com o masculino (10,2%). Para os autores, os significativos percentuais de obesidade encontrados na população de Araraquara relacionavam-se com as altas taxas de óbito por doenças coronarianas e cerebrovasculares no Município.

Em regiões de menor desenvolvimento econômico como o norte brasileiro que compreende seis estados - Pará, Amazonas, Acre, Rondônia, Roraima e Amapá o total de adultos com excesso de peso atinge 34% da população total da região, com diferenciais entre os sexos. A maior freqüência novamente foi verificada na população feminina onde 10% das mulheres se encontram acima do peso. Na população masculina somente 6% dos homens apresentam peso acima do padronizado (Coitinho et al., 1991).

Valores próximos aos verificados na área norte do país foram encontrados na região centro-oeste, composta pelos estados de Goiás, Mato Grosso e Distrito Federal. O excesso de peso acomete 31% dos indivíduos adultos. A obesidade é freqüente em 10% das mulheres e cerca de mais de 4% dos homens (Coitinho et al., 1991). A dinâmica do agravo nas áreas rurais e urbanas revelou um perfil diferente do observado nas demais regiões do país para a população feminina. A maior freqüência foi verificada entre as mulheres residentes nas áreas rurais (10,5%). Para os homens notou-se um comportamento inverso: a obesidade foi mais significativa no contexto urbano (5,6%) quando comparado com o rural (1,8%).

Na região do nordeste brasileiro onde se encontra o maior número de estados da Federação - Maranhão, Piauí, Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Alagoas, Sergipe, Bahia e Fernando de Noronha, cerca de cinco milhões de indivíduos apresentaram peso acima do esperado. O que representa 24% da população adulta da região (Coitinho et al., 1991). O nordeste segue a mesma tendência das demais regiões: a maior incidência do agravo é observada nas mulheres (7%) em detrimento dos homens



(2%). Nesta região a obesidade revela-se como um problema urbano tanto para homens, quanto para mulheres.

Frente a este perfil podemos dizer que a obesidade não se comporta de maneira homogênea no país. Mesmo assim é possível apontar algumas tendências na dinâmica do agravo. Dessa forma, a obesidade tende a ser um fenômeno essencialmente urbano embora seja possível notar diferenças regionais. As regiões mais impactadas pela obesidade são as regiões sul e sudeste do país por concentrarem o maior número de indivíduos obesos. A prevalência do agravo é, ainda, mais acentuada no grupo feminino em detrimento do masculino. Especialmente, a obesidade tem sido mais freqüente nas mulheres de baixa renda residentes no sudeste urbano.

### **1.3 Obesidade e pobreza**

A prevalência da obesidade em mulheres pobres nas regiões urbanizadas do Brasil torna-se preocupante na medida em que observa-se nos últimos anos o incremento da exclusão social nestas regiões, sobretudo no sudeste. As medidas de estabilização econômica adotadas ao longo do governo Fernando Henrique Cardoso iniciado em 1994 configuraram-se como estratégias de combate à inflação no país e, ainda que tenham promovido benefícios inegáveis para a manutenção de uma economia estável geraram efeitos menos positivos em alguns setores da sociedade brasileira. Nesse aspecto, o país enfrentou altos índices de desemprego e baixo crescimento econômico. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) registrou evolução insatisfatória da economia nacional ao longo de todo o período FHC. Informações da Pesquisa Industrial Mensal do IBGE (1998) apontam a retração na produção industrial em cerca de 0,6% com reflexos importantes no mercado de trabalho onde evidencia-se o aumento do desemprego no país<sup>4</sup>. A taxa de desemprego para o mês de agosto de 2002, segundo o IBGE, foi de 7,3% valor superior ao constatado no mesmo período do ano anterior

---

<sup>4</sup> A evolução do desemprego no país durante o Governo Fernando Henrique Cardoso (1994-2002) favoreceu o processo de desestruturação do mercado de trabalho iniciado nos anos 80. A desestruturação do mercado de trabalho caracteriza-se pela ruptura na tendência geral de funcionamento do mercado onde observa-se além da expansão do desemprego, redução das ocupações assalariadas e crescimento da economia informal. A este respeito ler Pochmann (1999). *O trabalho sobre o fogo cruzado: exclusão, desemprego e precarização no final do século*. São Paulo. Editora Contexto.331p.

(6,2%). O aumento do desemprego associado à baixa rede de proteção social existente no país favoreceu, por sua vez, a migração acelerada da população pobre rural (proveniente, sobretudo, do norte e nordeste), para as metrópoles do sudeste afugentando a pobreza nestas regiões. Caracterizando o fenômeno de “*metropolização da pobreza*”<sup>5</sup> (Rocha, 1994; 1995; Rocha & Tolosa, 1994).

A pobreza metropolitana vem ao longo dos últimos anos crescendo sensivelmente (Rocha, 1994). De acordo com dados do Relatório de Desenvolvimento Humano (PNUD, 1996) no período entre 1981 a 1990 o percentual de pobres metropolitanos evoluiu de 26% para 29%. Ainda segundo o relatório do PNUD o Rio de Janeiro apresentou um alarmante aumento no número de pobres ao longo do período: 27,2% em 1981 e 32,1% em 1990.

Para Rocha & Tolosa (1994) a evolução perversa encontrada nos indicadores de pobreza no Rio de Janeiro tem afetado os resultados globais em face da sua importância como segunda metrópole brasileira. Nesse sentido, o Rio de Janeiro tem comportado parcela considerável de indivíduos socialmente vulneráveis. Em números absolutos mais da metade dos pobres metropolitanos encontram-se nas metrópoles do Rio de Janeiro e São Paulo (Rocha, 1995).

Frente a esse cenário, podemos dizer, que nas metrópoles os contrastes sociais e as condições adversas de vida são mais evidentes. Nesse sentido a pobreza tem de certa maneira acompanhado o perfil de obesidade no país. Mas como entender a dinâmica da pobreza no Brasil? Especialmente, de que forma poderíamos mensurá-la no grupo feminino?

A pobreza no Brasil apresenta múltiplos aspectos. Ainda assim, podemos identificar áreas expressivas da miséria e da pobreza brasileira: o nordeste, sobretudo as áreas rurais e as favelas urbanas de metrópoles como Rio de Janeiro e São Paulo. A região do nordeste brasileiro compõe o maior número de estados da federação sendo considerada a segunda região mais populosa do país. Subdivide-se em áreas distintas que incluem a zona da mata, o agreste e o “polígono das secas”. Nessa região encontram-se os chamados “bolsões de pobreza”, áreas assoladas pelo clima da seca,

---

<sup>5</sup> “*Metropolização da pobreza*” conceito utilizado por Rocha (1994) e Rocha & Tolosa (1994) que se refere a forte concentração populacional de pobres nas metrópoles brasileiras.

com condições de vida muito precárias, onde vivem 45% de todos os pobres do país. A área rural concentra um maior contingente de pobres e de indigentes (Rocha, 1994:39). A pobreza no nordeste rural assume um perfil composto por famílias numerosas; com chefes de famílias inseridos em ocupações independentes, sem vínculos sociais, em sua grande maioria analfabetos. São famílias submetidas a situações de vida bastante precárias com reduzido acesso a infraestrutura de serviços. A região sudeste, por sua vez, abrange 11% do território nacional, abrigando cerca de 40% da população total do país (OPAS, 1998). Caracteriza-se por ser uma região dominante sobre o ponto de vista econômico, onde se concentra o parque industrial brasileiro. A pobreza nesta região assume características diferentes das observadas no nordeste. A pobreza nas metrópoles do sudeste é expressa na proliferação de favelas e periferias. Sobretudo, na existência de grandes contrastes sociais. Nas favelas as famílias pobres são compostas por um número menor de indivíduos, sendo boa parte desses arranjos formados por mulheres sem cônjuges (viúvas ou separadas) com filhos e sem parentes (Medeiros & Osório, 2002).

A preocupação com a pobreza urbana emerge no Brasil ainda na virada do século com a implantação da ordem capitalista e os primeiros sinais de urbanização que surgem com o desenvolvimento industrial. A exclusão de parcela importante de indivíduos do mercado de trabalho, consequência da modernização industrial neste período, faz eclodir a pobreza nas cidades e, dessa forma, o tema torna-se uma questão social importante nas décadas de 50 e 60 (Valladares, 1991). Na década de 70, ocorre um período de apogeu econômico com a formação de um mercado oligopolista; o surgimento das grandes empresas (privada, estatal e multinacional) e o desenvolvimento do parque industrial do país. Entretanto, esse período tem curta duração. Observa-se o contínuo agravamento da concentração da pobreza nas metrópoles acarretando déficits importantes no acesso a infraestrutura de serviços nesses espaços, tornando as condições de vida extremamente difíceis para determinados grupos sociais. Propaga-se o estado de pauperização das cidades retratado no crescimento desordenado das favelas e das periferias, na baixa cobertura de serviços e no aumento substancial dos problemas de delinqüência e de marginalidade urbana. Mais adiante, na chamada “década perdida” que compreende os anos 80 observa-se a falência das políticas sociais, o aumento da concentração de renda e o acirramento das desigualdades que fazem emergir um setor

econômico paralelo, informal, caracterizado por diferentes tipos de atividades trabalhistas englobando também estratégias de sobrevivência<sup>6</sup>.

A pobreza é complexa, relativa, heterogênea, multifacetada e, medi-la, portanto não é uma tarefa fácil. A utilização de múltiplos aspectos para a descrição da privação a que estão submetidos os indivíduos em cada sociedade deve, portanto, buscar combinar informações sobre renda, nível educacional, situação de domicílio, estrutura familiar, acesso a bens e serviços, condições de trabalho e de lazer. No entanto, a maior parte dos estudos sobre pobreza tende a privilegiar a variável *renda* e a busca de patamares monetários mínimos ou linhas de pobreza (LP). As linhas de pobreza (LP) referem-se ao parâmetro utilizado para a *“caracterização dos pobres em relação a outros aspectos da qualidade de vida não diretamente dependentes de renda, mas que tem papel fundamental na determinação do nível de bem estar, como as condições de acesso a serviços públicos básicos”* (Rocha, 2000:1). Já a linha de indigência (LI) é um parâmetro *“associado ao consumo alimentar mínimo necessário”* (Rocha, 2000:2). No Brasil, os dados sobre consumo alimentar familiar são obtidos a partir de pesquisas nacionais realizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) tais como o Estudo Nacional de Despesa Familiar (ENDEF) e as Pesquisas de Orçamento Familiar (POFs) e permitem identificar o perfil de gastos com alimentação da população brasileira. Contempla o perfil de consumo por áreas geográficas, urbanas e rurais. Especificamente no caso brasileiro são levadas em consideração apenas as necessidades calóricas totais do consumo. Posteriormente elabora-se a cesta alimentar mínima selecionando os alimentos que permitam atender os requerimentos calóricos recomendados considerando os hábitos alimentares da população e, só então, estima-se o valor monetário da cesta. Em função da realização esporádica das pesquisas orçamentárias o preço da cesta alimentar mínima é atualizado mensalmente pelo Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE) de acordo com o Decreto-Lei 399/39. Na verdade, esta metodologia tem raízes em estudos realizados no início do século, tal como o proposto por Rowntree (1901) que partiu da avaliação efetiva dos custos de atendimento das necessidades nutricionais dos indivíduos e sua relação com a renda.

---

<sup>6</sup> Durante a década de 80 o peso dos trabalhadores empregados formalmente girava em torno de 34%-39% da população economicamente ativa; enquanto os trabalhadores sem carteira representavam 25-30% no mesmo período (Duchiade, 1999).

Nesta abordagem, são considerados indigentes aqueles indivíduos cuja renda familiar não é suficiente para adquirir a cesta alimentar estipulada. E pobres os indivíduos cuja renda permite o acesso à ração mínima. Privilegia-se neste tipo de análise a dimensão alimentar a partir do valor orçamentário da cesta, muito embora se reconheça a importância dos bens de consumo não-alimentar tais como vestuário, transporte, educação, serviços de saúde e moradia. Para Sonia Rocha (1998:32): *“a justificativa habitual para este fato é a participação preponderante da alimentação no conjunto das despesas. Na verdade, isto também se dá porque a discriminação de uma cesta alimentar básica e o acompanhamento do seu custo é relativamente simples. Para as despesas não alimentares, ao contrário, é impossível estabelecer uma intemização suficientemente abrangente e específica, além de não se disporem de preços correspondentes”*. Outras limitações para o uso e a definição das linhas de pobreza no Brasil incluem além da resistência à adoção de dados de consumo não-alimentar; a arbitrariedade da normatização da cesta mínima; a ausência de informações atualizadas sobre orçamento familiar e estatísticas de consumo de abrangência nacional. Já que os estudos orçamentários são realizados eventualmente pelo IBGE (Rocha, 1998; 2000). Na realidade, o que esse tipo de método propõe é a determinação simplificada de valores operacionais com a finalidade de discriminar e monitorar a indigência e a pobreza no país possibilitando, assim, a análise do impacto das políticas sociais.

As definições das linhas de pobreza (LPs) e de indigência (LIs) são procedimentos tradicionais e largamente utilizados não apenas no Brasil. O pressuposto que permeia este tipo de metodologia parte da noção de que é através da renda que os indivíduos obtêm os recursos necessários para o suprimento das necessidades básicas estimadas. Evidentemente renda e suprimentos estão intimamente correlacionados. No entanto, vários autores<sup>7</sup> têm demonstrado que este tipo de abordagem é pouco adequada para a análise da pobreza e das desigualdades nas sociedades modernas. Tais críticas têm ampliado o debate acerca dos procedimentos teórico-metodológicos no estudo da pobreza e, dessa forma, têm surgido novas proposições sobre a temática das iniquidades sociais. Sen (2001), Prêmio Nobel de Economia em 1998<sup>8</sup> critica o uso preponderante da variável renda nos estudos sobre pobreza:

---

<sup>7</sup> Sen (1992; 2001); Townsend (1993); Salama (2001); Salama & Destremau (1999); Paugam (1999). No Brasil Veras et al. (1999); Oliveira (1997); Rocha (2000).

<sup>8</sup> Os trabalhos de Amartya Sen têm sido atualmente referenciados em programas de organismos como a ONU e o Banco Mundial.

*“Um problema importante e freqüentemente encontrado surge da concentração da discussão na desigualdade de **rendas** como o foco primário de atenção na análise da desigualdade. A extensão da desigualdade real de oportunidades com que as pessoas se defrontam não pode ser prontamente deduzida da magnitude da desigualdade de rendas, pois o que podemos ou não fazer, podemos ou não realizar, não depende somente de nossas rendas, mas também da variedade de características físicas e sociais que afetam nossas vidas e fazem de nós o que somos”.*

(Sen, 2001:60).

O autor em seu trabalho *“Poverty and Famines: an essay on entitlement and deprivation”* (1992) aborda as diferentes metodologias empregadas na análise das desigualdades sociais apontando o alcance e os limites de cada perspectiva. Para Sen a análise da pobreza tendo como foco principal a *renda* dos indivíduos assim como as *“normas de consumo”* não parecem ser o caminho mais promissor. Em sua mais recente publicação *“Desigualdade Reexaminada”* (2001) propõe a mudança do foco analítico centralizado na *“variável renda”* para uma abordagem mais ampla de caráter pluralista: *“uma análise da pobreza baseada puramente na renda não pode senão deixar a história contada pela metade”* (2001:178).

O argumento central de Sen é de que além dos fatores orçamentários observados na questão da desigualdade, características individuais e sociais implicam de maneira decisiva no bem estar dos indivíduos e, conseqüentemente, no estado de privação a que se vêm submetidos. Nessa direção, os indivíduos se diferenciam em múltiplos aspectos: nas características externas que circunscrevem o ambiente natural e social em que estão inseridos e, em características pessoais incluindo questões como idade, sexo, raça, propensão a doenças e habilidades. Essas características, segundo o autor, são extremamente intrincadas e flexíveis, compreendendo desde o fato do indivíduo estar *“bem nutrido, adequadamente vestido e abrigado (...) até realizações sociais mais complexas tais como tomar parte na vida da comunidade”* (Sen, 2001:173). O autor

utiliza como exemplo a situação de duas pessoas que embora possuam a mesma renda, se diferem uma da outra pela incapacidade física de uma delas. Dessa maneira, a que possui tal incapacidade não pode realizar atividades do mesmo modo que a outra de “*corpo hábil*”, o que torna bastante diferente a situação de vulnerabilidade social de cada uma delas. O exame adequado da pobreza, portanto, na ótica do autor deve levar em consideração a diversidade dos indivíduos e a heterogeneidade dos espaços nos quais estão inseridos. O autor sugere, o emprego de uma abordagem *pluralista* que contemple uma multiplicidade de variáveis para o estudo da pobreza e da desigualdade social.

Sinteticamente podemos dizer que as contribuições de Amartya Sen (2001; 1992) e dos autores que discutem esta questão na atualidade convergem para a desvinculação da idéia de pobreza “absoluta”, normativa e centralizada na variável focal *renda*, para uma abordagem pautada numa concepção de pobreza “relativa” de característica pluralista e multidimensional. Nesta direção, emerge o conceito de “*exclusão social*”<sup>9</sup> que compreende uma análise ampliada para além da dimensão puramente econômica e material. A este respeito, Atkinson afirma:

*“O conceito de exclusão social é dinâmico, referindo-se tanto a processos quanto a situações conseqüentes (...) Mais claramente que o conceito de pobreza, compreendido muito freqüentemente como referindo-se exclusivamente à renda, ele também estabelece a natureza multidimensional (...) englobando os campos de habitação, educação, saúde e acesso a serviços”.*

(Atkinson, 1998 apud Veras, 1999:24).

Para Paugam (1999) o conceito de *exclusão social* não é uma categoria “*estanque*”, “*estável*” e “*compartimentalizada*” tal como propõe o conceito de pobreza convencional. Trata-se de um processo “*dinâmico*”, “*multicausal*” e “*ambíguo*”

---

<sup>9</sup> No Brasil alguns autores discutem o conceito dentre eles Veras et al. (1999); Oliveira (1997); Zaluar (1997).

podendo muitas vezes designar realidades diferentes. Por assumir um caráter complexo, o autor propõe a agregação de outros conceitos incluindo o de *desqualificação social* para o estudo da exclusão. A *desqualificação social* na visão do autor compreende um conjunto de aspectos subjetivos envolvidos no processo de exclusão tais como o isolamento social, a estigmatização e a identidade negativa. Esta abordagem humanista da exclusão social é defendida também por Salama (2001). Para o autor existe uma maneira subjetiva de vivenciar a exclusão e por isso ela é “*ao mesmo tempo um fato e um sentimento*”. Utiliza como exemplo o caso do indivíduo que numa situação de desemprego sente-se “*pobre*” por não ter como sustentar sua família. Assim, sobre um ponto de vista objetivo este indivíduo pode não ser considerado pobre, mas “*subjetivamente ele vive o sentimento da pobreza*” (Salama, 2001: 4).

Castel (1998) em sua análise histórica e sócio-antropológica a respeito da dinâmica da questão social, enfocando a dimensão da contractualidade do trabalho, utiliza, por sua vez, o termo “*desfiliação*” para designar os indivíduos que se encontram dissociados da estrutura social na contemporaneidade. Segundo o autor, a precariedade do emprego e a fragilidade das redes sociais de proteção observadas na atualidade têm colocado cada vez mais indivíduos em situação de vulnerabilidade desvinculando, dessa forma, boa parcela da população da dinâmica social. O termo, nas palavras do autor “*pertence ao mesmo campo semântico que a dissociação, a desqualificação ou a invalidação social*” (1998:26).

A pobreza e a exclusão social assumem, portanto, uma natureza multifacetada e complexa. No Brasil, a concentração de pobres nas áreas metropolitanas, especialmente do sudeste observada através do fenômeno de *metropolização da pobreza* tem imposto desafios importantes para o setor público. Neste cenário, o fenômeno da obesidade parece configurar-se como um desses desafios na medida em que se observa o crescimento da obesidade no contexto da pobreza. De fato, como discutimos anteriormente a obesidade tem assumido magnitude importante entre os pobres urbanos do sudeste, especialmente o grupo feminino. Os estudos têm demonstrado a maior frequência do agravo entre mulheres pobres residentes no sudeste (Monteiro & Conde, 1999; Monteiro & Mondini, 1998; Coitinho et al., 1991). A seguir aprofundaremos a discussão acerca da vulnerabilidade feminina ao agravo da obesidade no Brasil.

#### **1.4 A vulnerabilidade feminina**



O crescimento da pobreza urbana no Brasil é expressivo e para a população feminina em particular, esse efeito tem sido mais notável. A população feminina atualmente representa um dos subgrupos mais vulneráveis ao estado de pauperização no país. As pesquisas nacionais (Lavinias, 2001; Lavinias et al., 2000; Medeiros & Osório, 2002; IBGE, 2000) demonstram que o grupo feminino tem sofrido impactos estruturais importantes no contexto do trabalho, na esfera social e ainda, no âmbito familiar. Em primeiro lugar, as mulheres são a maioria entre os desempregados no país. De acordo com o IBGE a taxa mensal de desemprego tem sido mais alta para o sexo feminino (8,5%) do que para o masculino (6,8%)<sup>10</sup>. Acredita-se que o aumento do desemprego no grupo ocorre em função da maior competitividade nos setores onde antes prevalecia a presença feminina tal como o setor de *serviços pessoais* que vem sendo cada vez mais ocupado pelos homens. Inclui os serviços domésticos, domiciliares, confecção de vestuário e atividades ligadas à higiene pessoal (Lavinias et al., 2000).

A análise acerca da empregabilidade feminina no Brasil proposta por Lavinias (2001) permitiu observar que o perfil de ocupações do grupo é bastante precário. As mulheres brasileiras têm assumido majoritariamente atividades de baixa qualificação profissional compreendendo as ocupações no setor doméstico (diaristas, cozinheiras); de escritório (secretária, atendente); no setor público (saúde e ensino); no comércio e em serviços comunitários (sem remuneração)<sup>11</sup>. Tais ocupações tendem a impor longas jornadas de trabalho; vínculos informais (por conta própria e sem seguridade trabalhista) e diferenças salariais importantes quando comparadas com atividades semelhantes realizadas pelos homens. O hiato de renda entre os sexos é de cerca R\$ 250,00 reais em média como mostra Lavinias et al. (2000).

Fora da esfera do mercado de trabalho compreendendo o universo social e familiar observa-se que as mulheres têm sofrido o impacto das transformações estruturais verificadas nas últimas décadas no que diz respeito à composição das famílias brasileiras. O maior número de divórcios e separações têm reordenado os arranjos familiares. Dessa forma, cresce o número de domicílios do tipo “mulher sozinha com filhos” (Medeiros & Osório, 2002). Segundo o último censo realizado pelo IBGE

---

<sup>10</sup> Valores para o mês de setembro de 2002 (IBGE, 2002).

<sup>11</sup> A participação das mulheres em atividades de maior prestígio tais como o cargo de diretoria (1,01%) ou como proprietárias (0,25) têm sido inexpressiva (Lavinias, 2001).

(2000), um em cada quatro domicílios no Brasil é chefiado por mulheres. Somente no Rio de Janeiro a chefia feminina esta presente em 31,2% dos lares, o que representa o segundo maior índice do país. Com relação aos rendimentos observa-se que o poder aquisitivo dos domicílios cai sensivelmente no caso de mulheres chefes de família com filhos menores (IBGE, 2000). Nesta direção, famílias chefiadas por mulheres são mais vulneráveis ao estado de pobreza no Brasil (Rocha, 1994; 1995). O perfil dos núcleos chefiados por mulheres é: famílias sem cônjuge, com filhos menores (especialmente menores de 10 anos) e idosas sozinhas. Outras características como raça e nível educacional também são importantes na configuração das situações de vulnerabilidade social. Segundo o relatório do Núcleo de Estudos de Políticas Públicas da Universidade Estadual de Campinas (Nepp/Unicamp, 1992) os chefes de família pretos ou pardos representam 57% dos domicílios pobres urbanos do país e dois terços dos chefes de família pobres são analfabetos ou apresentam apenas três anos de escolaridade.

A vulnerabilidade feminina às condições de pobreza e ao agravo da obesidade no Brasil ilumina uma questão complexa e paradoxal. Isto porque existe uma enorme dificuldade metodológica em analisar as categorias obesidade e pobreza já que normalmente elas são debatidas sob perspectivas diferentes. A obesidade por ser uma condição patológica que acomete o corpo físico é frequentemente estudada pela clínica que concentra sua discussão nas bases fisiológicas da doença. Enquanto, a pobreza por compreender circunstâncias sociais e materiais de vida, assume lugar de destaque no campo da economia e da sociologia (Sobal, 1991). Obviamente trabalhar com categorias que apresentam tais implicações requer do pesquisador um olhar mais amplo para o fenômeno em questão. Aponta a necessidade de uma nova proposta de análise que fuja de abordagens limitadas e rígidas.

No Brasil, no que se refere às investigações acerca dos distúrbios alimentares incluindo a obesidade existe de fato um certo distanciamento entre as investigações propostas pelo campo da nutrição e das ciências sociais. Exemplos clássicos têm sido os inúmeros estudos epidemiológicos que se detêm na descrição dos agravos nutricionais e seus efeitos nocivos aos grupos sociais. Os trabalhos sócio-antropológicos que focalizam o universo simbólico envolvido na conduta alimentar dos sujeitos (Velho, 1977; Canesqui, 1976; Fausto Neto, 1982; Zaluar, 1985), em geral tendem a não ser incorporados nos estudos nutricionais. Neste aspecto, Monteiro & Mondini (1998) ao evidenciarem o avanço da obesidade em mulheres pobres no Brasil destacaram a

importância de se rever os modelos convencionais de causalidade para os distúrbios da nutrição no país. Nesta direção, Tonial (2001b:23) propôs em sua investigação o *entrelaçamento das questões nutricionais com as raízes históricas, socioeconômicas e culturais*. Entretanto, poucos têm sido os estudos do campo da nutrição no Brasil que destacam este caráter multidimensional da alimentação.

A literatura mundial, por sua vez, tem focado a importância dos determinantes sociais na saúde dos indivíduos. Para estas análises os mecanismos biológicos envolvidos nas enfermidades incluindo os distúrbios nutricionais estão intimamente associados ao contexto de vida dos sujeitos (Diderichsen et al., 2002). A análise dos agravos nutricionais dentro de um contexto socioeconômico e cultural tem sido realizada por diferentes autores (Engel, 1980 apud Sobal, 1991; Fischler, 1988; Cassidy, 1991). Especialmente no que se refere ao estudo da obesidade Sobal (1991), alerta que para um exame consistente do agravo faz-se necessário a utilização de múltiplas perspectivas de análise. Ainda nesta direção, Ross & Mirowsky (1983) enfatizam a inclusão dos fatores sócio-culturais nos estudos sobre o excesso de peso.

Dentro desta perspectiva, podemos dizer que a alimentação enquanto elemento fundamental para a saúde humana, expressa o ambiente socioeconômico e cultural dos indivíduos. A alimentação sob esse prisma caracteriza-se como um ato complexo que segundo Fischler (1988) envolve no mínimo duas dimensões diferentes: a nutricional e a simbólica. Dentro deste contexto surgem alguns questionamentos e indagações - como explicar a frequência da obesidade entre as mulheres pobres no Brasil incorporando as múltiplas dimensões do problema? Quais seriam as questões envolvidas no fenômeno da obesidade feminina e sua interface com a pobreza? Pretendemos discutir essas questões ao longo dos Capítulos 4 e 5 a partir dos resultados consolidados. No próximo capítulo abordaremos o universo simbólico e cultural da alimentação.

## Capítulo II O processo e o sentido das escolhas alimentares

A obesidade é um atributo físico, percebido, interpretado e influenciado pelo sistema social. Valores sócio-culturais relacionados à obesidade podem, portanto variar de uma sociedade para outra, nos diferentes contextos históricos (Sobal, 1991). Neste sentido, a corpulência que, no passado, esteve associada à idéia de saúde no imaginário coletivo hoje tem seu significado transformado (Sobal, 1991; Cassidy, 1991; Brown & Konner, 1999; Wolf, 1992). Para Fischler (1989):

*“(...) há um século nos países ocidentais desenvolvidos os gordos eram amados; hoje, nos mesmos países, amam-se os magros. As sociedades modernas é claro, não amam nem a gordura nem as pessoas muito gordas. No tempo em que os ricos eram gordos, uma rotundidade razoável era muito bem vista. Ela era associada à saúde, a prosperidade, a respeitabilidade plausível (...)”.*

(Fischler, 1989:78).

Padrões definidos para a obesidade assumem contornos distintos em cada sociedade e também entre diferentes grupos sociais. Brown & Konner (1999) observaram que na comunidade *Zulu* a obesidade é valorizada e admirada enquanto símbolo de saúde e prosperidade. Uma campanha de prevenção à obesidade realizada na comunidade que vinculava diversos pôsteres com a imagem de uma mulher obesa ao lado de um caminhão sobrecarregado de pneus com uma mensagem que se referia a idéia de que ambos estavam carregando peso demais foi interpretada pela comunidade como símbolo de uma mulher rica e feliz em face da concepção cultural acerca da doença no grupo. A percepção da obesidade em homens e mulheres também pode ser distinta: como alguns estudiosos têm observado a obesidade pode estar associada às idéias de “sucesso econômico, força política e condição social” (Brown & Konner, 1999: 355). Os líderes políticos na tribo *Novo Guinca* são homens obesos. Em *Bemba*, África do Sul, o excesso de gordura nos homens representa além de sucesso econômico, força espiritual. Estereótipos são criados e recriados em torno das relações entre corpo, força e liderança:

*“Jacques Chirac declarou um dia que, dentro de sua carreira política, seu físico **seco** havia sido uma desvantagem. Os eleitores, segundo ele, preferem os políticos **mais cheios de corpo**. Esta afirmação é em parte corroborada pelos dados de várias pesquisas, em vários países, que indicam que as pessoas com o físico um pouco arredondado são, via de regra, percebidas como de convívio mais amável, mais abertas a comunicação e a empatia do que as magras.”*

(Fischler, 1989:69).

Por outro lado, em algumas sociedades a obesidade feminina tem sido caracterizada como símbolo de beleza e maternidade (Brown & Konner, 1999). Mulheres jovens africanas desenvolvem a obesidade com o intuito de incrementar seus atributos físicos de beleza e melhorar suas relações conjugais (Sobal, 1991). Por esta razão nestas populações parece existir uma valorização positiva do excesso de gordura feminino. Por outro lado, nas sociedades modernas concepções e crenças culturais acerca do corpo magro tendem a estar mais presentes podendo, inclusive, levar a comportamentos compulsivos e ampliar a incidência de anorexia e bulimia nervosa (Wolf, 1992). Segundo Baudrillard (1995:139) atualmente nas sociedades modernas têm vigorado uma *nova ética em relação ao corpo*: o culto narcisista, dietético, higiênico e terapêutico. O corpo desejado hoje é o *funcional* por vincular-se a símbolos de beleza, realização pessoal e erotismo.

O *“corpo é o primeiro e o mais natural instrumento do homem”* e, cada sociedade impõe ao homem uma expectativa em torno do corpo (Mauss, 1974:217). Para Foucault (1997:117) em qualquer sociedade o corpo é um locus de poder. Neste sentido, os corpos podem ser submissos - *“corpos doces”* - sujeitos a coerções e domínios ou também a experiências de confronto e resistência.

De acordo com Boltanski (1979:145) a preocupação que os sujeitos depositam sobre o corpo *“cresce quando eles se elevam na hierarquia social”*. Para o autor os cuidados estéticos tendem a predominar entre as classes sociais privilegiadas onde se verifica o maior consumo de produtos de tratamento para o corpo e a prática de um

estilo de vida mais saudável compreendendo uma alimentação equilibrada e ainda, a adesão a atividades físicas de lazer.

No Brasil, Lifchitz (1997) observou mudanças no imaginário alimentar de segmentos mais favorecidos economicamente com a emergência do que ele denominou de discursos em torno do “*natural*”. Envolve a proliferação da “boa alimentação” e da escolha de alimentos na sua forma “*in natura*”. Essas ações segundo Boltanski (1979) podem ser explicadas pela uma relação mais reflexiva com o corpo por parte desses segmentos, em função do melhor nível educacional e da maior inserção do grupo em ocupações de cunho intelectual. Além disso, para Sobal (1991) a condição material de vida do grupo permite o acesso a alimentos mais apropriados para a manutenção da saúde assim como a prática de atividades físicas voluntárias. Na medida em que tais grupos sociais normalmente assumem ocupações de prestígio e usufruem de maior flexibilidade de horários e autonomia, existiria, portanto, uma tendência maior para a incorporação de tais comportamentos.

Inversamente, segundo Boltanski (1979), nas classes populares a atenção prestada ao corpo pode ser menos freqüente. Particularmente neste grupo, o uso do corpo pode compreender uma visão mais utilitária, fruto da importância da força física nas ocupações desempenhadas. Dentro desta perspectiva, para muitas mulheres das classes populares o corpo pode se apresentar como condição para a produção do trabalho. No cotidiano de luta pela sobrevivência diária, duras e longas jornadas de trabalho, incluindo os afazeres domésticos e os cuidados com os filhos, o corpo tende a não ser percebido em toda sua plenitude (Muraro, 1983).

No Brasil, o estudo de Zaluar (1985) revelou que para as mulheres das classes populares a obesidade é por vezes valorizada como elemento de força. Silva (1997), por sua vez, verificou em seu estudo com mulheres obesas de baixa renda que a obesidade era um atributo sexual importante no grupo. O corpo erótico e sensual era representado pelas formas arredondadas. Para Muraro (1983:249) as mulheres pobres “*não se vêem com seus próprios olhos: elas se vêem com os olhos do homem (...)*”.

A respeito das diferenças encontradas nas concepções do corpo entre as classes sociais Boltanski, ao final dos anos 70, afirmou:

*“À medida que se sobe na hierarquia social, que cresce o nível de instrução e que decresce correlativamente e progressivamente o volume de trabalho manual em favor do trabalho intelectual, o sistema de regras que regem a relação dos indivíduos com o corpo também se modifica: quando sua atividade profissional é essencialmente uma atividade intelectual, não exigindo nem força nem competência física particulares, os agentes sociais tendem primeiramente a estabelecer uma relação consciente com o corpo (...)”*.

(Boltanski, 1979: 168).

Popkin (1994) verificou mudanças positivas no padrão alimentar de subgrupos da população norte-americana com melhor nível socioeconômico e, em contrapartida, o surgimento de problemas ligados ao excesso alimentar nos grupos sociais de menor renda do país, especialmente a população hispânica e negra. Segundo Popkin (1994) estes grupos tendem a apresentar os índices mais elevados de obesidade nos Estados Unidos. Pena & Bacallo (2000), por sua vez, constataram o crescimento da obesidade entre os segmentos mais desfavorecidos nos países latino-americanos e do Caribe.

Segundo Bourdieu (1984), através do hábito alimentar podemos obter pistas significativas sobre as clivagens de classe e renda. Para o autor, os *gostos de luxo* que compreendem a seleção de alimentos e preparações mais refinadas estão ligados a maior possibilidade de escolha dos grupos sociais. Assim, nas classes populares os gostos se apresentariam como *gostos de necessidade*<sup>1</sup> porque para este grupo não existiria margem para opções e escolhas alimentares.

A perspectiva da construção social do corpo tem servido de fundamento para diferentes trabalhos sócio-antropológicos (Aguirré, 2000; Velho, 1977). Nesses estudos as desigualdades no acesso aos alimentos podem conduzir os grupos menos favorecidos a diferentes arranjos de sobrevivência. As estratégias de consumo alimentar estariam assim, caracterizadas pela seleção de gêneros baratos e de alta densidade calórica tais

---

<sup>1</sup> Bourdieu, P., 1984. *La Distinction: a Social Critique of the Judgement os Taste*. Harvard University Press, Cambridge, USA. 613p.

como as gorduras e os açúcares através dos quais os pobres conseguem as calorias de que necessitam para sobreviver<sup>2</sup>. Fundamentalmente, tais condutas apresentam-se como recurso importante para combater a fome, ameaça permanente no cotidiano diário das classes populares (Woortmann, 1986). A este respeito, Freitas (2002:56) pontua que a fome, para os segmentos populares, independente de todos os danos biológicos causados ao organismo, traz à tona os sentimentos mais profundos ligados ao cotidiano e afirma: “a fome é caracterizada como um fenômeno a ocupar um lugar na dimensão sociocultural do mesmo corpo biológico que a sente (...) sentir fome não quer dizer apenas a sensação de vazio no estômago, mas significa antes, a fraqueza do espírito”. A fome dentro desta perspectiva apresenta-se não apenas como uma patologia física, mas, sobretudo como uma doença *social e moral* (Minayo & Neto, 1985:22).

No Brasil vários autores abordam a questão das estratégias de consumo alimentar entre as classes populares. Fausto Neto (1982) em estudo sobre a prática alimentar de famílias operárias, verificou que a alimentação refletia de forma acentuada as dificuldades sociais vividas pelo grupo. Para a autora, os padrões culturais e os constrangimentos de ordem econômica tinham influência decisiva na definição das prioridades para o consumo de alimentos intrafamiliar. A autora observou estratégias de consumo alimentar que incluíam a substituição de alimentos mais caros por mais baratos; mais nutritivos por menos nutritivos e quantidade por qualidade.

Nesta mesma direção, a investigação de Marin (1977) com operários de Campina Grande apontou dois princípios básicos para o consumo de alimentos em situações de privação. O primeiro princípio incluía a escolha dos alimentos pesados e de difícil digestão com o propósito de promover saciedade e conferir sustento ao corpo. O segundo princípio consistia na substituição de alimentos valorizados por itens do mesmo produto de tipo ou qualidade diferente<sup>3</sup>. Assim, em situações de escassez essas

---

<sup>2</sup> Gorduras e açúcares representam as principais fontes de energia para o corpo biológico e constituem-se de reservas energéticas armazenadas como tecido adiposo. As gorduras denominadas de lipídios ou ácidos graxos apresentam ainda como propriedade um alto poder de saciedade por exigirem maior tempo de digestão face à complexidade de sua estrutura molecular. Os açúcares são também conhecidos como glicídios ou carboidratos simples (Krause; Mahan & Arlin, 1994).

<sup>3</sup> Observado também no estudo de Souto de Oliveira, J., 1977. *Hábitos e Padrões Alimentares de um Grupo de Operários do Rio de Janeiro* com o café que em função do alto custo era muitas vezes substituído por gêneros como o mate, o refresco e os refrigerantes.



famílias utilizavam como estratégias de consumo a substituição de alimentos habituais por itens não tão valorizados. Era o caso da substituição do feijão “*mulatinho*” pelo feijão “*preto*”; da farinha “*quebradinha*” pela farinha “*fina*”; da carne de “*gado*” pela carne de “*criação*”. Particularmente, o que chama atenção no trabalho de Marin (1977) é a utilização de alimentos considerados ofensivos pelo grupo:

*“(...) mesmo alimentos como o feijão preto, estigmatizado como fraco e ofensivo, além de inspirar cuidados no seu consumo por não estar referido a vivência das pessoas, são consumidos devido ao seu baixo preço em relação a demais qualidades da mesma categoria de alimentos. O que levou uma informante a formular: aqui no Norte o povo diz que tudo ofende, mas tudo se come”.*

(Marin, 1977:279).

Assis et al. (1999) observaram a mesma situação em uma comunidade do semi-árido baiano. Em épocas de seca esta população fazia uso do “*bró*” uma preparação a base de palmito do ouricurizeiro (grande palmeira da região) e do “*caxixe*” bebida a base de coco do ouricuri que são os únicos alimentos que sobrevivem à estiagem. Esses alimentos são para o grupo o único recurso de que dispõem nos períodos de escassez. Entretanto, a ligação dos alimentos com as situações penosas e sofridas da seca promovia uma verdadeira aversão simbólica a esses itens.

Ainda a respeito das estratégias de consumo Souto de Oliveira (1977) analisando a prática alimentar de moradores de uma favela carioca na década de 70 observou duas lógicas de consumo de alimentos no grupo. A primeira ela denominou de “*tabu do desperdício*”; que implicava o comportamento de “*não comer fora de casa*” e de “*não comer fora do horário*”. A autora observou que tais ações representavam uma transgressão as normas de sobrevivência do grupo por acarretar em gastos extras e, portanto, em desperdício para a família. Foi observada também neste grupo a lógica da “*economia doméstica*” que envolvia o predomínio das preparações cozidas sobre as assadas no cardápio das famílias. A utilização preponderante de preparações cozidas em detrimento das assadas se justificava no fato das últimas implicarem no uso do forno acarretando maiores gastos com o gás. Assim sendo, o uso do forno e de preparações

assadas restringia-se aos almoços de domingo onde era permitido burlar a rotina semanal. Somente nestes dias eram realizadas preparações assadas tais como o frango e a carne de porco. Ainda dentro da lógica da “*economia doméstica*” foi observado um outro tipo de recurso que a autora denominou de “*misturas*”, que consistia na utilização de alimentos protéicos combinados a legumes e verduras através de preparações como os “*ensopadinhos*” e “*guisadinhos*”. Incluíam pratos como a carne seca com abóbora e a carne moída com quiabo. Neste tipo de recurso a intenção do grupo era promover maior rendimento à carne, item escasso entre a população favelada, em função do seu alto custo.

Segundo Aguirré (2000:13), condutas de subconsumo alimentar tem afetado principalmente as mulheres pobres como consequência da “*auto-exclusão de comida em favor das crianças e do marido*”. Foi o que constatou a autora em estudo com mulheres pobres argentinas com excesso de peso. O papel social assumido pelas mulheres enquanto donas de casa no controle e na distribuição da comida no lar favorece a negligência do seu próprio consumo. Assim, Aguirré observou que as mulheres obesas argentinas obtinham a sensação de plenitude e combatiam a fome através do consumo de pães e infusões açucaradas. Para a autora este padrão de alimentação associado à desvalorização social do corpo sofrida por essas mulheres teria contribuído para a prevalência de obesidade no grupo.

Para Wolf (1992) ao longo de toda a história da humanidade em épocas de escassez alimentar, as mulheres foram as mais atingidas pela subalimentação. Para a autora a auto-exclusão das mulheres encobre a idéia de que os homens são os provedores e os membros mais importantes da estrutura social. Os trabalhos de Silva (1997) e Tonial (2001a; 2001b) com mulheres obesas de baixa renda no Brasil revelaram um padrão de consumo alimentar insuficiente sob o ponto de vista nutricional. Segundo as autoras, as precárias condições de vida dessas mulheres impõem ao grupo a seleção de itens altamente calóricos e com baixo valor nutritivo compreendendo especialmente alimentos incrementados em açúcares e gorduras. O que tem favorecido o aumento da obesidade no grupo.

A respeito do padrão alimentar brasileiro podemos dizer que embora o país apresente uma enorme diversidade gastronômica, reflexo da miscigenação dos diferentes povos que fizeram parte de sua história, alguns hábitos alimentares

assumiram destaque no país. É o caso do consumo do açúcar, do amido e das gorduras. No que se refere à difusão do açúcar, a tradição doceira foi trazida pelos exploradores portugueses e ampliou-se através do cultivo da cana de açúcar propiciando dessa maneira o tradicionalismo e o gosto culinário para o doce no país. Da casa grande à senzala dos grandes engenhos de cana o paladar nacional para o açúcar foi sendo construído. A garapa (caldo da cana) e a rapadura, por exemplo, serviam de alimento para os escravos. Já as elites consumiam preparações mais sofisticadas resquícios da tradição lusitana que incluíam os doces como a baba de moça, papo de anjo, pão-de-ló e fios de ovos. Nas classes populares uma variedade de doces foi sendo difundida entre eles os doces de frutas (marmelada, goiabada, bananada), o pé-de-moleque, o cuscuz de tapioca, o bolo de aipim e a pamonha (Zarvos & Ditadi, 2000; Freire, 1997).

Os exploradores portugueses ainda na época dos bandeirantes também contribuíram para a incorporação do hábito de consumir itens como a mandioca e o milho através do cultivo do roçado de subsistência. A predileção por estes itens era justificada pela variedade de seu emprego culinário. A mandioca e o milho podiam ser consumidos cozidos, assados ou fritos e, ainda, serem manipulados e transformados em farinha e fubá. Além disso, os bandeirantes desenvolveram a criação do porco. A partir dele obtinham a carne fresca; a gordura apropriada para as frituras e os refogados; o toucinho que conferia gosto ao feijão e os embutidos. Hábitos extremamente difundidos na cultura popular brasileira (Zarvos & Ditadi, 2000). Neste sentido, o padrão alimentar observado entre os grupos sociais encontra-se vinculado ao conjunto de valores, crenças e hábitos historicamente construídos.

## **2.1 A alimentação enquanto signo**

A alimentação é uma categoria que além de sua natureza nutricional, fala do corpo e das relações sociais. A escolha dos itens alimentares é, sem dúvida, de todas as atividades humanas a que se debruça de modo mais impressionante entre o natural e o cultural (Douglas, 1995:171). Cada alimento contém além de seus nutrientes biológicos, um conteúdo de significados de ordem sócio-econômica, cultural e religiosa. Neste sentido, os alimentos compreendem componentes biológicos vitais para o homem incluindo as vitaminas, proteínas e minerais, mas assumem também uma função social fundamental (Tonial, 2001a). **A comida alimenta, portanto, a fisiologia do corpo assim como a identidade dos indivíduos.** Tal identidade refere-se aos hábitos,

costumes, crenças e situações de vida dos sujeitos, expressas através dos hábitos alimentares (Crouch & O'Neil, 2000; Fischler, 1988). Qualquer sociedade estabelece culturalmente os alimentos permitidos e proibidos para o consumo do grupo. Em outras palavras, o alimento que se come e a forma como se come é carregada de significados (Woortmann, 1986; Marin, 1977). Nesta perspectiva, a alimentação não poderia ser somente explicada por um cientificismo de natureza nutricional ou mesmo econômico porque desta forma estariam sendo ignorados elementos culturais importantes envolvidos no comportamento alimentar dos sujeitos (Contreras, 1995; Zaluar, 1985).

Neste contexto, a condição simbólica representada por tudo aquilo que os indivíduos preferem e almejam é o que de fato determinaria a escolha dos alimentos. Num certo sentido, os fatores culturais seriam os determinantes do comportamento alimentar dos indivíduos. Os demais fatores incluindo os econômicos e biológicos determinariam somente os limites do que é possível adquirir e do que é necessário consumir, respectivamente (Musgrove, 1987:11).

Assim, a comida reflete em qualquer grupo humano, a diversidade, a hierarquia e a organização social (Fischler, 1988). Por este prisma, podemos compreender as diferentes concepções e culturas alimentares no mundo; nas suas diversas formas de cultivo, distribuição e consumo de alimentos. As múltiplas crenças e tabus em torno da alimentação. E ainda, os rituais religiosos que fazem uso de gêneros alimentícios; as festividades e celebrações onde os alimentos estão sempre presentes; o ritual das refeições ao longo do dia; a ordem de servir as preparações; o comportamento à mesa; a hierarquia familiar na distribuição dos alimentos.

Douglas (1971) ilustrou muito bem esta dimensão cultural no seu estudo sobre os elementos simbólicos envolvidos numa refeição. Para a autora a alimentação codifica todos os eventos sociais, desde as cerimônias festivas até o cotidiano de vida dos sujeitos. Na rotina diária a refeição tende a ser ritualizada. E relaciona-se a um conjunto de contrastes e texturas diferentes: quente e frio, sólido e líquido, diversos grupos de alimentos incluindo cereais, legumes e proteínas. A refeição diária subentende uma entrada ou um trinômio - prato principal e dois acompanhamentos. Nessa lógica, uma sopa, uma fruta ou um bolo não se constitui de refeição, mas parte dela ou meia refeição. As refeições semanais e do final de semana são diferenciadas: no almoço de domingo, em geral, o prato principal é incrementado e surgem além dos

acompanhamentos tradicionais, bebidas e sobremesas em demasia. A composição de uma refeição pode ainda diferenciar-se enormemente em datas especiais. No almoço de Natal, por exemplo, surge mais de um prato principal. Esta compreensão permite identificar a importância assumida pela alimentação do dia-a-dia dos indivíduos, assim como, nas datas comemorativas.

Fischler (1995) radicaliza esta abordagem afirmando que a cultura através de seu sistema de regras, normas, códigos e critérios dicotomiza o comestível e o não comestível. O que é adequado e o que não é adequado para o consumo alimentar do homem é, portanto, uma escolha cultural: “*se não consumimos tudo o que é biologicamente comestível, é porque tudo o que é biologicamente comestível não é culturalmente comestível*” (Fischler, 1995:276). Para o autor o peso cultural da alimentação permite compreender, o não consumo de certos animais apesar de seu valor nutritivo e de sua possibilidade de criação e comercialização.

Sahlins (1976) ao analisar as categorias “comestibilidade” e “não-comestibilidade” em torno do consumo da carne de animais na sociedade americana demonstrou que a simbologia alimentar assume tamanha significância no país que ultrapassa o cotidiano dos norte-americanos e atinge a economia de mercado. Segundo o autor, a centralidade da carne de boi na refeição dos norte-americanos traz como consequência toda uma ordenação econômica compreendendo a exploração do meio ambiente, a reorientação da agricultura pecuária, o comércio internacional e as políticas mundiais. Em contrapartida, Sahlins constatou o tabu sobre cavalos e cachorros que tem seu consumo abominado pela sociedade norte-americana. No entanto, para os sul-coreanos a carne de cachorro é um prato saboroso e de status social apreciada, sobretudo, pelos homens que acreditam nos poderes afrodisíacos e terapêuticos do prato sendo valorizada e comercializada nos restaurantes mais sofisticados do país.

Este sistema simbólico de regras envolvendo a alimentação foi descrito por Douglas (1976) em seu trabalho “*Pureza e Perigo*”<sup>4</sup> onde faz referência aos ritos religiosos envolvendo a alimentação dos haviks (brâmanes). Dentre as diversas regras de pureza e impureza envolvendo os alimentos encontra-se a distinção entre a comida crua e a cozida. A primeira é ritualizada como pura e, dessa forma, pode ser manipulada por qualquer integrante religioso. Entretanto, o alimento cozido revela-se como portador

---

<sup>4</sup> Douglas, M., 1976. *Pureza e Perigo*. São Paulo: Perspectiva.232p.

de impureza devendo ser manipulado por outros que não os membros da seita. Tal crença restringe o mínimo contato físico dos haviks com aqueles que lhe oferecem os alimentos, de tal forma que se acidentalmente um membro tocar a mão ou mesmo a colher daquele que o serve acaba por tornar-se impuro devendo trocar suas vestimentas antes de se alimentar. O ato alimentar também se reveste de tabus religiosos onde a saliva do haviks ou de estranhos constitui-se de um veículo de impurezas. Assim, a fruta inteira e crua é pura, já a fruta mordida esta sujeita a “*profanação ritual*” sendo considerada poluída (Douglas, 1976:48).

Lévi-Strauss (1989) analisou sistemas totêmicos complexos articulados à conduta alimentar em diferentes sociedades primitivas. Dentre eles o existente em algumas aldeias de ilhas do arquipélago australiano (especialmente a Ilha de Mota) onde as proibições alimentares se constroem em boa parte de seus habitantes que acreditavam ser determinado fruto, animal ou mesmo vegetal. Tal crença origina-se quando as mulheres grávidas de Mota acidentalmente se deparam com algum desses elementos e a partir deste fato, são orientadas que darão a luz a uma criança que se parecerá com o elemento encontrado ou será a sua própria existência. Dessa forma, a ingestão deste elemento pelo indivíduo após o seu nascimento constitui-se como uma espécie de autocanibalismo. Segundo o autor, essa “*relação entre o homem e o objeto é tão íntima que o primeiro possui as características do segundo: conforme o caso, a criança será fraca e indolente como a enguia (...), ou terá ainda uma barriga grande que lembra a forma de uma maçã silvestre*” (1989: 94).

Sistemas totêmicos também foram descritos no Brasil. No trabalho de Maués & Maués (1980) a respeito do folclore alimentar na Amazônia, realizado em uma comunidade de pescadores do litoral paraense (Itapuá), os autores verificaram diferentes categorias simbólicas assumidas por determinados alimentos. Nessa comunidade verificaram existir os alimentos considerados “fortes”, “frios”, “quentes”, as “misturas” e os alimentos tidos como “reimosos”. O fenômeno da reima, em particular, caracterizava-se por um sistema “para-totêmico” altamente sofisticado e complexo da oposição entre alimentos considerados puros (não reimosos) e impuros (reimosos). Neste estudo, concluíram que o fenômeno da reima envolvia dois domínios distintos: alimentos (gêneros) e pessoas (organismos). Ou seja, a relação entre alimentos e pessoas formava um tipo de classificação simbólica de enorme importância social sendo, portanto, ritualizada através dos tabus alimentares. Assim, nesta comunidade as pessoas

consideradas fracas (tais como os doentes; as crianças menores de dois anos; as mulheres no período menstrual, gestantes) não podiam fazer uso dos alimentos reimosos. Um exemplo desta condição seria a alimentação das crianças recém-nascidas, classificadas como fracas, que até o terceiro dia de nascimento não podiam ser alimentadas com o leite da própria mãe por ser considerado reimoso (impuro).

## 2.2 Estudos sobre a cultura alimentar no Brasil

Podemos dizer que as análises a respeito da dimensão cultural e ideológica presentes nas práticas alimentares se consolidam no Brasil a partir das décadas de 40 e 50 por intermédio dos exames etnográficos realizados pelo campo da antropologia (Canesqui, 1988)<sup>5</sup>. Os ditos “estudos de comunidade” dos anos 50 revelam-se como preciosas contribuições analíticas sobre a alimentação das populações urbanas e rurais na perspectiva da cultura alimentar. Tais estudos buscaram apreender o universo dos valores, hábitos e padrões alimentares através da descrição dos meios de aquisição, composição e preparo dos alimentos; assim como dos tabus e crenças relacionados à alimentação (Casculo, 1983)<sup>6</sup>. Ainda que o interesse da antropologia estivesse voltado para a análise descritiva da cultura alimentar brasileira, os estudos já constatavam as variações no consumo dos gêneros entre os seguimentos sociais, demonstrando a insuficiência alimentar de grupos mais desfavorecidos economicamente em detrimento das classes mais abastadas. Neste sentido, alguns cientistas sociais empreenderam estudos sobre alimentação e saúde realizando inquéritos nutricionais junto à classe trabalhadora. Muitos destes trabalhos subsidiaram políticas salariais e educativas, sobretudo nas décadas de 40, 50 e 60. Dentre eles destacam-se os trabalhos de Josué de Castro<sup>7</sup>

A obra de Antonio Candido “*Os parceiros do Rio Bonito*” publicada em 1964<sup>8</sup> tornou-se um clássico da sociologia brasileira. Nesta obra o autor não apenas descreve, mas analisa as transformações dos meios de vida e da organização sociocultural do

---

<sup>5</sup> Canesqui (1988) fez uma análise acerca da produção do campo da antropologia voltada para as investigações das práticas alimentares no Brasil.

<sup>6</sup> Casculo, L.C., 1983. *História da Alimentação no Brasil*. Rio de Janeiro. Editora Nacional. Publicação datada em 1968, reeditada. 539p.

<sup>7</sup> Sobre a obra de Josué de Castro ler Vasconcelos (1999) e Magalhães (1997).

<sup>8</sup> Candido, A., 2001. *Os Parceiros do Rio Bonito: Estudo sobre o Caipira Paulista e a Transformação dos seus Meios de Vida*. 34ª edição. São Paulo: Duas Cidades. Publicação 1964, reeditada. 376 p.

caipira paulista frente ao processo de modernização do país. Interessante destacar que nesta obra, Candido de forma original aponta uma outra perspectiva da alimentação deficiente entre os trabalhadores rurais a “*fome psíquica*”. Além da carência e subnutrição a que estava exposto o caipira paulista, existia o desejo permanente a alimentos valorizados socialmente pelo grupo (Candido, 2001:198).

Nos anos setenta surgem as análises antropológicas voltadas para as condições de vida das classes trabalhadoras onde são focalizadas as diferentes situações de escassez a que se vêem submetidos esses grupos sociais (Velho, 1977)<sup>9</sup>. Mais do que descrever as péssimas condições de vida desses grupos, tais investigações procuravam relacioná-las com o modelo econômico capitalista adotado pelo país, de caráter monopolista e centralizador de renda. Essas investigações ampliaram o universo analítico de característica puramente descritiva e revelaram dados importantes sobre as práticas e padrões de consumo das classes trabalhadoras mediadas pela esfera da dependência econômica. Alguns estudos demarcaram a existência de princípios ideológicos operando na seleção dos itens alimentares através das concepções acerca da reprodução de sua força de trabalho e estratégias de sobrevivência familiar. Nesta direção podemos citar as investigações propostas por Canesqui (1976) e Velho (1977).

O estudo de Canesqui (1976) trouxe contribuições enriquecedoras ao campo da antropologia e da nutrição ao propor uma análise do consumo alimentar integrada ao contexto de vida dos indivíduos. Partindo da idéia de que a alimentação enquanto prática social esta inserida no conjunto de situações cotidianas que envolvem o trabalho, os rendimentos, o local do domicílio, a saúde, o lazer e outras circunstâncias da vida; a autora verificou que a alimentação não era somente vivida pelo grupo investigado, mas também elaborada através de concepções culturais e simbólicas que na realidade manifestavam as situações de existência desses indivíduos. O estudo realizado na década de 70, num bairro periférico-urbano do Município de Paulínia, região de Campinas – São Paulo com moradores de um conjunto habitacional, constatou que a alimentação relacionava-se fundamentalmente com o corpo, o trabalho e a pobreza.

---

<sup>9</sup> Velho denominou de estudos de “*dramatização social*”. Velho, O.G., 1977. *Relatório do Grupo de Pesquisa do Museu Nacional -Projeto Hábitos Alimentares em Camadas de Baixa Renda*. Rio de Janeiro: Museu Nacional.Universidade Federal do Rio de Janeiro.



Essas dimensões apareciam com muita frequência no discurso dos moradores acerca de suas práticas alimentares.

Neste trabalho, Canesqui propôs uma análise ampla que transcendeu a observação das práticas alimentares no grupo, compreendendo todo o contexto socioeconômico e cultural do conjunto habitacional. Assim, a autora constatou que no período que antecedeu sua pesquisa o Município sofreu marcantes mudanças econômicas e sociais desencadeadas pelo processo de industrialização local. A região que, tradicionalmente, abarcava as atividades de cunho agrícola viu-se diante de mudanças estruturais no que diz respeito ao seu modelo econômico com a implantação de indústrias dos setores químicos e petroquímicos que reformularam o desenvolvimento econômico local assim como as ocupações de trabalho e as condições de vida da população. A expansão industrial promoveu o aumento dos recursos públicos e privados, propiciando maiores investimentos nas áreas de educação, saúde, habitação e no crescimento do comércio local com o surgimento de quitandas, mercearias, restaurantes, supermercados e o comércio de ambulantes (Canesqui, 1976).

A mão-de-obra local caracterizava-se por migrantes, analfabetos e semi-analfabetos, provenientes, sobretudo, dos estados de São Paulo e Minas Gerais que realizavam ocupações semiqualficadas ou não qualificadas. Dessa forma, os rendimentos observados nesta população assumiam níveis muito baixos: 70% não chegava a receber dois salários mínimos. Com relação às condições de vida e particularmente, a organização espacial da cidade o aumento da renda pública e a urbanização acelerada possibilitaram a reordenação do espaço urbano com investimentos em vários setores incluindo os projetos de habitação popular como a construção do conjunto habitacional *José Paulino Nogueira* onde se realizou a pesquisa (Canesqui, 1976).

O conjunto *José Paulino Nogueira* denominado pela própria comunidade de “*Popular*” localizava-se na periferia urbana do Município de Paulínia distante dos pólos de trabalho. A localização espacial do conjunto conferia aos moradores um certo sentido de segregação espacial, política e social. Como um conjunto residencial urbano o “*Popular*” apresentava serviços básicos de infraestrutura incluindo acesso à luz, água, esgoto, limpeza pública e ensino. No entanto, as habitações apresentavam diferenças marcantes no que se refere ao tamanho, ao tipo de construção e ao seu valor de

mercado. Tamaña diversidade refletia o poder socioeconômico de seus moradores e revelava uma certa hierarquia social presente no conjunto habitacional. Assim, ainda que essa população pudesse ser caracterizada como de baixa renda existia uma “heterogeneidade interna” (Canesqui, 1976:27) no conjunto, expressa na estrutura das habitações e nas condições de vida dos moradores. Esta diferenciação interna encontrada no “Popular” era percebida pelos próprios moradores: em seus relatos existiam os “pobre”, os “não muito pobres” e os “bem de vida”. Os “pobres”, na concepção do grupo, representavam os indivíduos submetidos à baixa qualificação e remuneração do trabalho. Para os entrevistados “pobre” era aquele que “num pode escolher serviço”; “ganha pouco” ou “trabalha dia e noite” (Canesqui, 1976:39). Tais condições acabavam por impor rendimentos insuficientes que por sua vez acarretava no baixo poder de compra e na impossibilidade de adquirir “comida” e outros bens. A estrutura familiar dos “pobres” era composta de um único provedor (marido) e vários dependentes (cinco filhos ou mais). Face aos baixos rendimentos este grupo relatava recorrer com frequência aos empréstimos e a solidariedade de parentes, vizinhos e instituições filantrópicas, num “circuito de dependência” (Canesqui, 1976:91). Os definidos como “não muito pobres” representavam as famílias cujo provedor estava inserido em postos de trabalho relativamente mais estáveis, com renda superior ao “salário” e que mesmo sujeitos a dificuldades financeiras tinham possibilidade de adquirir alguns bens duráveis e, ainda promover melhorias em suas habitações. Já os considerados “bem de vida” estavam inscritos em atividades tidas como de estabilidade, bem remuneradas. Por conta disso, apresentavam maior acesso a bens de consumo e melhores condições de habitação. Os núcleos familiares eram compostos por vários filhos ocupados ou ainda com poucos dependentes.

As categorias que definiam a hierarquia social do conjunto habitacional de Paulínia foram construídas no ideário da população através da associação entre as condições de trabalho, estrutura familiar, rendimento dos chefes de família, acesso a bens de consumo e condições das habitações. Estas desigualdades internas, como observou Canesqui, puderam ser notadas nos padrões de consumo alimentar dos subgrupos investigados. Neste sentido, na categoria “pobre” as condutas alimentares diferenciavam-se dos demais grupos. Assim, os “pobres” gastavam em média metade do seu orçamento com alimentação e adquiriam os gêneros sempre nos armazéns locais em função da possibilidade da compra financiada. Dentre os alimentos selecionados pelos “pobres” estavam os considerados de maior necessidade tais como o feijão, a

batata, o café e o açúcar. Raramente os de menor necessidade (frutas, verduras, leite, carne, pão) e nunca os ditos itens de luxo (latarias e bebidas). A seleção dos alimentos pelo grupo dos “*pobres*” era, dessa maneira, orientada em função da renda monetária das famílias e não pareceu ter qualquer associação com o valor nutritivo dos alimentos.

Já a categoria dos “*não muito pobres*” por dispor de uma renda maior realizava a compra dos mantimentos nos supermercados logo que recebia seus pagamentos no início do mês. Entretanto, em situações de escassez que se estabeleciam geralmente ao final de cada mês esse grupo recorria aos armazéns locais e a compra financiada. Observou-se nessa categoria que a seleção dos alimentos não ocorria somente em decorrência do valor monetário dos itens, mas também a partir da marca dos produtos consumidos. Observou-se ainda que este grupo adquiria alguns gêneros “*extras*”, ou seja, itens que fugiam do planejamento familiar. Além dos gêneros consumidos na categoria dos ditos “*pobres*”, os “*não muito pobres*” adquiriam pequenas quantidades de latarias, conservas e bebidas.

Os “*bem de vida*” gastavam em média 28% da renda com alimentação, realizando suas compras nos supermercados, açougues e armazéns sempre à vista. Neste grupo a seleção dos alimentos compreendia produtos de melhor qualidade, onde se notava a grande importância prestada à marca dos itens. Além disso, as compras eram realizadas dentro da quantidade suficiente para o abastecimento da família. Neste grupo verificou-se o maior consumo de latarias e conservas.

Além de constatar a estratificação social interna entre os moradores do “*Popular*” no que se refere especialmente à aquisição, seleção e gastos com os itens alimentares, Canesqui buscou analisar os significados e representações sociais ligados à conduta alimentar dos sujeitos. Dessa forma, a autora descreveu as principais categorias encontradas no discurso dos moradores e verificou a estreita relação existente entre a alimentação, o corpo, o trabalho e as situações de pobreza do grupo. Entre as categorias simbólicas destacadas por Canesqui estavam: “*comida*”, “*misturas*”, alimentos “*fracos*”, “*fortes*”, “*leves*”, “*pesados*”; os que “*tem vitamina*” e os que “*não tem vitamina*”; a “*comida de pobre*” e a “*comida de rico*”.

No que se refere ao que denominavam de “*comida*” encontra-se basicamente a combinação arroz com feijão (às vezes macarrão e polenta) e, ainda as refeições

consideradas de maior importância para o grupo - almoço e o jantar. As “*misturas*”, por sua vez, serviam como complemento da “*comida*” e designavam a carne, as verduras, ovos e a batata. A autora aponta ainda uma categoria que seria a “*não comida*” compreendendo os doces, as frutas e as bebidas consideradas pelo grupo como itens supérfluos. Os alimentos tidos como “*fortes*” pelos moradores eram também os preferidos. A justificativa de que fortificavam o corpo e conferiam sustentabilidade. Dessa forma, propiciavam a energia e a força para o trabalho diário. Dentre eles encontram-se o feijão, a carne (vaca, porco e peixe), a gordura, o óleo, o toucinho, o leite, o açúcar, algumas verduras, pão, queijo, a banana e as bebidas alcoólicas. Contrariamente os alimentos denominados “*fracos*” eram tipificados como aqueles que não sustentavam o corpo para o trabalho e que possuíam pouca gordura e sabor. Tais como o arroz, o macarrão, grande parte das verduras, frutas, doces e refrigerantes. Os alimentos considerados “*pesados*” foram representados por aqueles de difícil digestibilidade onde se destacavam a banana e a polenta. Assim denominados por promoverem a sensação da “*barriga cheia*”. Já os alimentos tidos como “*leves*” assumiam conotação neutra. Ou seja, não causavam danos e nem benefícios ao organismo. Exemplo seria a carne de frango e as sopas de arroz e de macarrão. Crenças acerca dos alimentos que “*tem vitamina*” pelo grupo englobavam os alimentos “*fortes*”. Assim os itens considerados “*fortes*” também eram os que possuíam maior quantidade deste nutriente. Alguns deles eram destinados à alimentação das crianças, como o caso do leite. Exceção para o caso particular das verduras e frutas que mesmo sendo concebidas como *vitaminadas*, não eram considerados alimentos fortes. Prevalece neste caso a idéia de que esses gêneros possuíam uma função restauradora da saúde.

Percepções acerca da “*comida de pobre*” designavam um padrão dietético do tipo fraco, monótono e pouco variado. Representava a dieta acessível às condições sociais do grupo. No entanto, era considerada como insuficiente para o atendimento das necessidades energéticas. Especialmente para o sustento do corpo e, portanto de qualidade inferior. A “*comida de rico*” por sua vez, era vista pelos moradores como a dieta variada, onde se comia carne todos os dias, compreendendo ainda diversos tipos de “*misturas*”, verduras e a sobremesa. Comida de qualidade considerada ao mesmo tempo supérflua; constituindo-se como ideal de consumo para o grupo “*sendo algumas delas (carnes, latarias, conservas, molhos, doces) valorizados não somente pelo seu conteúdo nutritivo, por serem fortes, mas também porque o seu uso passa a ser símbolo de uma posição idealizada*” (Canesqui, 1976:159).

O padrão idealizado revelava-se ainda em ocasiões especiais tais como as refeições ditas *não-cotidianas* (almoços de domingo, festas e cerimônias) que aconteciam na presença de parentes e amigos onde se observava a maior oferta de alimentos, a presença de gêneros de prestígio incluindo a carne e os supérfluos (bebidas e sobremesa). A autora destaca a carne como o item de maior status social entre o grupo. Além de ser considerada “forte”, era um alimento caro e por esse motivo não fazia parte do cardápio diário das famílias sendo, portanto, idealizada (Canesqui, 1976).

Outras revelações importantes do trabalho de Canesqui (1976) dizem respeito à constatação de certas estratégias de economia alimentar tais como o cultivo de frutas, verduras e ervas no espaço doméstico; o reaproveitamento das sobras de alimentos; a hierarquia na distribuição intrafamiliar de alimentos onde se privilegia o trabalhador. E, ainda, o papel predominante das mulheres nos afazeres domésticos, sobretudo, no preparo e distribuição da alimentação no núcleo familiar, mesmo entre aquelas que estavam inseridas no mercado de trabalho.

Novos estudos acerca da seleção dos itens alimentares em camadas populares enfocando os aspectos sócio-culturais que envolvem a compreensão dos valores, símbolos e crenças reaparecem nos anos 80 com Fausto Neto (1982); Campos (1982); Zaluar (1985) e Woortmann (1986). Zaluar (1985) realizou um estudo com 45 famílias moradoras do conjunto habitacional denominado “*Cidade de Deus*”, localizado na zona oeste do Município do Rio de Janeiro com o objetivo de compreender as formas de organização social das classes populares através da apreensão das representações sociais de seus moradores acerca da pobreza no conjunto de situações cotidianas envolvendo a alimentação, o domicílio, a vizinhança, o trabalho, a religião e o lazer.

Zaluar (1985) contextualizou todo o universo do conjunto habitacional para compreender as práticas alimentares no grupo. A autora verificou que a “*Cidade de Deus*” apresentava na época da realização da pesquisa um perfil de moradores bastante heterogêneo. Comportava uma população representada por trabalhadores inseridos em atividades de baixa qualificação profissional (operários, autônomos, empregados do setor terciário) e por moradores que apresentavam um bom nível educacional, tais como os estudantes universitários, indivíduos envolvidos em ocupações de escritório, laboratório e pequenos funcionários públicos. O conjunto apresentava ruas esburacadas,

além de precária rede de saneamento e equipamentos coletivos em geral. A questão da violência, englobando o tráfico de drogas e o estabelecimento de facções rivais de traficantes dentro do conjunto habitacional impunha, ainda, um estado de tensão permanente. No que se refere à sua estrutura de lazer a “*Cidade de Deus*” apresentava duas associações de moradores; uma agremiação carnavalesca; times de futebol; igrejas, terreiros de candomblé, praças; bares e birosocas.

O estudo etnográfico realizado por Zaluar (1985) possibilitou a compreensão do consumo alimentar doméstico dos moradores da “*Cidade de Deus*” e sua relação com as suas condições de vida. Como Canesqui (1976), a autora constatou nas famílias investigadas a íntima relação existente entre alimentação e pobreza. Ao falarem de suas práticas alimentares, os moradores referiam-se também as suas situações de vida, sua condição social e, ainda, as questões relacionadas ao corpo e ao trabalho. De tal forma, que Zaluar (1985:105) chegou a afirmar: “*a comida é o principal veículo através do qual os pobres urbanos pensam a sua condição. A primeira associação que fazem ao falarem do que comem é com a pobreza. É ela que explica a dieta que conseguem manter*”. A autora constatou que a comida para o grupo assumia a primazia na hierarquia de prioridades, seguida dos gastos com o gás, a luz e demais despesas da casa. A importância da alimentação entre os moradores da “*Cidade de Deus*” ocorria em função da freqüente instabilidade a que o grupo se via submetido em seu cotidiano de vida, deflagrado em expressões como “*o dinheiro tem que dar para a comida*” e “*a comida não pode faltar*”.

A seleção dos alimentos realizada pelos pobres urbanos no Rio de Janeiro revelou-se permeada por mediações não apenas de ordem econômica, mas também simbólica e cultural (Zaluar, 1985). Neste sentido, torna-se fundamental entender as concepções do grupo acerca da categoria “*comida*”. Para os moradores da “*Cidade de Deus*” existiam os alimentos tipificados como “*comida*”. A “*comida*” nestas famílias referia-se basicamente ao “*arroz com feijão*”, sendo o primeiro eventualmente substituído pelo macarrão que segundo a autora já havia se tornado um item básico para o grupo, assim como a farinha de mandioca e o fubá. Privilegiada pelo grupo esta dieta era considerada “*forte*”, a que “*sustenta*”, conferindo energia para o trabalho diário. Posteriormente os moradores apontavam as frutas, legumes e verduras que, em oposição, “*não sustentam*”, “*não enchem a barriga*” e “*não satisfazem*”. Por essa razão aparecem como complemento, surgindo nos relatos sempre com uma conotação diminutiva:

“*saladinhas*”, “*verdurinhas*”. Existiam ainda alimentos cujo grupo classificava como “*besteiras*” normalmente oferecidas às crianças compreendendo frutas, biscoitos, balas e doces. Zaluar (1985) verificou também os alimentos supervalorizados pelos moradores da “*Cidade de Deus*”. Foi o caso da carne, que representava o alimento de maior status social e símbolo que distinguia os grupos sociais. O consumo da carne diferenciava a comida dos “pobres” e dos “não pobres”.

A comida dos pobres no discurso dos moradores da “*Cidade de Deus*” caracteriza-se como pouco variada, monótona, composta basicamente pelo arroz com feijão, as gorduras e alimentos de difícil digestibilidade com o objetivo de promover a sensação da “*barriga cheia como meio mais eficaz de conseguir saúde*” (Zaluar, 1985:110). Para a autora, a dieta do grupo revelava as estratégias de sobrevivência impostas pelas limitações em seu cotidiano de vida e de trabalho favorecendo o consumo de itens que suportavam longos períodos de estocagem.

Trabalhos como os realizados por Canesqui e Zaluar sobre as escolhas alimentares no contexto da pobreza urbana à luz da análise sócio-antropológica configuram-se como valiosas contribuições ao estudo dos problemas nutricionais no país. Ao apontarem novas perspectivas para o estudo da pobreza e do cotidiano dos pobres possibilitam novos olhares sobre a alimentação e nutrição. A alimentação nas classes populares revela-se, através das experiências vividas no cotidiano do grupo, uma interação entre os diversos saberes ligados ao corpo, ao trabalho e à condição social. O entendimento das regras e concepções simbólicas acerca do uso do corpo, das ocupações do trabalho e das situações de vulnerabilidade social mostra-se, assim, fundamental para compreender as interações que permeiam o cotidiano dos sujeitos e, a partir disso, entender como são realizadas as escolhas alimentares. **Nesta perspectiva alimentação e pobreza se entrelaçam em um processo dinâmico derivado das interações vividas no cotidiano deste grupo social.**

A partir destes estudos surgem alguns questionamentos. Será que a comida continua sendo hoje a principal categoria com que os pobres pensam a sua condição social? E de que forma as escolhas alimentares têm se apresentado na atualidade? A dieta do pobre ainda se revela monótona e incrementada em gorduras? Os itens valorizados pelos grupos populares se mantiveram ao longo das últimas décadas? A oposição entre comida de pobre e comida de rico se mantém? De que forma os pobres

têm interpretado as suas condições de vida e as dimensões do corpo, especialmente no que diz respeito à obesidade feminina? Existem mudanças significativas nas condições de trabalho e atividade física dos sujeitos sociais? Como essas mudanças influenciam o perfil de obesidade contemporâneo? Essas indagações serão respondidas ao longo do trabalho. A seguir discutiremos as transformações observadas nos últimos anos no cotidiano de vida dos grupos populares.

### **2.3 Alimento, trabalho e lazer: as metamorfoses do cotidiano.**

Diferentes autores têm discutido sobre as mudanças ocorridas no perfil de consumo alimentar, trabalho e lazer na atualidade. O estudo de Schlosser (2001) a respeito das mudanças na alimentação da população norte-americana revela que no intervalo das três últimas décadas a denominada “*comida rápida*” ou “*fast-food*” (refeições a base de alimentos processados incrementadas especialmente em gorduras) passou a ser oferecida em larga escala no país em diferentes espaços sociais incluindo escolas primárias, secundárias, universidades e até mesmo nas cantinas dos hospitais. Para o autor, num período relativamente curto, a indústria do “*fast-food*” contribuiu para a mudança da cultura alimentar nos Estados Unidos. Segundo Aguirré (2000) a incorporação de práticas alimentares inadequadas sobre o ponto de vista nutricional tem sido observada, sobretudo nos segmentos de baixa renda. A comercialização em larga escala de produtos baratos, de baixa qualidade nutritiva, concentrados em açúcares e gorduras, segundo a autora, tem impactado o padrão alimentar desses grupos sociais.

Oliveira & Théband-Mony (1998) analisando as práticas alimentares de mulheres de diferentes estratos sociais da cidade de São Paulo verificaram o maior consumo de produtos industrializados entre as classes populares. As mulheres moradoras da Favela de São Remo investigadas pela pesquisa revelaram utilizar em seu cotidiano alimentos processados dentre eles os enlatados, vários derivados do leite e produtos de salsicharia. Silva (1997) em sua investigação com 40 mulheres de baixa renda da Favela de Manguinhos no Município do Rio de Janeiro verificou o consumo de alimentos do tipo “*fast-food*” incluindo doces, refrigerantes e salgadinhos. As mulheres relataram consumir itens como: “*quibe*”, “*coxinha*”, “*coca-cola*” e “*salsicha*”. Tonial (2001a), por sua vez, ao investigar as práticas alimentares de mulheres de diferentes segmentos sociais no Maranhão no período entre os anos de 1998-1999 constatou a valorização de alimentos do tipo industrializado entre o grupo de mais baixa renda. Dentre os alimentos



de status social estavam o “*suco industrializado*”; o “*nescau*”; o “*leite ninho*”, o “*danone*” e o “*macarrão miojo*”.

Para Garcia (1997) o modo de vida urbano tem imposto a reorganização das práticas alimentares. Em sua análise com 21 trabalhadores no centro da cidade de São Paulo observou que entre os critérios de escolha do local para a alimentação cotidiana do grupo estavam aspectos ligados à rapidez, à facilidade de acesso e agilidade do serviço prestado, o que fez das lanchonetes, locais privilegiados para a alimentação desses trabalhadores. Nas lanchonetes do tipo “*fast-food*” é oferecida a comida rápida, prática e com preços relativamente acessíveis.

Em contrapartida, informações acerca da prática de atividade física em países em desenvolvimento são escassos. Ainda assim, alguns trabalhos estimam que mais de 60% dos adultos residentes em áreas urbanas não realizam um nível de atividade física suficiente (Ministério da Saúde, 2000). Estudo sobre atividade física realizado em países da América Central revelou alto índice de sedentarismo em indivíduos adultos (Torún, 2000). A alta prevalência observada mostrou-se compatível com os dados notificados pela Organização Pan-Americana de Saúde/OPAS (1986) em seu estudo multicêntrico em cidades latino-americanas incluindo São Paulo e Porto Alegre (Brasil), La Habana (Cuba), Santiago (Chile), Cidade Acuña e Piedras Negras (México) e Caracas (Venezuela) onde os percentuais para o sedentarismo foram expressivos.

No Brasil as informações sobre atividade física<sup>10</sup> são raras. Dados da Pesquisa Nacional Datafolha realizada em 1997 com mais de duas mil pessoas entre 18-60 anos de idade mostraram que 60% dos brasileiros não praticavam nenhum tipo de atividade física. Dentre os motivos citados pelos entrevistados para a inatividade estava a falta de tempo apontada como o principal empecilho para a não adesão à prática regular de exercícios. Ainda, segundo a pesquisa, de todo o grupo investigado as mulheres foram consideradas as mais sedentárias: 70% delas não realizavam nenhum tipo de exercício. Estimativas mais recentes demonstram que o sedentarismo vem crescendo no país. Grande parcela da população brasileira tem sido considerada sedentária realizando

---

<sup>10</sup> A atividade física é definida como “um comportamento humano complexo, com componentes e determinantes de ordem biológica e psico-socio-cultural, (...) exemplificada por esportes, exercícios físicos, danças e outras atividades de lazer, locomoção e ocupação profissional” (OMS et al., 1998:76).

menos de duas seções semanais de exercícios com 15 minutos de duração (Florindo, 1998).

Monteiro & Mondini (1995) acreditam que as transformações do mercado de trabalho no Brasil advindas com o desenvolvimento urbano-industrial sintetizadas na redução do trabalho agrário e, em contrapartida, na expansão do setor de serviços contribuíram para o menor despêndio energético por parte da população. Nesta direção, para Coitinho et al. (1991) todas as ocupações que compõe o setor de serviços são classificadas como atividades do tipo “leve”, com reduzido despêndio de energia. Além disso, esses autores alertam para as mudanças nas atividades de lazer com a substituição da prática esportiva normalmente difundida entre os brasileiros pelo hábito de assistir televisão. Dessa forma, para esses autores todas essas transformações contribuíram para a incorporação do estilo de vida sedentário no país.

Em contrapartida, Muraro (1983) verificou que as mulheres operárias residentes nas áreas urbanas do país exerciam dupla jornada de trabalho compreendendo as atividades formais, os afazeres domésticos e os cuidados com os filhos apontando a árdua rotina de vida do grupo. Ainda nesta direção, Lavinias (2001) ao analisar a questão da empregabilidade feminina no país constatou a inserção das brasileiras em atividades de baixa qualificação profissional com longas jornadas de trabalho tais como as realizadas no setor doméstico incluindo o trabalho de diarista, faxineira e cozinheira, atividades onde se observa um gasto calórico considerável.

De fato, mudanças significativas têm sido observadas no Brasil nas últimas décadas no que diz respeito ao estilo de vida e o perfil de ocupações de trabalho. A modernização dos processos produtivos; a retração do setor agrícola; a expansão da economia de serviços e a urbanização acelerada são elementos que poderiam explicar o menor gasto de energia por parte de alguns segmentos no Brasil. Entretanto, há de se destacar que todas essas transformações não ocorreram de maneira uniforme. Existe ainda uma boa parcela da população inserida em postos de trabalho de baixa qualificação, exercendo atividades na informalidade, onde não houve modernização do processo produtivo. Além disso, o infortúnio do desemprego tornou-se um problema relevante no país. Um enorme contingente de trabalhadores brasileiros está fora do processo produtivo. A evolução do desemprego e a precarização do trabalho nos últimos

anos tem sido debatida por diversos autores no Brasil (Pochmann, 1999; Lavinias, 2000; 2001).

Assim, a nosso ver as questões relacionadas ao padrão alimentar e a atividade física no Brasil devem ser analisadas com cautela. Notadamente é possível constatar transformações importantes no perfil de alimentação e no estilo de vida da população. Entretanto, é preciso investigar de forma mais apurada o comportamento assumido por essas mudanças nos diferentes contextos sociais. A transição nutricional observada no país como discutimos no início deste trabalho não ocorreu de maneira uniforme. Ao contrário, sua trajetória mostra-se extremamente complexa e heterogênea. Da mesma forma, é possível que existam diferenciais importantes entre consumo alimentar e despêndio de energia entre os grupos sociais no Brasil frente à sua enorme diversidade regional, sócio-cultural e política. Dessa maneira, torna-se fundamental a realização de estudos mais detalhados sobre as mudanças ocorridas no estilo de vida e, ainda, no padrão dietético nos diversos grupos sociais do país.

### Capítulo III O corpo vivido, o corpo percebido: entrevistando usuárias do CMS da Gávea.

*“Sendo a sociedade uma realidade ao mesmo tempo objetiva e subjetiva, qualquer adequada compreensão teórica relativa a ela deve abranger ambos estes aspectos”.*

(Berger & Luckmann, 1973:173).

O corpo se reveste de interpretações e significados. Ao *“corpo se aplicam sentimentos, discursos e práticas que estão na base de nossa vida social”* (Ferreira, 1994:101). É através do corpo que os indivíduos se manifestam no mundo e revelam sua posição na estrutura social. Dessa forma, a interpretação do corpo varia fundamentalmente nos diferentes contextos sociais (Fischler, 1989; Cassidy, 1991).

O corpo obeso das mulheres da Rocinha denuncia as situações adversas as quais estão submetidas em seu cotidiano de vida. A batalha diária de vida inclui os afazeres domésticos, os cuidados com os filhos, o gerenciamento da alimentação da família, o trabalho formal e, ainda a rotina de subir e descer as ladeiras da favela. Em meio a este cotidiano de vida o corpo das mulheres revela-se como um corpo para a produção, muitas vezes despercebido pelo grupo (Muraro, 1983). Neste sentido, as mulheres podem apreender a obesidade de múltiplas formas e, até mesmo, afastar-se das concepções usualmente presentes no campo da saúde e nutrição. A obesidade é uma categoria comumente empregada no meio acadêmico, mas que pode não expressar os diferentes contornos do problema para as mulheres.

A partir desta consideração este estudo buscou uma aproximação com o vocabulário sobre o corpo, a vida, o trabalho e, também a obesidade em mulheres moradoras da favela da Rocinha, usuárias do CMS da Gávea. No período que compreendeu os meses de outubro de 2002 a janeiro de 2003 foram realizadas entrevistas semiestruturadas, organizadas a partir de questões e temas previamente definidos. O desenho metodológico do trabalho de campo e seus principais resultados são discutidos a seguir.

### **3.1 Histórias de vida, histórias de luta: metodologia e o universo social da pesquisa**

A nosso ver a relação do homem com o alimento está inserida na organização social da humanidade. A alimentação além de assumir o papel de nutrir o organismo humano se constitui em uma prática social. Isso significa dizer que a alimentação faz parte das relações humanas e, dessa forma, se reveste de elementos afetivos, culturais, econômicos e simbólicos. O estudo sobre o tema implica, portanto, a articulação de aspectos biológicos e sócio-culturais. Nesta direção, para que o sentido de certos comportamentos individuais em torno da alimentação seja apreendido, torna-se importante compatibilizar dados quantitativos sobre o perfil da obesidade nos diferentes estratos socioeconômicos com dados qualitativos, capazes de indicar como são construídas as escolhas, preferências e proibições em torno da alimentação. O objetivo desta dissertação foi integrar questões culturais, econômicas, sociais e simbólicas implícitas na opulência do corpo das mulheres atendidas no CMS da Gávea. Nesta perspectiva Freitas, (1997) afirma:

*“A observação dos profissionais de nutrição sobre os diversos elementos simbólicos são fundamentais para interpretar os conceitos construídos por diferentes sujeitos sociais e suas articulações com as ações concretas do cotidiano, enquanto estratégias de vida. Sem dúvida, as percepções nas classes populares, de suas necessidades enquanto corpo e alma revelam categorias ontológicas ou valores sociais particularizadas por um estado de vida”.*

(Freitas, 1997:47).

A pesquisa qualitativa assume como tarefa central a compreensão da realidade humana vivida socialmente (Minayo, 1998:23). Neste tipo de metodologia a preocupação central não é a quantificação, mas sim a compreensão intrínseca de seu objeto de análise (Lévi-Strauss, 1974:16). Assim, são priorizados um amplo universo de valores, percepções, hábitos e atitudes dos sujeitos. A pesquisa qualitativa busca a superação da análise pautada numa postura quantificadora dos fenômenos sociais,

*assumindo inicialmente uma postura de confronto frente à atitude tradicional positivista de aplicar ao estudo das ciências humanas os mesmos princípios e métodos das ciências naturais* (Triviños, 1987:116). A pesquisa qualitativa teve suas raízes na antropologia e, mais adiante, na sociologia e foi fortalecida pelos estudos de etnógrafos e pelas informações acerca das comunidades e dos grupos sociais. O modelo qualitativo de análise dos fenômenos privilegia o significado das práticas e escolhas sociais e não a quantificação dos fenômenos. Neste campo do saber, a “*realidade social é o próprio dinamismo da vida individual e coletiva com toda a riqueza de significados (...)*” (Minayo, 1998:15).

De maneira geral, segundo Triviños (1987), a pesquisa qualitativa pode ser estruturada em dois tipos de enfoque: o *subjetivo-compreensivo*, que como o próprio nome diz, privilegia os aspectos subjetivos dos indivíduos tais como as percepções e valores sobre o real e o enfoque *crítico-participativo* focalizado na dialética da realidade social. O primeiro, segundo o autor, assume como base às idéias de pensadores como Husserl, Weber, Marcel e Sartre. E o segundo comporta os pressupostos de Marx e Engels.

Ainda que o avanço das idéias do modelo qualitativo tenha gerado algumas distorções no campo científico conduzindo a uma noção dicotômica entre quantitativo-qualitativo para Triviños (1987) “*toda pesquisa pode ser, ao mesmo tempo, quantitativa e qualitativa*” (1987:118). Ainda, nesta mesma direção, Minayo (1998) afirma:

*“A diferença entre qualitativo-quantitativo é de natureza. Enquanto cientistas sociais que trabalham com estatística apreendem dos fenômenos apenas a região visível, ecológica, morfológica e concreta, a abordagem qualitativa aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas. O conjunto de dados quantitativos e qualitativos, porém não se opõem. Ao contrário, se complementam, pois a realidade abrangida por eles interage dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia”.* (Minayo, 1998:22).

Como nos referimos anteriormente o qualitativo utiliza a subjetividade como referencial analítico e parte do pressuposto de que “*a consciência é mais condicionada pela inconsciência do que o contrário*” (Demo, 1987:55). São assim, incorporadas dimensões mais profundas de análise, ou seja, as mediações interiorizadas pelos sujeitos, superando a superficialidade de se olhar para o real. Para a abordagem social a realidade representa o próprio dinamismo da vida. O real nunca está acabado, mas em permanente construção, sendo continuamente desdobrado. É este caráter complexo e dinâmico que a permite existir. Dentro desta perspectiva, Demo (1985) afirma:

*“A realidade social é concebida, como uma tensão constante entre dois pólos: um relativo, outro absoluto. O pólo relativo é constituído (...) pela realização concreta da sociedade, pelas instituições existentes e vigentes; o pólo absoluto é constituído pela perpetuidade do movimento (...) que faz de cada realização social apenas uma fase provisória. Cada situação social pode ser superada, transformada, transcendida: a possibilidade constante de superação (...) é o pólo absoluto da realidade social”.*

(Demo, 1985:148).

O primeiro passo no trabalho de campo consistiu no levantamento de informações acerca do Centro Municipal de Saúde Píndaro de Carvalho Rodrigues<sup>1</sup>, também denominado CMS da Gávea, sua estrutura de funcionamento e perfil da clientela assistida. O CMS localiza-se no bairro da Gávea, zona sul do Município do Rio de Janeiro e foi inaugurado no ano de 1976 após a fusão dos Estados do Rio de Janeiro e da Guanabara. Atualmente a unidade pertence à Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro e desenvolve os programas de assistência integral a saúde da criança, do adolescente, da mulher, do adulto e do idoso. As atividades do CMS abrangem quinze especialidades – pediatria, clínica médica, gineco-obstetrícia, dermatologia, pneumologia, infectologia, epidemiologia, saúde pública, nutrição, saúde mental, serviço social, fonoaudiologia,

---

<sup>1</sup> O médico Píndaro de Carvalho Rodrigues natural do Estado de São Paulo diplomou-se em 1916 pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Assumiu o cargo de chefia em diferentes postos de saúde da cidade do Rio de Janeiro (CMS VI RA, Dados históricos, 2001).

odontologia, farmácia e terapia ocupacional. Presta mensalmente cerca de seis mil consultas, com uma demanda maior nas especialidades de clínica médica; pediatria; gineco-obstetrícia e dermatologia<sup>2</sup>. O CMS é responsável também pela supervisão das unidades auxiliares de pequeno porte, denominadas Unidades de Atendimento e Cuidados Primários de Saúde (UACPS): *Albert Sabin* situada na Rocinha e a *Rodolfo Perissé* localizada no Vidigal as quais desenvolvem atividades de clínica médica, pediatria, gineco-obstetrícia, imunização e odontologia.

O CMS da Gávea possui uma população adstrita de cerca de 210 mil habitantes (SIGAB/DATASUS, 1998) que abrange os bairros de Ipanema, Lagoa, Jardim Botânico, Gávea e São Conrado. E ainda as comunidades da Rocinha, do Vidigal, Vila Canoas, Parque da Vila da Cidade, Chácara do Céu e Horto. Caracteriza-se por uma região extremamente heterogênea, com fortes contrastes sociais onde residem grupos populacionais de alto poder socioeconômico e outros submetidos a situações de vulnerabilidade social, tais como as comunidades carentes. Segundo informações da direção do CMS da Gávea mais de 60% da demanda da unidade é proveniente da Favela da Rocinha.

O Setor de Nutrição do CMS é responsável por quase duas mil consultas anuais (SIGAB/DATASUS, 2001) e integra duas profissionais que se revezam nas consultas individuais do ambulatório e nos atendimentos dos grupos de desnutridos (crianças até dois anos de idade em risco nutricional); gestantes; hipertensos, diabéticos e obesos. O grupo de obesos "*Aperte o Cinto*" iniciou suas atividades em dezembro de 1998 sob coordenação das então nutricionistas da unidade Sheila Rotenberg e Suzete Marcolan em parceria com o setor de psicologia. A formação do grupo de obesidade ocorreu a partir da necessidade de ampliar o atendimento à demanda e, ao mesmo tempo, redefinir o modelo de atenção e acompanhamento. A proposta consistia numa intervenção multidisciplinar contemplando não apenas a questão dietética, mas a abordagem psicológica e a discussão de problemas mais amplos como o padrão de atividade física. No entanto, a saída das nutricionistas que iniciaram o trabalho do grupo e, posteriormente também da terapeuta alterou a dinâmica do trabalho multidisciplinar. A abordagem ampla foi substituída por um enfoque mais restrito, o qual privilegiou o acompanhamento dietético. Atualmente o grupo atua sob a supervisão das nutricionistas

---

<sup>2</sup> Informações fornecidas pelo SIGAB/DATASUS Secretaria Municipal de Saúde/MS para o período 01/01/2001 a 31/12/2001.



da unidade em conjunto com acadêmicos do Curso de Nutrição da Universidade Gama Filho no Rio de Janeiro. Apesar dos novos contornos do “*Aperte o Cinto*”, a participação dos usuários permanece freqüente. Na verdade, o grupo, ao longo do tempo, criou laços de amizade e solidariedade, através da troca de receitas, dicas de alimentação e experiências de vida.

O trabalho de campo foi realizado em encontros semanais, totalizando 12 entrevistas. Em primeiro lugar traçamos o diagnóstico da obesidade a partir do parâmetro proposto pela Organização Mundial de Saúde<sup>3</sup> - o Body Mass Index (BMI) ou Índice de Massa Corporal (IMC) e, posteriormente levantamos informações sobre condições de vida e pobreza. Esses foram os principais critérios utilizados para a seleção do grupo a ser entrevistado.

As entrevistas foram realizadas em sala cedida pelo CMS e seguiram o roteiro de campo redefinido após a realização do pré-teste. Nesta etapa optamos pela técnica da entrevista semi-estruturada, entendendo por entrevista semi-estruturada “aquela que parte de certos questionamentos básicos apoiados em teorias e hipóteses, que interessam a pesquisa e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante” (Triviños, 1987:146).

O instrumento para a coleta de dados seguiu um roteiro previamente estabelecido compreendendo quatro eixos investigativos (Anexo 1). O primeiro permitiu o levantamento de informações acerca da rotina alimentar das entrevistadas incluindo a aquisição dos gêneros, preparo, consumo, preferências e aversões alimentares. Num segundo momento foram obtidos dados sobre a rotina diária de atividade física incluindo meios de locomoção, tipo de atividade ocupacional, realização de atividade esportiva de lazer, horas assistindo televisão. O terceiro eixo investigativo permitiu

---

<sup>3</sup> O parâmetro do IMC como já nos referimos no Capítulo I é utilizado pela Organização Mundial de Saúde para o diagnóstico da obesidade. O IMC apresenta-se como um instrumento valioso e de fácil aplicabilidade em estudos populacionais (Anjos, 1992; WHO, 1997) por apresentar uma sensível correlação com a massa de gordura corporal (Anjos, 1992; Sichieri, 1996). Dessa forma, seu uso é recomendado nos estudos epidemiológicos; mas não apenas por isso. As dificuldades operacionais no emprego de outros tipos de medidas diretas de composição corporal tais como a bioimpedância ou a aferição das dobras cutâneas fazem do IMC o método mais apropriado para a avaliação do estado nutricional de adultos, especialmente no diagnóstico do excesso de peso.

resgatar informações sobre a trajetória de vida das mulheres, estrutura familiar, hábitos alimentares e, ainda, informações a respeito das condições de moradia, acesso à infraestrutura urbana, situação ocupacional, renda, perfil do chefe de família, nível educacional, cor, estrutura familiar, entre outras. Por último, foram obtidos dados acerca das percepções das mulheres acerca do seu corpo, alimentação e condições de vida e trabalho.

Na etapa de análise do conteúdo foi realizada a transcrição das entrevistas na íntegra. Posteriormente, foi feita uma leitura flutuante, onde o material transcrito foi lido simultaneamente com a escuta das entrevistas. Em seguida realizamos uma leitura minuciosa de todo o material onde foram sublinhadas as idéias principais ligadas a fundamentação teórica. Os temas emergentes foram mapeados e, em seguida, foram então pontuados os aspectos mais importantes a serem discutidos. Por fim, foi elaborada a listagem das respostas das entrevistadas.

Para Triviños (1987:170) os resultados de uma pesquisa só assumem um caráter científico se apresentar “*a coerência, a consistência, a originalidade e a objetivação*”. Assim, como descrito anteriormente o roteiro de entrevista buscou incorporar questões acerca da rotina alimentar; atividade física; migração e condições de vida na Rocinha e, por fim, o discurso acerca da alimentação, da pobreza e da obesidade. Dessa forma, o conteúdo das entrevistas foi analisado a partir destas perspectivas. Dividimos o material dentro destas quatro dimensões a fim de facilitar a análise das entrevistas e a organização do trabalho.

A ocupação dos morros nas grandes cidades brasileiras e a configuração das favelas urbanas ocorre na década de 50 como reflexo do processo urbano-industrial que favoreceu a migração das populações rurais para as metrópoles do sudeste. O IBGE denomina as favelas como “*aglomerados subnormais*” – que se referem a grupos de mais de 50 unidades habitacionais dispostas de modo “desordenado e denso”, sobre solo que pertence a terceiros, e “carente de serviços públicos essenciais”. Opõe-se aos setores chamados de normais<sup>6</sup>, que por exclusão constituem a cidade formal. Estudo

---

<sup>6</sup> A rigor, o IBGE usa a denominação *setores não especiais*. Usamos aqui a expressão *setores normais* para facilitar o entendimento, em oposição a *setores subnormais*.

recente sobre favelas cariocas<sup>7</sup> mostra que a população favelada cresce anualmente. No último período intercensitário (1991 a 2000), a taxa média de crescimento demográfico foi de 0,73% ao ano. No período anterior (1980 a 1991), essa taxa ficou em torno de 0,67%. Quando são considerados separadamente os setores normais e subnormais, a diferença é mais sensível. O crescimento dos setores subnormais tem taxa de 2,4% ao ano, enquanto que o resto da cidade cresce apenas 0,38%. Isso quer dizer que as “favelas” crescem anualmente seis vezes mais do que o setor normal (Cezar Bastos, 2002).

A favela da Rocinha encontra-se situada no morro Dois Irmãos na Zona Sul do Município do Rio de Janeiro ao longo da Estrada da Gávea e do trecho da auto-estrada Lagoa-Barra, que separa os bairros nobres de São Conrado e Gávea, fazendo parte da área de planejamento AP-2. Embora não haja documentações acerca do surgimento desta favela, a Associação de Moradores do bairro revela algumas versões para sua origem através dos relatos de moradores antigos. Uma das versões para o significado e a origem do nome diz respeito à existência de uma pequena roça de legumes e verduras a qual denominaram de “*rocinha*”. Não se sabe ao certo se esta mini horta era feita por antigos moradores ou pelos guardas sanitaristas que lá se instalaram com a companhia francesa Castro Guidon, em 1927<sup>5</sup>. Outras fontes informam que o nome provém de uma ex-moradora muito loura que foi apelidada de “*russinha*” e por ser muito conhecida na região conferiu nome ao bairro (União Pró- Melhoramentos dos Moradores da Rocinha, 1983; Vasconcelos, 1995; Segala, 1991).

As primeiras famílias alojaram-se na Rocinha em 1927. A Rocinha nesta época apresentava-se como uma mata fechada, sem energia elétrica, composta por córregos e bananeiras. Inicialmente os primeiros moradores eram operários da já extinta fábrica têxtil Carioca, situada no parque industrial da Gávea. Mas a partir de 1935, com a instalação elétrica em todo percurso da estrada de acesso a favela e em 1938 com o asfaltamento da Estrada da Gávea é que as invasões se iniciaram. Em grande parte essas invasões eram realizadas por homens com famílias no norte e nordeste do país. Segundo

---

<sup>7</sup> Cezar Bastos, P., 2002. *Evolução da População em Favelas na Cidade do Rio de Janeiro - uma Reflexão sobre os Dados mais Recentes*. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Urbanismo. Instituto Pereira Passos. Diretoria de Informações Geográficas. Coleção de Estudos da Cidade. Fevereiro. 13p.

<sup>5</sup> A companhia Guidon adquiriu parte da área, cerca de 80 lotes no ano de 1937.

o depoimento de moradores antigos a vinda do “*pessoal do norte*” extinguiu pouco a pouco os recursos naturais locais, isso porque “*capinavam a mata para fazer seus barracos*” (Segala, 1991:83).

Em 1993, através da Lei nº 1995 de 18 de junho a Rocinha foi outorgada bairro e incluída a área de planejamento 2.1 que abrange as regiões administrativas: IV, V, VI, VIII, IX e XXVII. Os dados acerca do contingente populacional da Rocinha ainda que controversos revelam a expansão e o desenvolvimento da favela ao longo dos últimos anos. Em 1999, o IPLAN-RIO adscreeveu 47 mil habitantes. Contudo, a Associação de Moradores do bairro afirma que a população atualmente é composta por duzentos mil habitantes com taxas anuais de crescimento de 3,07% (TV-ROC, 2001).

A localização peculiar da Rocinha próxima ao bairro da Gávea, um dos locais mais nobres da cidade do Rio de Janeiro, impõe aos moradores conviver com diferença sociais marcantes. Mas os contrastes não se limitam apenas aos bairros adjacentes. É possível identificar ainda diferenças internas significativas na favela. Nesse sentido, podemos dizer que a Rocinha apresenta uma enorme diversidade socioeconômica. Informações divulgadas pela empresa de tv a cabo local, *TV-Roc*, obtidas numa pesquisa com 2500 usuários permitiu traçar o perfil socioeconômico e o nível de escolaridade dos assinantes. Constatou-se, dessa forma, que o público da *TV-Roc* era composto por representantes das classes “C” (com rendimentos entre três a cinco salários-mínimos); “D” (um a três salários-mínimos) e “E” (até um salário-mínimo). Destes indivíduos 50,4% possuíam o primeiro grau, 37,5% o segundo grau e 6,05% eram analfabetos.

O Estudo Gerencial da UACPS Drº Albert Sabin/SM-RJ (2001), localizada na Rocinha, também permitiu verificar a heterogeneidade da favela. O estudo revelou que a população da Rocinha é composta, sobretudo por adultos jovens com um contingente maior de indivíduos do sexo feminino. No que se refere à renda, observou-se uma faixa de rendimentos entre um a cinco salários mínimos. O perfil dos moradores revela, ainda, que a maior parte deles são oriundos da região nordeste, sobretudo dos estados do Ceará e da Paraíba.

Informações do UACPS Drº Albert Sabin/SM-RJ (2001), acerca das ocupações de trabalho revelam que a população masculina desempenha predominantemente atividades no comércio e na indústria, enquanto as mulheres estão inseridas no setor de

serviços tais como as atividades de doméstica. O perfil de saúde da população da Rocinha caracteriza um quadro sanitário de áreas de aglomeração subnormal onde as doenças comumente diagnosticadas referem-se a: hepatite A, dengue, doenças diarréicas, respiratórias e de pele.

O estudo também constatou a presença de rede elétrica fornecida pela Companhia Elétrica Light e uma rede parcial de água e esgoto da Companhia Estadual de Água e Esgoto (Cedae). A rede de esgotamento sanitário, contudo não é disponibilizada para todos os moradores. Verifica-se na Rocinha um sistema de saneamento ainda deficiente. A coleta de lixo é realizada pela Companhia de Lixo Urbano (Comlurb) em parceria com os agentes comunitários da favela. Entretanto, a limpeza pública é precária e há o permanente acúmulo de lixo (UACPS, Albert Einstein, 2001).

Ainda segundo o estudo, a estrutura dos domicílios também é heterogênea. Além de barracos, existem casas de alvenaria e cerâmica, prédios, entre outros tipos de construção. O acesso a essas habitações ocorre através de becos, ruelas e escadarias irregulares semelhante à de áreas faveladas e, também através da Estrada da Gávea. Nas áreas mais distantes, as partes mais altas da favela como a denominada *Rua 1* e nos sub bairros mais carentes, como o *Barcelos*, as condições de saneamento são deficientes. Os domicílios com maior infraestrutura, no que diz respeito ao acesso a serviços básicos, encontram-se na parte plana da favela tal como o Largo do Boiadeiro onde se localiza grande parte do comércio local (Nunes, 1976; Rotenberg, 1999; UACPS, Albert Einstein, 2001).

A diversidade sócio-cultural e de infraestrutura também está presente na Rocinha. O tamanho e a variedades da Rocinha, considerada a maior favela da América Latina, pode ser percebido através dos inúmeros estabelecimentos públicos e privados existentes no local. A Associação de Moradores do bairro estima a existência de 2500 estabelecimentos comerciais entre *órgãos governamentais* (XXVII RA; Distrito da CEDAE; Correio; COMLURB; Posto de Saúde Municipal Alberto Sabin; Ambulatório da Associação de Moradores do Bairro Barcelos conveniado com o SUS/MS; Escolas vinculadas a Secretaria Municipal e Estadual de Ensino e Desenvolvimento Social); *serviços de saúde privados* (clínicas médicas, odontológicas e laboratórios); *associações e cooperativas* (Ass. Moradores; Associação Comercial e Industrial do Bairro da Rocinha; Associações de Mulheres; Cooperativa de Costura); *entidades*

*religiosas* (igrejas católicas, metodistas; evangélicas; centros espíritas, entre outras); *serviços de informação local* (rádio FM Katana e Rocinha; TV a cabo - TV-ROC; jornais de bairro - Correio Zona Sul, Katana e Rocinha Notícias); *organizações não-governamentais*. E ainda, bancos (Banerj e Caixa Econômica Federal); linhas de ônibus e táxi, imobiliárias, hipermercados, restaurantes de comida a quilo, padarias e armazéns (União Pró- Melhoramentos dos Moradores da Rocinha, 1983; Segala, 1991; Rotenberg, 1999; UACPS, Albert Einstein, 2001).

No que se refere às atividades de lazer esta população encontra disponível a praia de São Conrado, o Clube Emoções (casa de shows); a Escola de Samba GRES Acadêmicos da Rocinha e ainda atividades alternativas dispersas, tais como grupos de teatro, arte, pintura, música; bares e biroskas com espaço para danças nordestinas, como o forró e bailes populares de funk.

A Favela da Rocinha se apresenta como um verdadeiro mosaico socioeconômico e cultural, sendo, portanto, extremamente complexa<sup>8</sup>. A heterogeneidade das favelas cariocas tem sido debatida por diferentes autores e institutos de pesquisa (Lima, 1998; Preteicelle & Valladares, 1999; ISER, 2002). Nesta direção, Preteicelle & Valladares (1999) a partir de dados censitários fornecidos pelo IBGE verificaram que aspectos normalmente associados aos espaços das favelas tais como o equipamento urbano insatisfatório, o baixo nível educacional e monetário dos moradores pode ser relativizado em função dos resultados obtidos. Os autores constataram a presença de equipamento de infra-estrutura suficiente em algumas favelas cariocas.

Todos esses trabalhos revelam que o cenário das favelas no Rio de Janeiro é composto de contrastes e diferenciais importantes que devem ser considerados nas análises e estudos sobre o tema. Neste sentido, há de se rever à visão predominante das favelas enquanto lócus da pobreza e da desigualdade social. A este respeito Valladares (1999) se posiciona:

---

<sup>8</sup> União Pró- Melhoramentos dos Moradores da Rocinha (1983); Vasconcelos (1995); Unicef (1985); Nunes (1976); Segala (1991).

*“(...) existem fortes sinais da heterogeneidade física, espacial e social das favelas sendo quase impossível, e até mesmo incorreto, tratar a favela como uma categoria única e distinta”.*

(Valladares, 1999:66).

Dessa forma, torna-se importante salientar que a pobreza não se expressa somente no espaço das favelas, mas ainda assim é possível discriminar grupos vulneráveis socialmente nesses lócus. Partindo-se do princípio de que a mensuração da pobreza não se limita apenas a análise das desigualdades de renda, educação ou domicílio, mas num conjunto de indicadores que incluem informações a respeito das condições de vida, trabalho, cor, estrutura familiar, acesso a serviços básicos, entre outros.

Dentre as 12 mulheres entrevistadas sete apresentaram obesidade classe I e cinco obesidade classe II <sup>4</sup> com riscos de co-morbidade moderado e grave, respectivamente (WHO, 1997). No que diz respeito à faixa etária de nosso universo de pesquisa, as mulheres apresentaram idades que variaram entre 34 a 60 anos, com média de idade de 48 anos. Todas as entrevistadas eram moradoras da Favela da Rocinha.

Na análise dos indicadores combinados que teve por objetivo discriminar mulheres submetidas a condições de vulnerabilidade social observamos que no que se refere à cor, as mulheres entrevistadas eram em sua maioria pretas ou pardas. Esta característica esta intimamente relacionada à pobreza no Brasil. Segundo Rocha (1994) os chefes de famílias pobres no Brasil são preponderantemente pretos ou pardos.

A baixa escolaridade também é uma característica dos pobres no Brasil. A esse respeito de acordo com o Núcleo de Estudos de Políticas Públicas da Universidade Estadual de Campinas - NEPP/Unicamp (1992) mais da metade dos chefes de famílias pobres são analfabetos ou apresentam no máximo três anos de estudo. As mulheres da Rocinha apresentaram baixo nível educacional: menos de três a quatro anos de estudo. Este perfil relaciona-se também a menores oportunidades e chances de conquistar postos de trabalho de maior qualificação e melhor condição salarial. Neste sentido, as mulheres se encontravam inseridas em postos de trabalho de menor prestígio exercendo

---

<sup>4</sup> Diagnóstico obtido a partir dos pontos de corte estipulados pela OMS como demonstrado na *Tabela 1* deste estudo.

atividades de diarista, doméstica, costureira, manicure e artesã, entre outras. A precarização do mercado de trabalho impõe ainda o trabalho sem vínculos trabalhistas, onde as mulheres exercem suas atividades sem carteira assinada. A desqualificação das ocupações exercidas por essas mulheres se reflete nos baixos rendimentos: a média salarial observada foi de um a dois salários mínimos mensais. Os arranjos familiares são múltiplos: existem núcleos do tipo mulher e cônjuge com filhos; mulher sozinha com filhos ou netos; viúvas sós e solteiras. Nos arranjos do tipo “mulher e cônjuge com filhos” apenas uma referiu ser responsável pelo domicílio em função da invalidez do marido que não dispõe de aposentadoria. Nos núcleos “mulher sozinha com filhos ou netos” e “solteira” a maior parte assume o posto de chefes de família, exceto no caso de uma entrevistada que partilha a renda do domicílio com uma irmã e um sobrinho. Dessa forma, a maior parte das informantes foi considerada chefe do domicílio.

Os estudos de Rocha (1994; 1995) relacionam, ainda, a pobreza com a estrutura familiar. A família está sujeita a situações adversas de vida quando existem poucos integrantes ativos, quando a renda média dos que trabalham é baixa; quando existe um maior número de dependentes (crianças menores de 10 anos) ou ainda quando a chefia é feminina. Neste sentido, segundo a autora *“famílias chefiadas por mulheres são mais vulneráveis à pobreza”* (Rocha, 1994:41).

Com relação aos valores de renda mensal, a renda mínima observada foi de cem reais e a máxima setecentos reais por domicílio:

*“Deve ser assim uns duzentos e cinqüenta reais não passa disso. Às vezes menos que isso”*. Carmem.

*“O salário”*. Maria do Carmo.

*“É mais ou menos uns trezentos e cinqüenta reais”*. Silvia.

*“Não tem. E só cem reais que meus filhos me dão”* Raquel.

A pobreza é marcadamente associada a condições insatisfatórias de acesso a serviços básicos como a rede de atenção à saúde, saneamento básico e limpeza pública.



Segundo Rocha (1994:42) os déficits no equipamento de infraestrutura e serviços tornam a vida desses segmentos ainda mais penosa.

*“Volta e meia falta (água)”*. Maria Guilhermina.

*“De vez em quando falta (água)”*. Maria de Paula.

Assim como o sistema de limpeza pública:

*“Os lixeiros não vão lá, mas tem uma lixeira embaixo que todo mundo joga o lixo”*. Célia.

*“Tem um lugar que a gente bota o lixo e eles recolhem todo o dia. Quem mora em cima desce o lixo até embaixo, bota lá e eles recolhem”* Carmem.

As condições de moradia são precárias e a maior parte das habitações é de difícil acesso *“tem que subir a escadaria porque kombi não sobe lá”*; *“fica um pouco no alto”*. Construídos com materiais do tipo telhas e tijolos os domicílios são compostos basicamente por quatro cômodos – sala, quarto, cozinha e banheiro de dimensões pequenas que receberam denominações do tipo *“apertadinho”*, *“pequeninha”*, onde os cômodos encontram-se *“tudo pertinho um do outro”*.

No que diz respeito ao acesso a bens e serviços essenciais verificou-se que as mulheres recorrem à rede de unidades básicas e hospitais do Sistema Único de Saúde - SUS/MS:

*“Eu venho aqui (CMS Gávea)”*. Maria da Silva.

*“Eu venho aqui, no Souza Aguiar e no posto da Rocinha”*. Maria Guilhermina.

*“Miguel Couto quando é alguma coisa de emergência”*. Carmem.

A pobreza a que estão submetidas é percebida e revelada pelo grupo em discursos do tipo *“coisa ruim é sempre a falta de dinheiro”*; *“não tenho dinheiro pra comer”*; *“as minhas condições de vida não são como eu queria”*. Segundo Zaluar (1997) a pobreza

hoje assume novos significados para os grupos socialmente vulneráveis. Muitas vezes a importância prestada as privações de ordem simbólica sobrepõe as materiais - *a afirmação da posição hierárquica ou de uma identidade torna-se mais importante do que as necessidades essenciais* (Zaluar, 1997:40).

Como nos referimos anteriormente, a maior parte das mulheres entrevistadas era proveniente da região nordeste do país. Das doze informantes: quatro eram naturais do estado do Ceará, três da Paraíba, duas da Bahia e uma de Sergipe. Somente duas mulheres revelaram ter vindo de estados da região sudeste: uma do interior de Minas Gerais e uma do interior do Rio de Janeiro. O perfil das entrevistadas reflete em grande parte o contingente populacional da Rocinha composto especialmente de nordestinos. Neste sentido, foi importante discutir as experiências de vida na terra natal, o impacto desta trajetória no padrão alimentar e no cotidiano de vida das mulheres.

As mulheres que saíram da região nordeste e até mesmo aquelas provenientes do interior de estados do sudeste revelaram vivenciar um passado sofrido, de luta pela sobrevivência em meio à miséria e ao árduo trabalho do roçado. Tempos difíceis, onde as recordações são bastante dolorosas: *“era muito ruim”*; *“não me lembro de nada bom”*; *“muita pobreza”*; *“muito trabalho de roça”*. Do cultivo do roçado, provinha também a alimentação de toda a família e na roça plantavam a mandioca, o milho, o feijão, o inhame, a abóbora, a batata, gêneros comumente empregados em solos pobres como o do nordeste árido. A partir desses alimentos obtinham uma variedade de preparações tais como a farinha, a tapioca, o beiju, a pamonha. As pequenas criações de “fundo de quintal” especialmente a criação da galinha e do porco também eram comuns. Do porco obtinham a gordura para os refogados, sobretudo para incrementar o feijão:

*“O feijão chegava a ser branco porque era mergulhado naquela banha de porco”*. Marília.

*“Lá na roça a gente (...) comia galinha que a gente criava (...) meu pai matava o porco e a gente comia carne de porco”*. Maria da Silva.

O armazenamento dos gêneros era feito em grandes tonéis de madeira construídos pela família, o que permitia longos períodos de estocagem normalmente até a safra do ano seguinte:

*“Minha mãe tinha aqueles potes assim, tina sei lá como é que chama, aí colocava aquilo tudo. A farinha era ali dentro, o feijão, o arroz, era tudo ali dentro. Arroz a gente comia aquilo tudo durante o ano”.* Carmem.

*“Tinha um lugar que (...) parecia um tambor. Aí a gente plantava, a gente colhia e a gente guardava o feijão, o milho, a farinha, que a gente mesmo fazia”.* Maria Guilhermina.

*“Era no camburão, aqueles latão assim. A gente enchia de feijão, dava pro ano. Era de uma safra pra outra. A gente guardava em setembro aí ficava até no outro ano. Aí tinha farinha, feijão, milho. A gente estava acostumada com aquelas coisas mais grosseiras, né”.* Raquel.

O preparo da alimentação assim como os afazeres domésticos eram práticas essencialmente femininas. Dessa forma, o preparo da alimentação da família era realizado pela mãe e repassado as filhas mulheres: *“minha mãe é que fazia a comida. Quando minha irmã cresceu ai minhas irmãs ajudavam minha mãe. As mais velhas iam pra roça e as mais novas ficavam em casa pra ajudar a lavar roupa, cozinhar”;* *“quando não era minha mãe eram minhas irmãs”.*

Para as migrantes nordestinas a alimentação no semi-árido era abundante e farta:

*“Ah, tinha muita coisa que meu pai plantava! Plantava couve, plantava cana, quiabo, (...). Tinha muita fartura. Nesse negócio de roça tinha muita fartura. E a gente vivia bem”.* Célia.

*“Eu comia lá, era verdura, era abóbora, era quiabo, maxixe, mangolo, e a farinha, beiju, aipim, batata, era muita coisa!”.* Maria da Silva.

*“Lá tinha tudo, na horta tinha tudo. A gente plantava e colhia. Aqui tudo tem que comprar, cheiro verde, tudo tem que comprar. Lá não, lá tinha tudo”.* Ângela.

*“Nossa casa era cheia! Tinha milho, feijão guardado, ia até o teto. Era cheia, tudo coisa farta! Marília.*

A hipótese acerca da maior susceptibilidade de indivíduos pobres que migram da zona rural para a urbana desenvolverem obesidade tem sido levantada por alguns estudiosos (Sawaya & Roberts, 2003; Schroeder & Martorell, 2000). Essa idéia de associar obesidade e pobreza pressupõe que indivíduos pobres que sofreram situações de má nutrição durante o desenvolvimento fetal ou mesmo na infância tendem a desenvolver mecanismos de adaptação metabólica. A situação de insuficiência alimentar pregressa geraria formas adaptativas de sobrevivência. Esta estratégia biológica tenderia a preservar energia através de um baixo metabolismo o que por sua vez favoreceria o armazenamento de gordura e, conseqüentemente o desenvolvimento da obesidade numa idade mais avançada. Assim, pobres rurais com história de desnutrição na infância ao se deslocarem para a área urbana e melhorar suas condições nutricionais tenderiam a desenvolver a obesidade. No entanto, ainda não existe consenso acerca dessa hipótese muito em função da freqüência de estudos pouco conclusivos sobre o tema (Schroeder & Martorell, 2000).

Devemos ressaltar que embora as entrevistadas não tenham revelado situações de privação alimentar na infância sabemos que o nordeste rural configura-se como uma das regiões brasileiras que apresenta os índices mais elevados de desnutrição e carências nutricionais. Neste sentido, um estudo mais apurado que pudesse avaliar todas as etapas de vida dessas mulheres seria bastante útil para problematizar a hipótese da economia biológica e adaptativa no grupo.

A realização de festas e datas comemorativas raramente acontecia na terra natal: *“não tinha porque a gente não tinha dinheiro”*; *“nós quase não ia a festa era muito difícil”*. As únicas festas citadas foram a festa de São João, Semana Santa e Natal. Embora escassas observamos que nestas ocasiões havia a presença de itens não consumidos usualmente pelas famílias tais como as frutas e os doces mais elaborados como a canjica.

A chegada ao Rio de Janeiro traz boas recordações *“eu lembro que eu gostei de vir pra cá”*; *“achei muito bom”*; *“é bom porque eu não trabalho mais na roça”*. Como a maior parte das histórias de retirantes nordestinos, as mulheres investigadas vislumbravam na metrópole uma possibilidade de ascensão social e de melhores condições de vida e trabalho. Algumas delas chegaram ao Rio de Janeiro junto com suas famílias, outras vieram trazidas por seus maridos após o casamento na terra natal ou por

peessoas que ofereciam trabalho na metrópole. A chegada na Rocinha foi favorecida pela existência de familiares já residentes na favela:

*“Eu casei, com meu segundo marido e a irmã dele já morava aqui e nos viemos então pra cá, pra Rocinha”*. Solange.

*“Quando eu cheguei eu já vim pra Rocinha sob a responsabilidade da minha tia. Ela já morava aqui”*. Maria Guilhermina.

*“Eu comecei a namorar o Sevério e com ele vim morar na Rocinha”*. Carmem.

*“Meu namorado morava aqui na Rocinha, aí eu fiquei conhecendo a Rocinha, depois eu passei a morar lá e estou lá até hoje”*. Célia.

Muitas puderam acompanhar o desenvolvimento da Rocinha, o crescimento da favela, a proliferação do comércio local, a instalação de serviços básicos de infraestrutura, o aumento do contingente populacional:

*“Tinha menos gente, não tinha posto de saúde pra te socorrer”*. Ângela.

*“Era tudo barraco de tábuas, era difícil ver um barraco de tijolo”*. Célia.

*“A Rocinha era mais mato do que casa”*. Maria da Silva.

*“Era mais pequena, não tinha as coisas que tem agora, agora tem até banco lá”*. Marília.

No entanto, os benefícios advindos com o desenvolvimento da favela não parecem ter promovido melhorias definitivas nas condições de vida das mulheres. Como apontamos anteriormente, é possível perceber déficits nos serviços básicos, sobretudo no que diz respeito ao abastecimento de água, a limpeza pública e a estrutura dos domicílios:

*“Eu não terminei ainda a minha casa, ainda não tem chão (...)”* Maria da Silva.

*“Tinha água encanada, mas não saía nada. Passava o ano inteiro e a torneira não pingava. Meu marido ia buscar, era uma distância imensa. Era meia hora pra ir e voltar e trazer duas latas. Com o tempo é que melhorou um pouco, alguns vizinhos já tinham, ajudavam a gente, davam pra quem não tinha aí é que melhorou um pouco. Mas volta e meia falta”.* Maria Guilhermina.

*“Os lixeiros não vão, mas tem uma lixeira assim embaixo que todo mundo joga o lixo lá”.* Célia.

Uma outra face importante do cotidiano das mulheres revelada nas entrevistas é a proximidade com o tráfico de drogas e a violência. Motivos de angústia, tristeza e tensão permanente no grupo:

*“O tráfico é uma coisa impressionante, uma coisa terrível! Onde você anda tem, tem sempre alguém, pessoas que você conhece sabe? Envolvida nesse mundo. Por que esse mundo não tem futuro, é triste”.* Lourdes.

*“Ruim mesmo é a droga, isso é que é triste”.* Maria do Carmo.

*“A maconha, a droga, isso é ruim demais”.* Marília.

*“O que eu acho pior é essa coisa aí, o tóxico. Isso aí é uma barbaridade! Aí eu fico com pena das crianças. Gente que morre ali na frente. Isso me entristece muito”.* Carmem.

*“O que eu acho ruim são aqueles tiroteios (...) aquela maconha, aquele negócio todo lá. Sabe um dia eu cheguei lá em casa tinha três na minha porta, era três tudo fumando. Aí eu disse assim: olha isso aqui não está bom. Não estou vendo nada de bom. Me dá licença, você me desculpa, todo mundo tem a sua casa, mas aqui na minha porta eu não posso com esse cheiro de maconha porque eu passo mal. Aí graças a Deus foi um atrás do outro. Foram embora e nunca me disseram nada”.* Maria da Silva.

A existência do “mundo do crime” revela que na favela vigora um lado obscuro e ameaçador. A existência desse outro “mundo” aparece com frequência nos relatos:

*“Na parte que tem mais violência eu não ando não”*. Lourdes.

*“Bom na Rocinha é que a gente não se misturando a gente vive bem, agora se misturar ferrou”*. Célia.

O receio das mulheres de que um dos “seus” transgrida para o “outro lado” é permanente:

*“Eu converso muito com o meu (filho) mais velho, quero eles tudo no caminho direito”*. Ângela.

*“Dos meus parentes todos, o único que eu conheci e conheço só teve um que partiu pra aquele lado de lá. Ai ta lá eu não esquento minha cabeça não”*. Carmem.

A árdua vida na terra natal com o trabalho no roçado é transformada em um cotidiano igualmente difícil, marcado pela dupla jornada de trabalho que inclui os afazeres domésticos, os cuidados com os filhos, as ocupações do trabalho, a rotina de subir e descer as ladeiras e escadarias da favela, as tensões desencadeadas pela falta do dinheiro, pelo convívio com a criminalidade e a violência. Esta realidade foi expressa freqüentemente através de declarações do tipo: *“é muita luta”*; *“eu me sinto cansada”*; *“a noite eu estou morta”*; *“exausta”*.

Nos relatos das mulheres da Rocinha raramente foram citados momentos de descanso e lazer. O hábito de assistir televisão não se faz presente na rotina diária dessas mulheres: *“não dá tempo nem de ver televisão. Com três filhos, se eu parar pra ver televisão as coisas acumulam”*; *“eu quase não vejo televisão, só mesmo quando eu vou deitar”*. As atividades físicas de lazer são raras. Somente duas entrevistadas revelaram o hábito de fazer “caminhadas”:

*“Eu gosto de acordar e levantar cedo, cinco e meia pra mim é a hora. Eu levanto e vou caminhar (...). Ai nos dias que eu estou em casa eu vou fazer o serviço de casa; aí eu passo, lavo, cozinho, arrumo, faço tudo”*. Maria Guilhermina.

*“Todo o dia. Eu gosto de ir (caminhar) à tardinha”. Ângela.*

### **3.2 Rotina de Alimentação e Consumo observado**

*“A gente tem é que encher a barriga não importa de que (...) com fome é que não pode ficar (...) tem que comer o que tem. A gente é que sabe o que mata a nossa fome”.*

(Maria da Silva, 11/11/2002).

A rotina de alimentação das mulheres pobres e obesas da Rocinha foi analisada dentro da perspectiva qualitativa objetivando colher informações acerca dos hábitos, costumes e critérios objetivos e subjetivos para a seleção dos alimentos. Neste sentido verificamos que a aquisição, seleção e o preparo dos alimentos são atividades realizadas pelas próprias mulheres. São elas que gerenciam a alimentação da família. Segundo Woortmann (1982; 1987) o modelo brasileiro de organização da divisão do trabalho no núcleo familiar atribui às mulheres a prestação de serviços que compreende os afazeres domésticos e o controle da alimentação da família. A compra dos alimentos é feita em hipermercados localizados em bairros adjacentes a Rocinha ou na própria favela *“eu compro nas Sendas de São Conrado”*; *“eu compro lá mesmo na Rocinha”*; *“às vezes no supermercado, às vezes no sacolão na Rocinha”*. O pagamento da alimentação adquirida é feito à vista, sempre em dinheiro revelando a exclusão do grupo a dinâmica do mercado de crédito.

Verificamos no consumo alimentar das entrevistadas a íntima relação existente entre alimentação e condições socioeconômicas. O critério de seleção dos alimentos pelas mulheres pobres e obesas da Rocinha é pautado, muitas vezes, pelo valor monetário dos gêneros. O preço dos itens define em algumas situações a seleção dos alimentos no grupo *“eu vou pelo preço”*; *“o que tiver mais barato eu compro”*. Condições adversas de vida fazem da aquisição dos alimentos uma prática extremamente penosa para o grupo: *“às vezes falta e não tem como comprar”*; *“quando não dá eu não compro”*; *“sempre falta alguma coisa”*. A compra dos mantimentos não segue uma rotina sistemática:



*“O que sobra é tão pouco que a gente não faz assim uma compra fixa por mês”.*  
Maria Guilhermina.

*“Quando falta alguma coisa eu vou lá e compro”.* Maria da Silva.

*“Eu vou comprando à medida que vai precisando”.* Célia.

*“Eu compro quando falta, assim vou comprando à medida que vai acabando”.*  
Marília.

O regime alimentar das mulheres pobres e obesas da Rocinha é monótono, com poucas variações do cardápio e composto basicamente por três refeições diárias: café da manhã, almoço e jantar. O lanche da tarde não representa uma prática alimentar no grupo *“a tarde é raro eu lanchar”*; *“de tarde não como nada é muito difícil eu comer alguma coisa”*. Entretanto, a centralidade do regime recai sobre a refeição do almoço. As demais refeições nem sempre são habituais. O café da manhã muitas vezes não é realizado pelas mulheres ou se resume ao consumo somente da infusão do café preto *“de manhã eu não tomo café, não como nada”*; *“de manhã mesmo é só um pinguinho de café”*. Das mulheres que revelaram realizar o café da manhã este inclui *“café com leite”*; *“pão e manteiga”*. Aqui, a tradição nordestina do consumo de itens como o milho, a pamonha e o beiju não é mantida como revelaram as próprias mulheres entrevistadas ao falarem sobre o consumo de alimentos em sua terra natal:

*“(...) o pão a gente só comia de oito em oito dias. Ele (pai) ia pra feira quando vinha trazia o pão pra gente. Nosso café da manhã era inhame, batata, abóbora, bananas (...), beiju”.* Carmem.

*“O café da manhã lá em casa era milho, papa de milho, pamonha”.* Maria de Paula.

O almoço compreende o trinômio *“arroz, feijão e carne”*, sendo a carne impreterivelmente o frango. O frango assume lugar de destaque no grupo, especialmente o frango assado. Não constatamos o consumo de peixe e carne bovina pelas entrevistadas. Frequentemente revelaram adicionar a *“farinha”* e o *“macarrão”* à alimentação do almoço. O consumo de legumes poucas vezes foi citado pelas

entrevistadas, com exceção da “batata” e da “abóbora”. Também não foi verificado o consumo de verduras e frutas na rotina alimentar das mulheres. Os alimentos do almoço, diferentemente do café da manhã, parecem revelar uma maior aproximação com a cultura alimentar nordestina na predileção por itens como os grãos, os tubérculos e os farináceos tal como as mulheres se referiram quando falaram de sua alimentação na terra natal.

Verificamos uma dinâmica complexa operando na refeição do jantar pelo grupo. Algumas mulheres disseram consumir no jantar a mesma alimentação praticada no almoço; outras revelaram uma maior variedade no consumo de alimentos nesta refeição onde citaram o “cafezinho com leite”; “sopinha de verdura”; “biscoitinho”; “churrasquinho”. Por não fazerem uso da “comida” esta refeição é tida como isenta pelo grupo “coisa mais difícil é eu jantar”; “nem janto, é muito difícil eu comer a noite”.

A alimentação consumida pelas mulheres é a “bem temperada”, com “tempero gostoso”, “natural”. Em oposição, os temperos industrializados não são bem vindos no cardápio das mulheres “gosto mesmo é de tempero natural”; “caldo knor, essas coisas, eu não uso”; “não gosto muito de arisco”. Entre os temperos utilizados no cardápio estavam o “sal”; o “alho”; a “cebola”; a “pimenta do reino”; o “colorau” e o “óleo”. Esta certa resistência aos itens processados parece ter relação com a trajetória de vida cultural das mulheres, no plantio e cultivo do roçado de subsistência:

*“Minha mãe tinha um botijão grande que ela guardava feijão, arroz, farinha, meu pai fazia, a gente. Tudo assim natural, tudo fresco. Não tinha nada assim industrializado, era tudo plantio, tudo fresco”.* Lourdes.

*“Não tinha remédio, não tinha essas coisas não. Arroz a gente comia aquilo tudo durante o ano; café era torrado na hora, pisado no pilão”.* Carmem.

Informações sobre preferências no consumo de alimentos revelou o lugar privilegiado para os doces como o “doce de banana”; “bolo de milho”; “sorvete”; “goiabada”. O uso do açúcar no cotidiano do grupo mostrou-se freqüente, normalmente combinado ao café. Embora houvesse um certo constrangimento em revelar o consumo do açúcar no lar “quase não como”; “como, mas só de manhã no café”; “é muito

*pouco*". Esse comportamento também foi verificado nos relatos acerca do consumo de frituras, muitas vezes através de frases ambíguas: "*eu não devo, mas como*"; "*eu como fritura, não deveria, mas como sim*". No entanto, o gosto pelas preparações fritas foi freqüente entre as mulheres. A "*batata-frita*"; a "*polenta*"; o "*frango frito*" e a "*carne de porco frita*" foram os alimentos mais consumidos. Tais relatos revelaram o conhecimento acerca das relações entre a ingestão de açúcares e gorduras e a freqüência da obesidade. Outros itens apontados como os alimentos preferidos foram as carnes mais ricas em gordura como a "*carne de porco*"; a "*feijoadá*" e a "*carne seca*" e importantes fontes de carboidratos tais como a "*macarronada*"; a "*farofá*" e a "*polenta*".

Variações no cardápio de final de semana raramente foram citadas pelo grupo "*não muda*"; "*não tem nada de muito diferente*"; "*é a mesma que eu faço durante a semana*". A este respeito Canesqui (1976) verificou em seu trabalho variações na alimentação das famílias pobres no almoço de final de semana especialmente os almoços de domingo. Segundo a autora, nessas ocasiões as famílias diversificavam o cardápio com o intuito de romper com o cotidiano. Entretanto, o agravamento das condições de vida parece ter comprometido as alterações na dieta do final de semana das classes populares, tendência apontada por Zaluar (1985) em seu estudo com os pobres da *Cidade de Deus*. Entre as mulheres pobres e obesas da Rocinha, esta tendência é reforçada:

*"Antigamente eu fazia (...) hoje em dia eu não faço"*. Célia.

*"Quando tem eu faço alguma coisa diferente. Por exemplo, na semana é arroz, feijão e ovo, mas no domingo eu não quero aquilo (...) eu como se não tiver outra coisa, mas se tiver uma opção de escolha, claro que eu não vou comer isso"*.  
Maria Guilhermina.

Festas e celebrações são raras. Apenas uma informante disse realizar festas eventuais; festa do tipo "*americana*" onde "*cada um leva uma coisa*". Nestas ocasiões consomem os alimentos prediletos compreendendo os doces e as frituras em versões diferenciadas incluindo o bolo, os refrigerantes e os salgadinhos.

As condições de pobreza entre as mulheres tende a forjar diferentes arranjos de sobrevivência no grupo. Nesta direção, observamos a fragilização das redes de solidariedade normalmente desenvolvidas pelas classes populares, sobretudo o que Canesqui (1976) denominou de “*circuitos de dependência*” compreendendo a prática do empréstimo de alimentos entre a vizinhança. As situações adversas de vida parecem extinguir pouco a pouco este comportamento no grupo: “*eu já não peço pra não me pedirem emprestado*”; “*se eu pego emprestado eu tenho que pagar. O que eu compro é pouco, se eu for pagar eu fico sem*”. Tal comportamento parece ser um recurso para economia no lar. Mas também envolve o pudor de expor aos demais a situação de escassez de alimentos que delimita a margem entre a pobreza e a miséria absoluta que a falta de alimentos representa “*nunca pedi um pó de café a ninguém porque eu fico com vergonha*”; “*pra mim chegar e pedir: fulano me empresta isso? Ah, não eu não gosto!*”; “*eles não pedem então procuro não pedir*”. Assim, o empréstimo quando realizado ocorre somente entre familiares “*os filhos primeiro*”; “*quando é minha cunhada, meus sobrinhos aí eu dou*”.

Estratégias de economia doméstica no que diz respeito à utilização do fogão em detrimento do forno como recurso para economia do gás foi verificado entre as mulheres investigadas: “*é difícil eu usar o forno*”; “*eu uso mais o fogão*”. Tendência apontada ainda na década de 70 por Souto de Oliveira (1977:323) com famílias de uma favela carioca. A autora observou que durante o preparo da alimentação as mulheres raramente utilizavam o forno com o objetivo de poupar o botijão do gás. Essa prática segundo a autora acarretava no “*predomínio do cozido sobre o assado no preparo dos alimentos*” pelo grupo.

A vulnerabilidade à pobreza é agravada pela falta de uma ampla rede de proteção social. Além de exercerem ocupações sem vínculos trabalhistas (como nos referimos anteriormente) pouquíssimas foram as mulheres que declararam receber algum tipo de auxílio na aquisição da alimentação da família. As mulheres favorecidas com cestas de alimentos, no entanto não participavam de nenhum tipo de programa governamental. A adesão a projetos como cheque-cidadão; bolsa alimentação; vale-refeição não foi observado neste grupo. O auxílio provinha, em geral, de instituições filantrópicas especialmente de igrejas localizadas em bairros próximos a favela.

Alimentos proibidos ou que não são deliberadamente incluídos na alimentação diária, são raros. Na verdade, através de respostas como “*não sei*”; “*não tem porque a gente nunca tem*” as mulheres entrevistadas revelaram dificuldade em citar alimentos cujo consumo era rejeitado:

“*Gosto de tudo, como de tudo*”. Solange.

“*Eu como de tudo, não tem nada assim que eu não coma*”. Maria da Silva.

“*O que eu não como nunca? Acho que nada*”. Carmem.

“*Não tem nada que eu não como*”. Marília.

Alimentos considerados de luxo pelo grupo são a “*comida granfina, comida de rico*” compreendendo itens como o “*pernil*”; o “*perú*”; o “*bacalhau*”; o “*queijo*” e o “*presunto*”. A alimentação idealizada pelo grupo inclui as “*frutas*”, o “*queijo*”, o “*iogurte*”; o “*peixe*” e a “*carne vermelha*”. Gêneros mais caros e cujo acesso é difícil:

“*As frutas estão muito caras e o dinheiro não dá pra comprar*”. Maria Guilhermina.

“*Eu gostaria de comprar e às vezes eu não posso comprar é o queijo, o iogurte (...) porque é caro e não dá pra comprar*”. Célia.

“*(...) frutas boas, pêra, uva, essas coisas assim é muito caro, eu só compro mesmo em promoção (...) se não tiver promoção eu não compro não*”. Maria de Paula.

A reduzida margem para a escolha da alimentação da família impõe o consumo de alimentos de digestão mais demorada que promovem maior saciedade. Dessa forma, o regime “*básico*”, “*principal*” refere-se à combinação “*feijão e arroz*” que representa “*a comida que a gente precisa*”; que “*alimenta a gente*”; que “*enche a barriga*” através da qual “*não se passa fome*”.

“*(...) tendo feijão e arroz a gente completa com alguma coisa e não se passa fome*”. Maria da Silva.

*“Mesmo que falte uma verdura, falte uma carne, mas tendo arroz e o feijão você enche a barriga e fica satisfeita”*. Maria Guilhermina.

*“(...) pelo menos tendo isso você não passa necessidade, não passa fome”*. Raquel.

*“Você tem, por exemplo, dez reais aí você pensa: eu vou comprar dez reais só de verdura? A verdura vai acabar em dois dias; se eu comprar 5 kg de arroz, ele vai durar 15 dias”*. Maria Guilhermina.

*“Verdura é muito difícil nem todo o pobre compra aquele negócio de verdura (...) por isso que eu não faço dieta porque eu não posso, não posso comer legumes direito”*. Maria do Carmo.

No entanto, a desigualdade no acesso a alimentação adequada não parece ser o único motivo para a seleção desses itens no cotidiano das mulheres. Assim, frente à diversidade de alimentos os critérios de seleção dos itens parecem se aproximar do padrão de consumo alimentar do roçado. Dessa forma, a memória alimentar se revela no universo de alimentação das mulheres da Rocinha: *“eu fui criada na roça comendo isso”*; *“eu fui acostumada assim”* foram as principais justificativas relacionadas à seleção desses alimentos pelas entrevistadas:

*“Eu fui criada na roça e tinha muito legume (...) minha mãe criou a gente comendo muito legume (...) eu comia lá era verdura, era abóbora, era quiabo, maxixe, mangolo e a farinha, beiju, aipim, batata, era muita coisa”*. Maria da Silva.

*“Eu gosto (fritura) porque eu fui acostumada assim. Na roça a comida é muito pesada, é feita naquela banha”*. Marília.

*“Arroz, feijão (...) dispensa qualquer coisa. Eu acho porque eu fui acostumada assim”*. Solange.

*“Não pode faltar são essas coisas grosseiras: é feijão, arroz, óleo e a carne. E café. Café eu não quero que falte. Porque eu sou viciada em café desde pequena”.*  
Raquel.

*“Não pode faltar é arroz, feijão e eu gosto muito de abóbora, abóbora madura. Essas coisas assim não podem faltar”.* Célia.

*“Como eu sou estabonada por comida eu penso logo numa feijoada, eu penso no acarajé que eu já comi tanto, eu penso no caruru”.* Carmem.

A manutenção de um padrão alimentar muito próximo do realizado na terra natal com a centralidade no arroz e feijão, na farinha, no café e nos legumes cultivados no semi-árido tal como a abóbora nos conduz a acreditar na presença de aspectos culturais interferindo na seleção da alimentação cotidiana do grupo. Assim, o consumo de açúcares, gorduras e cereais remete a elementos da cultura do nordeste tal como verificado anteriormente nas falas das mulheres acerca da alimentação na terra natal.

### **3.3 Comida de pobre x comida de rico: revisitando o argumento**

*“(...) rico gosta mais de comida light pra sempre manter a forma e pode fazer de tudo isso. Como pobre não pode então come qualquer coisa. Então aí é onde existe a diferença entre comida de rico e a comida de pobre. O rico pode escolher e pobre não pode”.*

(Maria Guilhermina, 21/10/2002).

O trabalho de Canesqui (1976) *“Comida de pobre, comida de rico”* traduziu a percepção dos pobres acerca dos diferenciais da alimentação face às condições de carência do grupo. A oposição entre comida de rico e de pobre significava o reconhecimento da posição do grupo na estrutura social. Neste aspecto, o estudo com mulheres usuárias do CMS da Gávea e moradoras da Rocinha mostrou que a diferença na posição social entre ricos e pobres promovia também diferenciais na alimentação. Dessa forma, para as mulheres investigadas a alimentação do rico significava a comida

“boa”, “cara”, de “qualidade” face a margem de escolha que os meios materiais propiciam ao grupo:

*“Eles comem de tudo! Eles podem comer o que querem”*. Maria do Carmo.

*“(...) eles compram o que há de mais caro e a gente procura comprar o que é mais barato”*. Célia.

*“Comida de pobre é uma comida pesada, de rico é mais leve. Comida de roça é comida pesada, com gordura de porco, muito pesada. Então o rico não come assim não. O rico come as coisas melhores que o pobre, porque é rico. Coisa boa. E pobre não come essas coisas boas”*. Marília.

*“Comida de rico é outra coisa! Tem o dia pra comer, de tudo tem um dia. Um dia de peixe, de carne, de frango. Cada dia tem uma comida diferente. O feijão é diferente, o feijão de rico tem tudo, de pobre só tem osso, comida de cachorro”*. Maria da Silva.

*“Eles procuram comprar essas coisa importado, o que é de melhor. Se eles podem comprar tudo bem”*. Ângela.

Estas categorias se aproximam das observadas no estudo de Canesqui, entretanto para as mulheres da Rocinha o regime do rico vincula-se também a outras concepções: comida “leve”; “light”; “para sempre manter a forma”. Ainda, na concepção das entrevistadas o rico “come pouco”; “uma coisinha de nada”. Nestas expressões nota-se uma inversão de valores entre o regime do rico e o regime do pobre. Para as mulheres, na dieta do rico impera a qualidade em detrimento da quantidade dos alimentos enquanto na dieta do pobre a quantidade sobrepõe a qualidade dos itens: “pobre visa a quantidade e não a qualidade”. O que torna a alimentação do rico, neste aspecto, inferior a dieta consumida pelo pobre. O menor consumo de comida pelos ricos na concepção das mulheres está intimamente relacionado à fraqueza, a doença e até mesmo a morte:



*“Rico come uma coisinha à toa coitado! Rico não sabe comer. Eu trabalhava pro seu Luiz e dizia: coitado do seu Luiz! Seu Luiz o senhor precisa comer, o quê que o senhor vai comer? De manhã eu falava, vai tomar café? Vou. Eu batia aquele negócio lá, a vitamina dele, ele tomava. Até logo, até logo. Já tomou café seu Luiz? Ele dizia já. Eu dizia meu Deus do céu esse homem vai morrer! Rico come é pouquinho coisa. O dia em que ele foi comer o meu vatapá lá em casa eu disse: você esta preparado? Está? Então come! (risos)”*. Carmem.

*“(rico) come pouco, tão tudo morrendo, depois tem que enterrar”*. Ângela.

*“Eu acho que pobre se alimenta mais melhor do que rico. Eu acho porque quando eu trabalhei em casa de família eu fazia comida pra eles, era uma coisinha de nada”*. Célia.

Em oposição, a comida do pobre, para as entrevistadas, é aquela em que não há qualquer possibilidade de escolha face às condições econômicas do grupo. A pobreza é que justifica a alimentação que conseguem realizar *“pobre tem que comer o que o dinheiro dá”*; *“tem que comer o que tem”*. A alimentação do pobre é a *“comida grosseira”*, *“comida da roça”*; *“pesada”*. Compreende basicamente o *“arroz e o feijão”*; onde as verduras, legumes e frutas raramente aparecem no cardápio *“legumes eu (...) não ligo muito”*; *“às vezes eu como uma fruta, mas é raro”*; *“verdura é muito difícil”*. A exclusão desses gêneros na dieta das mulheres relaciona-se muitas vezes ao valor monetário dos itens. Dessa forma, revelam o desejo em adquirir esses alimentos *“a gente tem vontade de comer, mas não pode o dinheiro não dá”*; *“a gente vê aquelas coisas e não pode comprar”*. A ausência desses gêneros no regime alimentar das mulheres entrevistadas relaciona-se à pobreza a que estão submetidas em seu cotidiano *“às vezes quando tenho dinheiro pra comprar eu compro uma goiaba, uma melancia, às vezes uma banana”*.

No estudo de Canesqui a dieta do pobre foi tipificada como *“fraca”*; *“pouco variada”* composta essencialmente de *“comida”* (arroz, feijão, macarrão, polenta) e de *“misturas”* (carne, verdura, batata e mandioca). Observa-se que a alimentação estava vinculada fundamentalmente com o corpo e o trabalho, revelada em discursos do tipo a comida *“sustenta o corpo”*; *“dá disposição pra trabalhar”*. As limitações materiais mostraram-se menos explícitas do que as encontradas entre as mulheres da Rocinha.

Neste sentido, podemos supor que a vida na segunda maior metrópole do país evidencie mais drasticamente as desigualdades sociais.

### 3.4 Percepções acerca da alimentação e do corpo obeso

O alimento para as mulheres pobres e obesas da Rocinha está associado à idéia de sobrevivência e manutenção da vida humana “*é tudo que a pessoa necessita pra viver*”; “*sem ele não se vive*”. A comida, por sua vez, assume um sentido ambíguo. Pode estar relacionada à comida classificada como “*normal*”, ao “*básico*” referindo-se ao “*arroz, feijão e carne*” ou somente ao “*arroz e feijão*”. Mas também pode referir-se ao excesso, a “*gulodice*”, ao supérfluo: “*é comida porque a gente come, mas é uma coisa que a gente pode passar sem ela*”:

*“Comida dá impressão de gulodice (...), e gulodice é o doce, é o bolo, tudo isso é gulodice, o sorvete”*. Célia.

*“É tudo que for gostoso, for bom, for saudável”* Maria Guilhermina.

No entanto, é a comida “*normal*” que compõe a refeição. Refeição para as mulheres é o “*almoço*” onde aparece a comida que sustenta e satisfaz. Contrariamente, o lanche constitui-se como a “*não refeição*” porque nele não se faz uso da comida. O lanche é “*uma coisa mais leve*” sendo inclusive desprestigiado pelo grupo “*não ligo muito pro lanche*”; “*é uma bobagem não é comida*”. Assim, eventualmente quando realizam o lanche os itens consumidos revelam a desqualificação desta refeição aparecendo sempre no diminutivo “*pãozinho*”; “*copinho de leite*”; “*biscoitinho*”. A sobremesa para o grupo é um “*complemento*” que não faz parte da rotina alimentar “*difícil de ter*”, “*não estou acostumada a comer sobremesa*”.

Valores acerca dos alimentos processados incluindo os enlatados assumem para as mulheres da Rocinha conotação negativa sendo caracterizados como prejudiciais à saúde. Considerados alimentos “*não naturais*” relacionam-se ao uso de conservantes e substâncias desconhecidas pelas mulheres que vivenciaram as experiências de plantar, colher e processar seus próprios alimentos no roçado de subsistência. A comida da roça “*não tinha remédio*”, era “*tudo natural, tudo fresco*”. Observamos aqui uma certa

influência do discurso médico na prática alimentar das mulheres reforçado pelos aspectos culturais. Dessa maneira, os gêneros enlatados são rejeitados pelas mulheres:

*“Enlatado (...) eu acho horrível (...) não gosto de nada enlatado porque eu acho que aquilo deve fazer mal. Não uso aquilo, alias eu nunca usei e não uso”*. Carmem.

*“Eu não gosto muito de enlatado (...) eu acho que não faz bem não. A comida fica ali naquela lata, né? Apesar de ter validade, de ter um controle, mas eu não gosto de enlatado não. Eu não compro”*. Célia.

*“Eu não gosto de enlatado, eu gosto de comida fresquinha feita na hora. Eu fui criada assim, tudo fresquinho. Eu não gosto de enlatado. Não é boa alimentação assim não”*. Ângela.

*“Lá em casa não entra essas coisas de enlatado não. São essas coisas que vêm em lata e eu não gosto, eu não sou de comer essas coisas. Eu acho que é porque eu fui criada na roça comendo aquelas coisas, então eu acho que a comida enlatada tem remédio, então eu não sou muito de coisa enlatada”*. Marília.

*“Eu não gosto muito de enlatado. Enlatado lá em casa só entra o óleo (...) essas coisas de salsicha, sobremesa enlatado, por exemplo, abacaxi, não”*. Maria Guilhermina.

Assim como alguns alimentos industrializados:

*“Aqui você compra feijão, lá não, você ia na roça e colhia. Farinha? Farinha meu pai fazia, farinha de mandioca. Todo o processo a gente acompanhava. Então era uma coisa bem natural, não essas coisas industrializadas que você não sabe onde foi feito. Então a gente não pode afirmar que tem só aquela coisa ali dentro”*. Lourdes.

*“Refrigerante eu não gosto porque eu acho que não faz bem”*. Maria Guilhermina.

*“Eu não gosto de comer é macarrão, não gosto mesmo de macarrão”.* Carmem.

Contrariamente, o alimento diet relaciona-se a saúde. É o alimento isento de açúcar e gordura, alimento “leve” utilizado “*pra emagrecer*”. Por essa razão é desejado pelo grupo “*eu gosto*”; “*deve ser bom*”; “*aqueles que não vão causar tanto mal a pessoa*”. Embora as mulheres não tenham como adquirir “*só não dá pra comprar*”; “*é bem mais caro e eu nunca compro*”. Observamos novamente a penetração das informações de profissionais de saúde, assim como, dos meios de comunicação entre o grupo:

*“(Diet) eu acho que deve ser bom. Às vezes fala na televisão que não é bom e outros falam que é bom. Eu acho que é bom, mas eu acho que tem que ter o controle porque tudo em excesso acaba não fazendo bem, engorda sei lá”.* Célia.

*“Eu acho que faz mal é aquele ovo que eles dizem que é diet mais não é, aquilo tem colesterol do mesmo jeito”.* Carmem.

*“(Diet) é pra ajudar a manter a forma, não é isso?”* Maria Guilhermina.

As percepções acerca do corpo revelaram que o excesso de peso no grupo se relaciona essencialmente ao aparecimento de sintomas clínicos diversos, a menor agilidade e disposição para o trabalho. Estar obesa para as mulheres da Rocinha é sentir “*cansaço*”; “*falta de ar*”; “*dores nas pernas*”; “*problemas na coluna*”:

*“Eu me sinto cansada, eu ando aí eu me sinto pesada, ando devagar, as pernas doem”.* Maria de Paula.

*“Eu estou com problema na coluna. Dói, muita coisa! Cansa muito. Porque você magra faz as coisas rápido, gorda não, cansa, sente falta de ar e tudo!”* Ângela.

*“Tudo que eu vou fazer cansa! Fazer cabelo, a unha, se vestir, tudo cansa, abaixar pra fechar uma sandália”.* Solange.

*“Eu tiro porque eu penso assim, entre eu e meu marido, eu acho que ele agüenta mais uma caminhada mais longa, por exemplo, do que eu. Eu vou subir o morro e*

*eu acho que ele sobe mais disposto do que eu, eu acho que é por causa da gordura”. Maria Guilhermina.*

*“Horível (eu me sinto) pesada! Eu ando, mas se eu ficar muito tempo me dá câimbra, dá dormência na perna”. Marília.*

Algumas mulheres relacionam as transformações do corpo a dois eventos de vida: o casamento e a gravidez:

*“Foi depois de casar. Eu era magra. Não era bem mais magra, mas era um pouquinho mais magra”. Carmem.*

*“Eu acho que foi depois da gravidez do meu filho. Na minha primeira gravidez eu pesava cinqüenta e três quilos e cheguei a setenta e poucos quilos, engordei vinte quilos! Ai o meu filho nasceu e eu não perdi peso, acumulei”. Solange.*

*“Meu peso quando eu era moça era quarenta e seis quilos. Ai tive o primeiro filho, o segundo, no meu terceiro filho eu fui pra noventa e seis quilos. Depois emagreci um pouco e tornei a engordar de novo e agora estou assim”. Raquel.*

A relação entre gravidez e obesidade feminina tem sido destacada por alguns autores. Kac et al., (2003) destacam os efeitos obstétricos no desenvolvimento da obesidade dentre eles a gravidez precoce. Para os autores, mulheres que tiveram o primeiro filho antes dos 18 anos de idade são mais propensas a se tornarem obesas. A idade de paridade precoce parece desencadear uma ativação hormonal prévia por antecipar o ciclo reprodutivo. Contudo, alertam que além das alterações hormonais provenientes da gravidez, fatores psicológicos, culturais e comportamentais também podem estar envolvidos na dinâmica da obesidade. Lins (1999) em seu estudo com um grupo de mulheres no Município do Rio de Janeiro verificou que a multiparidade tinha um efeito positivo para o excesso de peso, especialmente no grupo de mulheres com menopausa.

No entanto, em geral, as alterações nas formas do corpo com o aumento do peso são percebidas por intermédio de médicos e profissionais de saúde em consultas de rotina:

*“Quando eu percebi eu já tava assim, eu nem notei”*. Maria Guilhermina.

*“Eu vim tratar da pressão aí a doutora achou que eu estava acima do peso e me mandou pra nutrição”*. Célia.

*“Eu vim a clínica geral e a doutora falou: você tem que perder peso, a senhora está muito acima do peso. Foi aí que ela falou: eu vou mandar você pra nutrição. Aí eu vim”*. Solange.

*“Eu vim pra cá (CMS Gávea) tratar da pressão aí a doutora me mandou pra nutrição, pra eu fazer dieta”*. Raquel.

*“Eu vim na médica aí ela me encaminhou pra nutrição e eu achei bom (...)”*. Marília.

Notadamente as mulheres da Rocinha não se percebem enquanto obesas, aqui parece vigorar uma imagem corporal distinta da verificada em outros grupos sociais. A obesidade para as mulheres associa-se a pouca energia e disposição para o trabalho, ao cansaço, a falta de ar, a dores na coluna e pouco se relaciona, com atributos estéticos. Entretanto, o corpo magro assume certa ambigüidade. Em oposição ao corpo gordo, o corpo magro é mais ágil *“você magra faz as coisas rápido gorda não, cansa”*. No entanto se ficar magra é ter maior disposição, pode também significar a privação de alimentos, a doença: *“perder peso é ficar magra, é ficar doente, sem comida”*.

A valorização do corpo obeso revela-se, portanto, implícita no grupo. Se o corpo magro associa-se a privação de alimentos, a fraqueza e a doença; contrariamente o corpo obeso passaria a estar vinculado as noções de suficiência alimentar, força e saúde. Entretanto, observa-se que esta concepção é relativizada, ou seja, ao mesmo tempo em que o corpo obeso é desejado por estar relacionado ao vigor e a saúde, também é julgado como “pesado” e, portanto, menos ágil. Nesse aspecto, o corpo magro passa a ser valorizado. Contudo, entre um corpo magro ágil e magro doente o último parece ser o mais ameaçador já que para as classes populares a doença é o maior impedimento para a realização do trabalho (Zaluar, 1985). Tais concepções revelam a relação do corpo com o trabalho e enfatizam a noção do corpo utilitário, apto à execução das atividades rotineiras e do trabalho formal (Boltanski, 1979).

Ferreira (1998:50) verificou concepções de corpo específicas em sua investigação numa vila de classe popular localizada na periferia de Porto Alegre. A relação que alguns moradores estabeleciam com o corpo evidenciava a *“necessidade de distinguir-se de outros que apresentavam o estereotipo da pobreza: corpos sujos, desnutridos, às vezes consumidos pelo álcool, com marcas de violência”*.

Segundo Bordieu (1990) a sociedade imprime ao corpo princípios de divisão social e de oposição que são utilizados como forma de justificar a distinção de classe. Neste sentido, o corpo obeso entre mulheres pobres seria uma maneira de diferenciação social ao corpo magro e esbelto das mulheres burguesas.

A perda de peso torna-se muito mais uma exigência dos profissionais de saúde do que propriamente uma demanda forte das mulheres:

*“Eu preciso emagrecer, isso todos os médicos falam, se todos falam é porque eles têm consciência do que estão falando. O cardiologista fala, a médica ginecologista fala, todos falam, então só pode ser pra mim emagrecer”*. Maria Guilhermina.

*“É importante porque a pessoa com excesso de peso, com peso acima do normal corre risco de vida, corre risco de um infarto, essas coisas assim”*. Célia.

*“É eu comer menos e não comer as coisas que engordam, caminhar, eu preciso caminhar!”* Marília.

Ferreira (1998:50) observou que o recurso à medicina e aos profissionais de saúde por parte dos grupos populares acontece exclusivamente quando *“as percepções de corpo desses indivíduos se traduziam em sensações físicas interpretadas como medicalizáveis”*. Ou seja, somente a partir de um sintoma físico de *“dor”* que requer medicação esses indivíduos se dirigiam a consulta médica.

Ao mesmo tempo a conciliação entre as recomendações médicas e o cotidiano é difícil e, muitas vezes, acaba gerando sentimentos de culpa e impotência:

*“Se eu fizer uma dieta legal, procurar fazer as coisas direitinho eu perco peso”.*

Maria de Paula.

*“Eu tenho que levar mais a sério”.* Carmem.

*“Eu sou muito desorganizada, eu não almoço na hora certa, eu como qualquer coisa, eu não caminho”.* Solange.

*“Eu acho que tenho menos atividade. Quando a pessoa se movimenta mais, tem mais atividade, trabalha, tem dia corrido contribui pra pessoa não engordar tanto. Eu acho que foi falta de atenção minha mesmo. Se eu tivesse um pouco mais de cuidado, fosse mais atenciosa com que eu como, eu acho que eu ia acabar perdendo”.* Célia.

Para Baudrillard (1995:151) é nos *“regimes alimentares que se descortina a pulsão agressiva em relação ao corpo (...)”*. Nesta perspectiva, o corpo transforma-se num objeto ameaçador que deve ser vigiado e reduzido permanentemente.

Segundo Fischler (1989:73) para a sociedade de consumo os gordos são percebidos como os únicos responsáveis por sua condição. São gordos *“porque comem muito e são incapazes de se controlar”*. Implicitamente são julgados socialmente como transgressores das normas e regras. No entanto, pouco a pouco, as mulheres vão revelando os dilemas ligados à superação da obesidade:

*“Com a comida que tenho em casa, eu não consigo”.* Raquel.

*“Se eu tivesse um horário certo de alimentação, uma dieta balanceada”.* Lourdes.

*“Um salariozinho melhor pra eu comprar mais coisa que ajudasse”.* Maria Guilhermina.

*“Se fosse fora de casa porque em casa eu tenho certeza que eu não consigo”.*

Maria do Carmo.



O papel do alimento enquanto elemento de conforto para a superação dos dilemas diários, das angústias, perdas, das tensões ocasionadas pela falta de recursos, pela violência, pela responsabilidade com a casa e os filhos também surgem na fala das mulheres da Rocinha:

*“Quando eu tô tristinha eu vou lá e como”*. Maria de Paula.

*“Pra mim não é nada não, pra mim é nervoso, é ficar sozinha dentro de casa, meu velho não está mais aqui (...) porque minha vida mudou, minha vida não era assim não, eu já tinha aquele gostinho de levantar de manhã cedo, o velhinho estava ali pra eu dar banho, botava ele lavadinho, bonitinho lá sentadinho, tudo isso eu fazia (...) eu me sinto muito só”*. Carmem.

*“Eu acho que é muita responsabilidade, agora eu tenho que cuidar de dois filhos, eu tenho que dar conta de duas vidas, é colégio, é alimentação, o corre-corre do dia a dia”*. Solange.

*“Olha, se existe problema de sistema nervoso engordar, eu acho que sim porque eu sou muito agitada, eu não sei ficar parada, quieta (...) eu acho que eu sou muito nervosa e impaciente”*. Maria Guilhermina.

*“Pra mim é nervoso, por tudo eu fico nervosa, por tudo eu choro”*. Raquel.

Orbach (2003:47) se refere a um sintoma singular que, segundo a autora, ocorre em muitos indivíduos com problemas de excesso de peso: a *“fome emocional”*. Diferente da necessidade de saciar a sensação física ocasionada pela falta do alimento a *“fome emocional”* diz respeito à utilização da comida para apaziguar inquietações emotivas. Para a autora, os *“sentimentos são muito parecidos com a comida. Se você dá atenção ao sentimento e se permite vivenciá-lo ele irá satisfazê-lo”* (2003:53).

Orbach (2003) alerta ainda que muitas vezes a própria sensação de fome amedronta determinados indivíduos, principalmente quando tiveram experiências indesejáveis no passado como, por exemplo, quando não dispunham de comida suficiente na infância. Por essa razão muitas pessoas comem antes que possam sentir

fome. Numa das falas das entrevistadas esse comportamento de compensação emocional em situações de privação aparece:

*“(...) quando eu enfartei eu saí do hospital bem magrinha, devia ter continuado daquele jeito, mas os dias que eu passei lá eu acho que a dieta de lá me fez mal. Claro que não fez né! Eu falo assim me fez mal pelo olho grande de quando eu saí. Porque lá eu não comia isso, na minha casa tinha então eu comia; lá não tinha aquilo, na minha casa tinha eu comia, entendeu? Aí eu fui engordando, quando eu fui perceber eu já tava gorda”.* Maria Guilhermina.

A vida difícil em meio à pobreza e o cotidiano na favela são revelados nos relatos acerca dos sonhos e projetos futuros:

*“Meu sonho é que eu queria ter mais um dinheirinho, que eu vendesse as minhas bonecas à vontade. Porque meu pagamento não é muito, é pouco, aí se eu vendesse minhas bonecas tudo direitinho eu ficava sossegada pra repor aquilo que faltasse. Mas o sonho mesmo que eu estou tendo agora é de colocar piso na minha casa, é o meu sonho”.* Carmem.

*“Eu tenho o sonho de ter uma casa maior, com minhas coisas tudo direitinho”.* Célia.

*“Meu sonho é fazer minha casa, ver tudo arrumadinho, tudo pronto”.* Maria Guilhermina.

*“Eu sinceramente eu vou te falar uma coisa, o sonho que eu tinha era sair da Rocinha é juntar um dinheirinho e comprar um terreno”.* Maria de Paula.

A partir desses discursos foi possível elencar as principais concepções do grupo acerca do seu corpo, sua alimentação e condições de vida. Neste contexto, podemos dizer, que a situação de classe impõe ao grupo um perfil de ocupações pouco qualificado que exige destreza física e corpo hábil e, ainda dupla jornada de trabalho com deslocamento importante no espaço da favela. A pobreza molda também hábitos e escolhas alimentares onde se verificam limitações no acesso a alimentação nutricionalmente adequada. Mas não apenas isso. É possível observar aspectos culturais

e mediações simbólicas presentes nas práticas alimentares das mulheres. Nesta direção, é possível verificar a valorização de alimentos próprios do roçado de subsistência e o papel do alimento como elemento de refúgio e conforto para amenizar um contexto de adversidades imposto pela pobreza. Dessa forma, a diversidade vivida pelo grupo em seu cotidiano em meio a pobreza parece ter reflexos importantes no perfil de alimentação e no corpo obeso das mulheres da Rocinha. A seguir aprofundaremos esta discussão.

## Capítulo IV: Obesidade - uma face da desigualdade social

*“Hoje, são os pobres que são gordos e os ricos são magros (...)”.*

Fischler (1989:77)

A análise das entrevistas permitiu reforçar nosso argumento inicial de que o exame adequado da obesidade implica a articulação de aspectos biológicos, socioeconômicos e culturais face à sua natureza multidimensional. Ao mesmo tempo, é possível perceber a necessidade de superar pressupostos em torno das relações entre consumo alimentar, atividade física e obesidade que permeiam grande parte dos trabalhos do campo da nutrição no Brasil. Neste sentido, a idéia da adesão a “dieta ocidental” combinada ao estilo de vida sedentário, que tem servido de argumento explicativo para a freqüência da obesidade na atualidade (Popkin, 1993; Monteiro et al., 1995) não parece explicar a prevalência do agravo entre as mulheres da Rocinha. As mulheres entrevistadas revelaram realizar uma dieta monótona, muito próxima a do roçado de subsistência composta basicamente por cereais, gorduras e açúcares e, também um cotidiano intenso de atividades laborais. Assim, nem a adoção ao modelo de “dieta ocidental” ou o aumento do sedentarismo, conseguem explicar a prevalência da obesidade no grupo. A dieta rica em açúcares e gorduras não parece relacionar-se a incorporação de um modelo de alimentação “ocidental” ou “moderno”, mas a aspectos culturais mais contraditórios e ambivalentes.

A alimentação das mulheres da Rocinha tende a ser rica em grãos, farináceos, tubérculos, açúcares e gorduras o que demonstra a valorização dos alimentos tradicionais da cultura nordestina. Ainda que existam mudanças significativas em relação à alimentação da “terra natal”<sup>1</sup> hábitos alimentares tradicionais são mantidos pelo grupo. Por outro lado, certos alimentos industrializados incluindo latarias e conservas não são valorizados pelas mulheres da Rocinha e tampouco incorporados à dieta cotidiana. Assim como, alimentos do tipo “*fast-food*” tais como os refrigerantes. A

---

<sup>1</sup> A gordura utilizada pelas mulheres, por exemplo, refere-se aos óleos vegetais e não a gordura de porco utilizada no roçado. Essa substituição é favorecida pela dificuldade em manter a criação de “fundo de quintal”. A substituição da gordura animal proveniente de derivados do porco tais como o toucinho e a banha por óleos vegetais tem sido apontada recentemente como uma importante tendência alimentar da população brasileira (Monteiro & Mondini, 1995).

idéia de que tais alimentos possam conter substâncias desconhecidas e nocivas à saúde é freqüente. Entretanto, os alimentos *diet* são associados à idéia de saúde e status social, ainda que seu consumo seja interdito em função do alto custo monetário. A este respeito, Lifschitz (1997) apontou a proliferação nos discursos em torno da alimentação “*natural*” no Brasil onde produtos industrializados têm sido difundidos em nossa sociedade associados à maior qualidade de vida. Contudo, seu consumo parece estar restrito às classes de alta e média renda.

No que se refere à atividade física, a análise dos dados acerca do perfil ocupacional e das atividades de lazer permitiu obter informações importantes. As mulheres da Rocinha exercem atividades classificadas como *leve* ou *moderada*<sup>2</sup>, com freqüência relativamente maior para as atividades do tipo *leve* (7) em detrimento das do tipo *moderada* (5)<sup>3</sup>. Entretanto, torna-se importante salientar que a maior parte das mulheres revelou exercer dupla jornada de trabalho que inclui o trabalho “formal”, os afazeres domésticos e os cuidados com filhos ou netos. Os deslocamentos na favela implicam ainda, um gasto energético importante face ao número de ladeiras e escadarias irregulares. Assim, apesar de existirem meios de locomoção dentro da Rocinha como as linhas de ônibus, kombis e o serviço “moto-taxi” o acesso a estas formas de locomoção é dificultado pela localização dos domicílios.

---

<sup>2</sup> *Atividade leve*: ocupações exercidas sentadas, com movimentos leves de braços e troncos, em pé, com trabalho leve de máquina ou bancada movimentando braços e pernas como, por exemplo – bancário, operador de caixa, balconista, vendedor. Gasto de energia entre 125-150 kcal/hora. *Atividade moderada*: ocupações exercidas em pé, com trabalho leve em máquina ou bancada com movimentação vigorosa de braços e pernas e ocupações exercidas de pé, como trabalho moderado em máquina ou bancada, com movimentação vigorosa de braços e as ocupações exercidas em movimento, como trabalho moderado de empurrar ou levantar. Dentre essas ocupações encontram-se: contínuo, vendedor domiciliar, marceneiro, faxineiro e caseiro. Gasto calórico em torno de 175 a 300 kcal/hora (FAO/WHO/UNU, 1985 e Portaria 3214/78 do Ministério do Trabalho, 1978 apud Sichieri et al., 2001).

<sup>3</sup> Wahrlich & Anjos (2001) têm questionado as estimativas propostas para a determinação do gasto calórico entre os indivíduos. Segundo os autores as equações universais propostas pela FAO/WHO/ONU (1985) tendem a superestimar os valores de despêndio de energia, sobretudo em regiões tropicais. Neste sentido, propõem a coleta de dados em diferentes grupos populacionais a fim de retratar de forma mais fidedigna a realidade de cada grupo ou país.

No que compreende a atividade física ligada ao lazer podemos dizer que ela é reduzida e quase inexistente no grupo. Entre as mulheres entrevistadas, apenas duas informantes realizam caminhadas com frequência. O hábito de assistir televisão, imaginado inicialmente como a principal possibilidade de lazer e distração, revelou-se pouco presente dado o excesso de atribuições no cotidiano do grupo.

Esses dados contrastam e ao mesmo tempo se aproximam das informações obtidas por Sichieri (1998) em seu estudo sobre consumo alimentar e atividade física no Município do Rio de Janeiro. O estudo avaliou a alimentação e o perfil de atividade física de uma população de mais de quatro mil indivíduos a partir dos 12 anos de idade<sup>4</sup>. E embora se trate de um estudo completamente distinto ao proposto nesta dissertação onde privilegiaram o método epidemiológico e trabalharam com um escopo sensivelmente maior torna-se importante fazer uma aproximação com os resultados encontrados a fim de obter pistas e diferenciais em torno do tema.

Nesta direção, o objetivo de Sichieri (1998) foi analisar o padrão de consumo alimentar e de atividade física a partir da aplicação de questionário de frequência alimentar e o levantamento de informações sobre ocupação, lazer e horas assistindo televisão/vídeo/computador. No item alimentar os dados acerca da frequência de consumo foram transformados em cotas diárias de ingestão. A comparação da média de consumo alimentar para a população adulta (20-60 anos de idade) tomando como referência duas classes de renda extrema<sup>5</sup> permitiu verificar diferenciais importantes no padrão de alimentação (Sichieri, 1999). Neste sentido, o grupo de baixa renda revelou consumir em média uma maior proporção de cereais e gorduras quando comparado com a classe de mais alta renda. Na classe privilegiada o consumo maior foi de frutas, vegetais, salgados e refrigerantes. A partir desse padrão de alimentação foi possível constatar entre a população de baixa renda déficits na ingestão de vitaminas e minerais (especialmente cálcio, vitamina A e C) e, o consumo acentuado de gorduras.

Paralelamente, os resultados obtidos por Sichieri (1998; 2001) sobre o perfil de atividade física entre os diferentes grupos populacionais revelaram que as mulheres

---

<sup>4</sup> Estes resultados foram analisados em outros trabalhos como o proposto por Sichieri et al. (2001) e Sichieri (1999).

<sup>5</sup> Classe de baixa renda estratificada a partir de uma renda per capita inferior a cem reais; classe de alta renda valores de renda per capita superior a seiscentos reais. A este respeito ler Sichieri (1998; 1999).

exerciam ocupações de menor gasto energético, eram menos adeptas as atividades de lazer e passavam mais horas assistindo televisão do que os homens. Neste sentido, somente 0,3% das mulheres do estudo referiram realizar ocupações do tipo pesada, enquanto, essa categoria foi relatada por 3,6% dos homens. No que se refere a não adesão as atividades de lazer o percentual foi maior entre as mulheres (78%) do que entre os homens (59,8%). O comportamento de assistir televisão também foi ligeiramente mais elevado no grupo feminino em detrimento do masculino: 3,8 horas/dia e 3,5 horas/dia, respectivamente. A partir desses resultados os autores concluíram que a realização de atividade física no Município do Rio de Janeiro era baixa tanto nas ocupações do trabalho como nas atividades de lazer com maior impacto entre a população feminina quando comparado com a masculina.

Ainda que não seja possível estabelecer uma análise comparada dos resultados da pesquisa no Município do Rio de Janeiro, é importante apontar que entre as mulheres da Favela da Rocinha entrevistadas, o comportamento alimentar revelou-se muito próximo do encontrado por Sichieri (1998). Entretanto, o perfil de atividade física cotidiano tende a apresentar outros contornos. A partir das entrevistas, foi possível perceber que a atividade física ligada ao lazer é reduzida ou quase inexistente. As mulheres da Rocinha não tem por hábito assistir televisão.

Neste sentido, singularidades e especificidades ligadas ao cotidiano das mulheres da Rocinha, bem como hábitos e costumes nordestinos moldam as escolhas alimentares e o perfil de atividade física do grupo. Assim, podemos dizer que **a obesidade e a pobreza estão intimamente relacionadas e se entrelaçam numa dinâmica própria, multifacetada. Longe de se tratar de um paradoxo, a pobreza parece de fato explicar a obesidade entre as mulheres da Rocinha.**

Sob este aspecto torna-se importante salientar a necessidade de desconstruir a idéia da obesidade enquanto uma enfermidade associada a abundância e a excessos alimentares. **Na verdade, a obesidade surge como mais uma face da desigualdade social no país assim como a desnutrição e as anemias carenciais.** As abordagens que vinculam a obesidade à situações de abundância e riqueza perdem seu alcance explicativo no caso da população pobre feminina no Brasil. E também entre os grupos socialmente vulneráveis nos países desenvolvidos. Nos Estados Unidos, por exemplo, evidencia-se o declínio da obesidade entre indivíduos com melhor nível de instrução e

renda. Em contrapartida, a frequência do excesso de peso tem aumentado consideravelmente entre a população hispânica, negra e mulheres de baixa renda no país (Stunkard, 2001; Popkin, 1998; Fischler, 1995).

O crescimento da obesidade na pobreza é também observado nos países em desenvolvimento. Na China e Tailândia a obesidade tem se tornado um problema importante. Verifica-se o aumento do número de indivíduos obesos, sobretudo, em meio urbano (Popkin, 1998). Em países latino-americanos e do Caribe a obesidade assume tamanha magnitude que passou a ser tema prioritário de saúde pública. A evolução da obesidade tem sido observada em diferentes países da América Latina incluindo Chile, México, Brasil, Argentina, Peru, Colômbia, Guatemala e Bolívia (Pena & Bacallao, 2000).

A tendência ao incremento da obesidade no contexto da pobreza parece refletir o impacto do conhecimento cada vez maior em torno dos danos físicos e psicossociais relacionados a doença, especialmente nas classes privilegiadas (Fischler, 1995). Esses grupos têm demonstrado estar mais conscientes sobre as inúmeras desordens acarretadas pela obesidade onde é possível verificar mudanças comportamentais em torno do estilo de vida. Assim, é cada vez mais freqüente observar nesses grupos a adesão a uma alimentação “mais saudável” compreendendo o consumo de alimentos na sua forma “natural” (Lifschitz, 1997). E, ainda a prática de modalidades esportivas e atividades físicas de lazer. A disponibilidade de informações e recursos materiais para esse fim tem favorecido a incorporação de ações de combate e prevenção a obesidade (Sobal, 1991).

Contrariamente, os grupos de baixa renda têm vivenciado com maior impacto os conflitos e danos relacionados à obesidade. E para este grupo, em particular, os prejuízos revelam-se mais graves. Neste sentido, ao mesmo tempo em que a pobreza parece produzir a obesidade implica também limitações no empenho de medidas preventivas. A desigualdade no acesso a uma nutrição adequada em qualidade e quantidade impõe aos grupos de baixa renda um padrão de alimentação insuficiente (Tonial, 2001b). Além disso, a pouca informação acerca dos benefícios da prática de exercícios físicos e as dificuldades materiais a que estão submetidos em seu cotidiano de vida reduzem as chances do grupo de reorientar seu perfil de atividades físicas (Pena & Bacallao, 2000; Sobal, 1991).



Outra questão fundamental a ser sinalizada nesta investigação diz respeito ao perfil geral dos estudos sobre obesidade no Brasil que de certa forma buscam privilegiar a dimensão biológica do problema. As tentativas de superação desta abordagem muitas vezes não conseguem ultrapassar a revisão dos comportamentos e hábitos alimentares dos sujeitos. Nesta direção, o conhecimento da rede de fatores culturais, econômicos e simbólicos articulada à dinâmica da obesidade na população pode forjar alternativas de intervenção mais consistentes. Assim, na medida em que são exploradas as escolhas alimentares diárias dos diferentes grupos sociais novas hipóteses e perspectivas podem surgir e, dessa forma iluminar os caminhos da intervenção sobre o problema. A partir das entrevistas com as mulheres da Rocinha foi possível constatar que o modelo de intervenção voltado para o padrão dietético e o estilo de vida sedentário não é suficiente para equacionar o fenômeno do excesso de peso no grupo. Na realidade, as mulheres entrevistadas demonstraram preservar através da alimentação aspectos da cultura.

Por outro lado, outros trabalhos têm ressaltado a importância dos aspectos materiais e econômicos no estudo da obesidade (Sobal, 1991). Neste sentido, ainda que os constrangimentos de ordem material estejam de fato operando na dinâmica da obesidade entre as mulheres da Rocinha, eles não explicam por si só a natureza do fenômeno. Elementos simbólicos e culturais revelam-se como determinantes significativos deste processo. Como discutimos anteriormente as crenças e os costumes nordestinos são critérios que operam na seleção e escolha dos alimentos no cotidiano do grupo.

Paralelamente, a alimentação das mulheres da Rocinha se reveste de simbolismo. Os dilemas impostos pela sobrevivência em meio a pobreza se expressam num perfil de corpo obeso. E neste sentido, a alimentação assume um papel fundamental enquanto elemento de conforto para um contexto de adversidades (Ades & Kerbauy, 2002; Orbach, 2003). Mais do que saciar a fome, o alimento supre carências e ameniza angústias de uma vida extremamente penosa e sofrida. Nesta direção, Silva (1997:56) em análise acerca da obesidade entre mulheres de baixa renda no Município do Rio de Janeiro constatou que os determinantes da obesidade no grupo relacionavam-se diretamente a problemas decorrentes das suas péssimas condições de vida.

Os resultados encontrados neste trabalho retratam de forma fiel o cotidiano vivido pelas mulheres da Rocinha. A realidade diversificada imposta pela vulnerabilidade

social do grupo, com todas as suas especificidades sociais, culturais e simbólicas, se expressa num perfil de corpo obeso. Essa idéia de variedade nas situações vivenciadas pelos grupos socialmente vulneráveis é defendida por Sen (2001). Segundo o autor, a diversidade de características observada entre os grupos sociais acentua a necessidade de considerar tanto a pluralidade dos espaços em que esses grupos estão inseridos como suas diferenças pessoais. Dessa forma, a iniquidade social está intimamente associada a idéia de heterogeneidade, que é extremamente importante para a melhor compreensão dos fenômenos que operam entre os segmentos mais vulneráveis socialmente.

Assim, a tendência dos estudos sobre obesidade no Brasil em homogeneizar situações e grupos sociais; a incorporar pressupostos que não retratam a realidade brasileira e, sobretudo, desconsiderar a natureza multifacetada da enfermidade pode criar obstáculos significativos para a compreensão do fenômeno social da obesidade. A pluralidade de situações que são vivenciadas pelas mulheres da Rocinha em seu cotidiano de vida não deve ser, portanto, negligenciada. A manutenção de aspectos culturais em oposição a adesão à “dieta moderna”; a rotina intensa de atividade física em detrimento do estilo de vida sedentário e ainda, a apreensão dos múltiplos fatores que operam na dinâmica da obesidade no grupo são evidências que devem orientar a construção de novos rumos para a investigação do problema nos diferentes contextos sociais do país.

## Capítulo V Considerações Finais:

Na tentativa de desvendar o “paradoxo” da obesidade na pobreza optamos por privilegiar as múltiplas dimensões do fenômeno a fim de realizar um exame mais consistente sobre o tema. Nesse sentido, procuramos sobrepor modelos explicativos reducionistas centralizados em apenas um aspecto do agravo, assim como, exames polarizados entre os aspectos biológico e social. Dessa forma, incorporamos nesta investigação diferentes instrumentos analíticos que incluíram inquéritos nutricionais, estudos epidemiológicos e trabalhos provenientes do campo da antropologia, da sociologia e economia.

Os estudos de cunho epidemiológico foram especialmente úteis para descrever o comportamento da obesidade entre as regiões brasileiras e discriminar seu impacto nos grupos populacionais. Por intermédio desses trabalhos foi possível constatar a magnitude do agravo no país. Neste sentido, verificamos que a obesidade é prevalente em todas as regiões brasileiras com maior frequência nas áreas de melhor desenvolvimento socioeconômico, especialmente o sudeste do país. Essas regiões tendem a apresentar os índices mais elevados para o problema do excesso de peso. A obesidade é ainda um fenômeno mais presente no contexto urbano. No entanto, existem diferenças regionais importantes neste perfil. É possível constatar percentuais mais acentuados do excesso de peso em áreas rurais. Exemplo deste comportamento é verificado na região centro-oeste onde os valores para a obesidade no grupo feminino são mais elevados na zona rural quando comparada com a urbana.

No que se refere à prevalência da obesidade entre os grupos sociais a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN) diagnosticou na década de noventa índices significativos para o excesso de peso entre os diferentes grupos populacionais incluindo adolescentes e idosos. No entanto, a população adulta apresenta-se como o subgrupo mais vulnerável ao agravo totalizando 32% dos indivíduos com excesso de peso no Brasil. Em números absolutos são 6,8 milhões de adultos obesos. Observa-se, no entanto um comportamento pouco uniforme da obesidade no grupo. Neste sentido, diferenciais importantes são notados entre os sexos. A população feminina é a mais impactada pela enfermidade. Do total de adultos obesos no Brasil 70% são mulheres. Perfis distintos para obesidade também são observados entre os diferentes estratos econômicos. Assim, nos homens a obesidade tende a elevar-se de acordo com a renda,

enquanto que nas mulheres esse comportamento é inverso. Particularmente a obesidade tem sido mais expressiva no grupo feminino de baixa renda. E sobre este aspecto, podemos dizer que atualmente a obesidade na população pobre feminina é o agravo nutricional mais importante do país.

O perfil heterogêneo assumido pela obesidade no Brasil retrata a enorme diversidade física, socioeconômica e cultural encontrada no país. Revela a realidade extremamente complexa de nossas regiões e grupos populacionais. Neste sentido, desigualdades no acesso a bens essenciais são observadas e tendem a produzir segmentação e pobreza. O agravamento da desigualdade social observado no país nos últimos anos apresenta-se como desafio para a equidade social. Diante disso, a frequência da obesidade entre as mulheres pobres da região sudeste do país expressa os novos contornos da pobreza urbana e da exclusão social no Brasil. O fenômeno da “*metropolização da pobreza*” observado nos últimos anos promoveu a concentração de pobres rurais no contexto das metrópoles urbanas, especialmente às do sudeste. E no Rio de Janeiro, em particular, esta dinâmica se mostrou mais sensível.

Essa nova conformação demográfica e social acabou por produzir intensas desigualdades no acesso a bens e serviços em determinados grupos sociais com notável impacto na população feminina. Neste aspecto, as mulheres têm sofrido transformações importantes no contexto do trabalho, da vida social e familiar. O que tem acarretado na pauperização das condições de vida do grupo. Atualmente as mulheres estão mais sujeitas a vulnerabilidade social no país. Normalmente estão inseridas em postos de trabalho de menor prestígio e remuneração, submetidas a longas jornadas de trabalho, muitas vezes, sem vínculos trabalhistas e, são ainda, as mais atingidas pelo infortúnio do desemprego. Verifica-se também que as mulheres vêm ao longo das últimas décadas assumindo a chefia dos lares e o cuidado com os filhos, o que torna esses domicílios mais vulneráveis a pobreza (Rocha, 1994).

A compreensão da atual conformação da pobreza urbana no sudeste permitiu um melhor entendimento acerca da dinâmica da obesidade entre as mulheres pobres do país. Nesta direção, utilizamos nesta investigação recursos analíticos provenientes do campo das ciências econômicas e sociais, que em geral procuram articular os agravos de saúde às condições de vida dos sujeitos. E ainda às dimensões do corpo e do trabalho, os quais

possibilitaram uma melhor compreensão acerca deste fenômeno aparentemente paradoxal.

Nesta direção, entendendo a obesidade enquanto uma enfermidade não apenas física, mas social, derivada das interações vividas no cotidiano dos sujeitos, constatamos que o fenômeno da obesidade na pobreza nada tem de contraditório. Na realidade, a obesidade está articulada a dinâmica social e adquire contornos próprios em cada segmento.

A seleção de um grupo de mulheres obesas usuárias de um serviço básico de saúde, localizado na região metropolitana do Município do Rio de Janeiro, o CMS da Gávea, e moradoras da Favela da Rocinha submetidas à condição de vulnerabilidade social foi extremamente útil para reconhecer a complexidade e os diferenciais do perfil de obesidade no país. Dessa forma, partindo da metodologia qualitativa através da realização de entrevistas foram obtidas informações importantes sobre o padrão de alimentação, de atividade física, o perfil de trabalho, as condições de moradia, renda, lazer entre outras situações. A pluralidade de circunstâncias vividas pelas mulheres da Rocinha revelou a combinação de elementos materiais, culturais e simbólicos operando na frequência da obesidade no grupo.

Nesta perspectiva, podemos dizer que o cotidiano de vida das mulheres da Rocinha tende a moldar os hábitos de alimentação e de atividade física, expresso num perfil de corpo obeso. Limitações de ordem material implicam na seleção de itens densos, altamente calóricos como meios de combate a fome no grupo.

O corpo obeso retrata ainda a identidade cultural das mulheres, pois através dele preservam aspectos da tradição nordestina. Neste sentido, os gêneros calóricos valorizados pelo grupo fogem do modelo de dieta “*ocidental*”, “*fast-food*” e convergem para alimentos tradicionais do roçado de subsistência.

A obesidade revela também mediações simbólicas importantes. Nesta dimensão, o corpo obeso é o elemento de conforto que ameniza as adversidades vividas no cotidiano em meio a pobreza. Assim, angústias e tensões são aplacadas e delimitam um perfil de excesso de peso.

A obesidade apresenta, portanto, múltiplos determinantes. Ela não é resultado apenas de estratégias de consumo alimentar impostas pela desigualdade no acesso a nutrição suficiente. Mas também é modelada por concepções simbólicas próprias deste grupo social. O corpo obeso é, dessa forma cúmplice da história de vida das mulheres da Rocinha. É através dele que o grupo preserva sua identidade, mantém costumes e crenças culturais e encontra refúgio para os inúmeros dilemas impostos pela vida em meio à pobreza e à escassez.

Esses resultados tangem para a apreensão da obesidade enquanto uma face da pobreza urbana no Brasil. Neste sentido, torna-se importante sinalizar a necessidade de se reconhecer os novos contornos da pobreza urbana assim como o mosaico de situações cotidianas vivenciadas pelos grupos socialmente vulneráveis no país para o melhor enfrentamento da problemática da obesidade.

As diversas situações vivenciadas pelas mulheres da Rocinha com a constatação das limitações no acesso aos equipamentos de infra-estrutura e lazer no espaço da favela; as desigualdades no acesso a alimentação saudável com a impossibilidade de uma escolha mais ampliada dos alimentos e, ainda as características culturais e simbólicas do grupo foram fundamentais para compreender um pouco mais a dinâmica da obesidade na pobreza.

Dentro desta perspectiva o conhecimento acerca da realidade vivida pelos grupos populacionais no Brasil mostra-se especialmente importante para traçar estratégias em saúde pública. Reconhecendo que os componentes da vida social dos indivíduos contribuem para a qualidade de vida e bem estar, o levantamento de informações sobre o estilo de vida e o cotidiano desses grupos, possibilita o melhor enfrentamento dos agravos de saúde particularmente da obesidade (Buss, 2000). Neste sentido, as ações de promoção à saúde, a perspectiva de territorialização das intervenções públicas e a articulação de ações educativas, de lazer, de geração de renda e de inserção social, podem ter maior impacto no equacionamento da obesidade em mulheres pobres.

Por fim, esta investigação aponta um resgate a abordagem multidimensional para o estudo dos agravos nutricionais no país. Os exames que propõem a articulação das dimensões do corpo, do trabalho, da cultura, da condição de classe e saúde devem ser incorporados às temáticas atuais. Nesta direção, a compreensão do fenômeno da

obesidade na pobreza impõe superar quadros conceituais restritos e a construção de novas agendas de investigação. Dessa forma, esperamos que este trabalho possa contribuir em algum grau para novos debates e desdobramentos sobre o tema da obesidade no país.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ABESO (Associação Brasileira de Estudos da Obesidade), 2001. *Documento do Consenso Latino-americano em Obesidade*.
2. ADES, L. & KERBAUY, R.R., 2002. Obesidade: realidades e indagações. *Psicologia USP*, 12 (1):197-216.
3. AGUIRRÉ, P., 2000. Aspectos socioantropológicos de la obesidad en la pobreza. In: *La Obesidad en La Pobreza- un Nuevo Reto para La Salud Publica*. Publicación Científica nº 576, pp.13-25. Washington, DC: OPAS.
4. ANJOS, L.A. dos., 1992. Índice de massa corporal (massa corporal . estatura<sup>2</sup>) como indicador do estado nutricional de adultos: revisão da literatura. *Revista Saúde Pública*, 26 (6): 431- 436.
5. ASSIS, A.M.O.; FREITAS, M.C.S.; OLIVEIRA, T.C.; PRADO, M.S.; SAMPAIO, L.R.; MACHADO, A.D.; QUEIROZ, D.A., 1999. Bró, caxixe e ouricuri – estratégias de sobrevivência no semi-árido baiano. *Revista de Nutrição PUCCAMP*, 12 (2): 159-166, maio/ago.
6. BARRETO, M.L.; CARMO, E.H.; NORONHA, C.V.; NEVES, R.B.B.; ALVES, P.C., 1993. Mudanças nos padrões de morbimortalidade: uma revisão crítica das abordagens epidemiológicas. *PHYSIS: Revista Saúde Coletiva*, 3 (1):126-46.
7. BARRETO, M.L. & CARMO, E.H., 1995. Mudanças em padrões de morbimortalidade: conceitos e métodos. In: *Velhos e Novos Males de Saúde no Brasil – a Evolução do País e de suas Doenças* (C.A. Monteiro), pp. 17-30, São Paulo: Editora Hucitec. NUPENS/USP.
8. BAUDRILLARD, J., 1995. *A Sociedade de Consumo*. Tradução de Artur Mourão. Elfos Editora; Lisboa: Edições 70, Rio de Janeiro.
9. BERGER, P.L. & LUCKMANN, T., 1973. *A Construção Social da Realidade - tratado de sociologia do conhecimento*. Petrópolis: Editora Vozes.
10. BITTENCOURT, S.A. & MAGALHAES, R., 1999. Fome: um drama silencioso. In: *Os Muitos Brasis – Saúde e População na Década de 80*. 2ª edição. (M.C. de S. Minayo, org.), pp. 269-290, Hucitec/Abrasco. BOLTANSKI, L., 1979. *As classes sociais e o corpo*. Rio de Janeiro: Edições Graal.
11. BOURDIEU, P., 1984. *La Distinction: a social critique of the judgement or taste*. Harvard University Press, Cambridge, USA.



12. BROWN, P.J. & KONNER, M., 1999. An anthropological perspective on obesity. In: *Nutritional Anthropology – Biocultural Perspectives on Food and Nutrition* (A.H. Goodman, D.L. Dufour, G.H. Pelto), pp. 347-358, California. Mayfield Publishing Company Mountain View.
13. BUSS, P.M., 2000. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 5 nº1: 163-177. Abrasco.
14. CAMPOS, M.T.F.S.; MONTEIRO, J.B.R. & ORNELAS, A.P.R.C., 2000. Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso. *Revista de Nutrição PUCCAMP*, 12 (3): 157-165, set/dez.
15. CAMPOS, M.S., 1982. *Poder, Saúde e Gosto: Um Estudo Antropológico acerca dos Cuidados Possíveis com a Alimentação e o Corpo*. São Paulo: Cortez.
16. CANDIDO, A., 2002. *Os Parceiros do Rio Bonito: Estudo sobre o Caipira Paulista e a Transformação dos Meios de Vida*. 9ª edição. São Paulo: Editora 34.
17. CANESQUI, A.M., 1976. *Comida de Pobre, Comida de rico: Um Estudo sobre Alimentação num Bairro Popular*. Tese de Doutorado, Campinas: Departamento de Medicina Preventiva e Social. Universidade Estadual de Campinas.
18. CANESQUI, A.M., 1988. Antropologia e alimentação. *Revista Saúde Pública*, 22: 207-216.
19. CASCUDO, L.C., 1983. *História da Alimentação no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Nacional.
20. CASSIDY, C.M., 1991. The good body: when big is better. *Medical Anthropology- Cross-Cultural Studies in Health and Illness* v.13 nº 3: 181-214.
21. CASTEL, R., 1998. *As Metamorfoses da Questão Social: Uma Crônica do Salário*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Editora Vozes.
22. CASTRO, J., 2001. *Geografia da Fome: o Dilema Brasileiro – Pão ou Açúcar*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
23. CEZAR BASTOS, P., 2002. *Evolução da População de Favelas na Cidade do Rio de Janeiro - uma Reflexão sobre os Dados mais Recentes*. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Urbanismo. Instituto Pereira Passos. Diretoria de Informações Geográficas. Coleção de Estudos da Cidade.
24. COITINHO, D.O.; LEÃO, M.M.; RECINE, E.; SICHIERI, R., 1991. *Condições Nutricionais da População Brasileira: Adultos e idosos*. Brasília: INAN.

25. CONTRERAS, J., 1995. *Alimentación y Cultura: Necesidades, Gustos y Costumbres*. Barcelona: Estudi General. Ciències Humanes i Socials. Universitat de Barcelona.
26. CMS VI RA (Centro Municipal de Saúde Pindaro de Carvalho Rodríguez), 2001. *Dados Históricos*.
27. CROUCH, M. & O'NEILL, G., 2000. Sustaining Identities? Prolegomena for inquiry into contemporary foodways. *Social Science Information*, 39 (1): 181-192.
28. DEMO, P., 1985. *Metodologia Científica em Ciências Sociais*. São Paulo: ATLAS.
29. DEMO, P., 1987. *Introdução a Metodologia da Ciência*. 2ª edição. São Paulo: ATLAS.
30. DIDERICHSEN, F.; EVANS, T.; WHITEHEAD, M., 2002. Bases sociales de las disparidades en salud. In: *Desafío a La Falta de Equidad en La Salud – de La Ética a La Acción* (T. Evans, org.), Fundação Rockefeller. OPAS.
31. DOUGLAS, M., 1971. Deciphering a meal. In: *Myth, Symbol and Culture* (C. Geertz), pp.61-81, New York: W.W. Norton & Company. INC.
32. DOUGLAS, M., 1976. *Pureza e Perigo*. São Paulo: Perspectiva.
33. DOUGLAS, M., 1995 Las estructuras de lo culinario. In: *Alimentación y Cultura: Necesidades, Gustos y Costumbres* (J. Contreras), pp. 175-197, Barcelona: Ciències Humanes i Socials. Universitat de Barcelona.
34. DUCHIADE, M.P., 1999. População brasileira: um retrato em movimento. In: *Os Muitos Brasís – saúde e população na década de 80*. (M.C. de S. Minayo, org.): 14-56, Rio de Janeiro/São Paulo:Hucitec/Abrasco.
35. ESCODA, M. do S. Q., 2002. Para a crítica da transição nutricional. *Caderno de Ciência e Saúde Coletiva*, 7 (2):219-226.
36. FAUSTO NETO, A.M.Q., 1982. *Família Operária e Reprodução da Força de Trabalho*. Petrópolis: Editora Vozes.
37. FERREIRA, J., 1994. O corpo sígnico. In: *Saúde e Doença um Olhar Antropológico* (M.C de S., Minayo & P.C., Alves), pp.101-112, Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
38. FERREIRA, J., 1998. Cuidados do Corpo em Vila de Classe Popular. In: *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. (Org. F.D., Duarte & OF., LEAL), pp. 49-56, Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

39. FISCHLER, C., 1988. Food, self and identity. *Social Sciences Information*, 27 (2): 92-275.
40. FISCHLER, C., 1989. Obeso benigno, obeso maligno. In: *Políticas do Corpo: elementos para uma história das práticas corporais* (D. B. de, Sant'Anna, org.), pp. 69-80, São Paulo. Estação Liberdade.
41. FISCHLER, C., 1995. Gastro-nomia e gastroanomia: sabedoria do corpo e crise biocultural da alimentação contemporânea. In: *Alimentación y Cultura: Necesidades, Gustos y Costumbres* (J.,Contreras), pp. 357-380, Ciencies Humanes i Socials. Barcelona: Universitat de Barcelona.
42. FLORINDO, A.A., 1988. Educação e promoção em saúde. *Revista Brasileira Atividade Física e Saúde*, 3 (1): 84-89.
43. FONSECA V.M.; SICHIERI R.; VEIGA, G.V., 1998. Fatores associados a obesidade em adolescentes. *Revista de Saúde Pública* 32 (6):541-9.
44. FOUCAULT, M., 1997. *Vigiar e Punir: nascimento da prisão*. Tradução de Raquel Ramalhe. Petrópolis, Vozes.
45. FRANK, A.A., 1996. *Estudo Antropométrico e Dietético de Idosos*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Nutrição, Universidade Federal do Rio de Janeiro.
46. FREIRE, G., 1997. *Açúcar: Uma Sociologia do Doce, com Receitas de Bolos e Doces do Nordeste do Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras.
47. FREITAS, M. do C. S. de, 1997. Educação nutricional: aspectos sócio-culturais. *Revista de Nutrição PUCCAMP* 10 (1): 45-49, jan/jun.
48. FREITAS, M. do C. S. de, 2002. Uma abordagem fenomenológica da fome. *Revista PUCCAMP* 15 (1), jan/fev: 53-69.
49. GARCIA, R.W.D., 1997. Práticas e comportamento alimentar no meio urbano: um estudo no centro da cidade de São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública* 13 (3): 455-467, jul/set.
50. GIGANTE, D.P.; BARROS, F.C.; POST, C.L.A; OLINTO, M.T.A., 1997. Prevalência de obesidade em adultos e seus fatores de risco. *Revista de Saúde Pública*, 31 (3): 236-246.
51. IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), 2000. *Censo Demográfico*. Disponível em [http:// www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br) acessado em 20/04/2003.
52. IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), 2002. *Pesquisa Mensal de Emprego*. Disponível em <http://www.ibge.gov.br> acessado em 20/04/2003.

53. IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), 1998. *Pesquisa Industrial Mensal*. Disponível em <http://www.ibge.gov.br> acessado em 20/04/2003.
54. IPLAN-RJ (Instituto de Planejamento do Rio de Janeiro), 1996. *Anuário Estático da Cidade do Rio de Janeiro*. Empresa Municipal de Informática e Planejamento S/A.
55. ISER (Instituto Superior de Estudos da Religião), 2002. Consumo sob as favelas. *O Globo*, Rio de Janeiro, 2 set. Caderno Rio, p.10-11.
56. KAC, G.; VELASQUEZ-MELENDZ, G. & VALENTE, J.G., 2003. Menarca, gravidez precoce e obesidade em mulheres brasileiras selecionadas em um Centro de Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 19 (Sup.1): S111-S118.
57. KRAUSE. M.V.; MAHAN, L.K. & ARLIN, M.T., 1994. *Alimentos, Nutrição e Dietoterapia*. São Paulo: Editora Roca. 8ª edição.
58. LAVINAS, L., 1998. *Acessibilidade Alimentar e Estabilização Econômica no Brasil nos Anos 90*. Texto para Discussão nº 591. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.
59. LAVINAS, L.; AMARAL, M.R. do; BARROS, F., 2000. *Evolução do Desemprego Feminino nas Áreas Metropolitanas*. Texto para Discussão nº 756. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.
60. LAVINAS, L., 2001. *Empregabilidade no Brasil: Inflexões de Gênero e Diferenciais Femininos*. Texto para Discussão nº 826. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.
61. LÉVIS-STRAUSS, C., 1974. Introdução à obra de Marcel Mauss. In: *Sociologia e Antropologia* (M., Mauss), pp. 1-36, Revista Sociológica e Universitária LTDA. São Paulo: Universidade.
62. LÉVIS-STRAUSS, C., 1989. *O Pensamento Selvagem*. São Paulo: Editora Nacional. Biblioteca Universitária. Ciências Sociais.
63. LIFSCHITZ, J., 1997. Alimentação e cultura: em torno ao natural. *PHYSIS: Revista Saúde Coletiva*, 7 (2): 69-83.
64. LIMA, J.M. de, 1998. *Pesquisa Socioeconômica das Comunidades de Baixa Renda no Município do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada. Serie Seminários nº20/98.
65. LINS, A.P.M., 1999. Fatores associados ao sobrepeso em mulheres de 20 a 59 anos no Município do Rio de Janeiro. Dissertação de Mestrado apresentada a

Pós-graduação em Saúde da Criança e da Mulher do Instituto Fernandez Figueiras/IFF/FIOCRUZ. Rio de Janeiro.

66. LOLIO, C. A. & LATORRE, M. do R.D. de O., 1991. Prevalência de obesidade em localidades do estado de São Paulo, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Pública* 25 (1): 33-36.

67. MAGALHÃES, R., 1997. *Fome: uma (Re) Leitura de Josué de Castro*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

68. MARIN, M.C.M., 1977. Emprego e serviço: estratégia de trabalho e consumo entre operários de Campina Grande - Paraíba. In: *Relatório do Grupo de Pesquisa do Museu Nacional. Projeto Hábitos Alimentares em camadas de baixa renda*. (O., Velho), pp. 243-279, Museu Nacional do Rio de Janeiro. Universidade Federal do Rio de Janeiro.

69. MAUSS, M., 1974. *Sociologia e Antropologia*. São Paulo: EPU.

70. MAUÉS, M.A.M. & MAUÉS, R.H., 1980. *O Folclore da Alimentação: Tabus Alimentares na Amazônia (Um Estudo de Caso numa População de Pescadores do Litoral Paraense)*. Belém: editora.

71. MEDEIROS, M. & OSÓRIO, R., 2002. *Mudanças nas Famílias Brasileiras: a Composição dos Arranjos Domiciliares entre 1978 e 1998*. Texto par Discussão nº 886. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada.

72. MINAYO, M.C. de S. & NETO, O.C., 1985. Introdução: Raízes da fome. In: *Raízes da Fome* (M.C. de S. Minayo, org.). Petrópolis: Editora Vozes.

73. MINAYO, M.C. de S., 1998. *Pesquisa Social. Teoria, Método e Criatividade*. . 9ª edição. Petrópolis: Editora Vozes.

74. MINAYO, M. C. de S., 2001. O corpo como síntese de muitas histórias. In: *Desnutrição e Obesidade - Faces Contraditórias na Miséria e na Abundância*. (S.R., Tonial): prefácio, Recife: Instituto Materno Infantil de Pernambuco. IMIP.

75. MS (Ministério da Saúde), 2002. Programas de Alimentação e Nutrição. Área Técnica de Alimentação e Nutrição. Disponível em <http://www.saúde.gov.br> em 05/11/2002.

76. MS (Ministério da Saúde), 2000. Programa Agita Brasil. Coordenação de Promoção a Saúde. Disponível em <http://www.saúde.gov.br> em 05/11/2002.

77. MS (Ministério da Saúde), 1975. *Estudo Nacional de Despesa Familiar*. ENDEF. Brasília: INAN/IBGE.

78. MS (Ministério da Saúde), 1989. *Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição*. PNSN. Brasília: INAN/MS

79. MONTEIRO, C.A. & MONDINI, L., 1995. Mudanças no padrão de alimentação. In: *Velhos e Novos Males de Saúde no Brasil – a Evolução do País e de suas Doenças* (C.A. Monteiro, org.), pp.79-89, São Paulo: Editora Hucitec/NUPES/USP.
80. MONTEIRO, C.A.; MONDINI, L.; SOUZA, A.L.M. de; POPKIN, B.M., 1995. Da desnutrição para a obesidade – a transição nutricional no Brasil. In: *Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil: a Evolução do País e suas Doenças* (C.A., Monteiro, org.), pp. 247-255, São Paulo: Editora Hucitec/NUPES/USP.
81. MONTEIRO, C.A. & MONDINI, L., 1998. Relevância epidemiológica da desnutrição e da obesidade em distintas classes sociais: métodos de estudo e aplicação à população brasileira. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 1 (1): 28-39.
82. MONTEIRO, C. A., 1999. Evolução do perfil nutricional da população brasileira. *Revista Saúde em Foco*, ano VIII, nº 18, 4-8: julho.
83. MONTEIRO, C. A. & CONDE, W.L., 1999. A tendência secular da obesidade segundo estratos sociais: nordeste e sudeste do Brasil, 1975-1989-1997. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia* 43 (3): junho.
84. MURARO, R.M., 1983. *Sexualidade da Mulher Brasileira – Corpo e Classe Social*. Petrópolis: Editora Vozes.
85. MUSGROVE, P., 1987. Os Fatores Econômicos no Comportamento Nutricional dos Consumidores. Caderno do Núcleo de Estudos em Saúde Pública/NESP. Economia e Nutrição – contribuições para um debate. Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares. Núcleo de Estudos de Saúde Pública. Programa de Estudos da Fome/INAN. Universidade de Brasília. Ano 1, nº1; 09-27.
86. Núcleo de Estudos de Políticas Públicas/NEPP., 1992. Família e Pobreza. Relatório Final. Convenio FECAMP-IPEA. Universidade Estadual de Campinas. UNICAMP. São Paulo.
87. NUNES, G., 1976. *Rio, Metrópole de 300 Favelas*. Petrópolis: Editora Vozes.
88. OLIVEIRA, C.L., 1999. *Relação de Indicadores de Adiposidade com Fatores de Risco para Doenças Cardiovasculares em Adolescentes com Sobrepeso*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Nutrição, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

89. OLIVEIRA, L., 1997. Os excluídos existem? Notas sobre a elaboração de um novo conceito. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 12 ( 33): 49-60.
90. OLIVEIRA, S.P. de & THÉBAUD-MONY, M. 1998. Hábitos e práticas alimentares em três localidades da cidade de São Paulo (Brasil). *Revista de Nutrição PUPCAMP*, 11 (1), 37-50: jan/jun.
91. OMRAN, A. R., 1971. The Epidemiologic Transition: a Theory of the Epidemiologic of Population Change. *Milbank Memorial Fund Quarterly*.
92. OMS (Organização Mundial de Saúde) & ASSESSORES DO PROGRAMA AGITA SÃO PAULO., 1998. Manifesto de São Paulo para a promoção da atividade física (versão preliminar). *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, 3 ( 3):76-77p.
93. OPAS (Organizacion Panamericana de La Salud), 1986. *Las Condiciones de Salud en Las Américas*. Publicação Científica 500. Washington: OPAS.
94. OPAS (Organizacion Panamericana de La Salud), 1998. *A Saúde no Brasil*. Escritório de Representação no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde.
95. ORBACH, S., 2003. *Sobre a comida – reaprenda a comer e mude sua vida*. Editora Record.
96. PAUGAM, S., 1999. Abordagem sociológica da exclusão. In: *Por uma Sociologia da Exclusão Social: o Debate com Serge Paugam* (M.P.B., Veras; A., Sposati; L., Kowarick,): 49-62p. Editora Educ.
97. PENA, M. & BACALLAO, J., 2000. La obesidade en la pobreza: un problema emergente en las Américas. In: *La Obesidad en la Pobreza- un Nuevo Reto para La Salud Publica*. Publicación Científica nº 576, pp.3-11. Washington, DC: OPAS.
98. PEREIRA, M.H.N., 1990. Mudança na adiposidade de mulheres adultas apos um programa de exercícios enriquecido da técnica de modificações do comportamento. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento* 4 (4): 18-27.
99. PEREIRA, R.A., 1998. Avaliação antropométrica do estado nutricional. In: *Epidemiologia da Obesidade* (SICHERI, R.): 43-64, Rio de Janeiro, UERJ.
100. PHILIP, T.J.; LEACH, R.; KALAMARA, E.; SAYEGHI, M., 2001. The Worldwide Obesity Epidemic. *Obesity Revisit* 9: 228-233.
101. PNUD (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento), 1996. *Relatório Brasileiro de Desenvolvimento Humano*.
102. POCHMANN, M., 1999. *O Trabalho sob o Fogo Cruzado: Exclusão, Desemprego e Precarização no Final do Século*. São Paulo: Editora Contexto.

103. POPKHIS, B.M., 1993. Nutritional patterns and transitions. Population and Development. *Nutrition Review*, 19 n°1:138-157.
104. POPKHIS, B.M., 1994. The nutrition transition in low-income countries: an emerging crisis. *Nutrition Review*, 52, september: 258-298.
105. POPKHIS, B.M., 1998. The obesity epidemic is a worldwide phenomenon. *Nutrition Reviews*, 56, n° 4, april:106-114.
106. POSSAS, C., 1989. *Epidemiologia e Sociedade: Heterogeneidade Estrutural e Saúde no Brasil*. São Paulo: Hucitec.
107. PRETECEILLE, E. & VALLADARES L., 1999. A desigualdade entre os pobres – favela, favelas. In: *Desigualdade e Pobreza no Brasil* (R. Henriques, org.), pp. 459-485. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.
108. ROCHA, S. & TOLOSA, H., 1993. Metropolização da pobreza: uma análise núcleo-periferia. In: *Perspectivas da Economia Brasileira*. (IPEA), pp.527-539.
109. ROCHA, S., 1988. *Estabelecimento e Comparação de Linhas de Pobreza para o Brasil*. Texto para Discussão n° 153. Rio de Janeiro: Instituto de Planejamento Econômico e Social/Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada.
110. ROCHA, S., 1994. Caracterização da pobreza no Brasil. In: *O Brasil no Fim do Século: Desafios e Propostas para Ação Governamental* (IPEA), pp. 37-43, Rio de Janeiro. IPEA.
111. ROCHA, S., 1995. Governabilidade e pobreza: o desafio dos números. In: *Governabilidade e Pobreza no Brasil* (L. Valladares & M.P. Coelho, org.), pp. 221-265. Civilização Brasileira.
112. ROCHA, S., 2000. *Opções Metodológicas para a Estimação de Linhas de Indigência e de Pobreza no Brasil*. Texto para Discussão n° 720. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada.
113. ROTENBERG, S., 1999. *Práticas Alimentares e o Cuidado da Saúde da Criança de Baixo-Peso*. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz.
114. ROSS, C.E. & MIROWSKY, J., 1983. Social epidemiology of overweight: a substantive and methodological investigation. *Journal of Health and Social Behavior* v.24, 288-298: september.
115. ROWNTREE, S., 1901. *Poverty: a Study of Town Life*. Londres: Macmillan.
116. SALAMA, P., 1998. Não é possível eliminar a pobreza. *Jornal do Brasil*, Rio de Janeiro, 22 set., Caderno Idéias, p.3-4.



117. SALAMA, P. & DESTREMAU, B., 1999. *O Tamanho da Pobreza: Economia Política da Distribuição de Renda*. Garamond Universitária.
118. SAHLINS, M., 1976. *Cultura e Razão Prática*. Zahar Editores.
119. SAWAYA, A.L. & ROBERTS, S., 2003. Stunting and future risk of obesity: principal physiological mechanisms. *Caderno de Saúde Pública*, 19 (Sup.1): S21-S28.
120. SCHLOSSER, E., 2001. *País Fast-Food: o Lado Nocivo da Comida Norte-Americana*. São Paulo: Ática.
121. SCHROEDER, D.G. & MARTORELL, R., 2003. Deficiencia del crecimiento fetal e infantil, y obesidad y enfermedad crónica en la edad adulta: importancia para America Latina. In: *La Obesidad en la Pobreza- un Nuevo Reto para La Salud Publica*. Publicación Científica nº 576, pp.111-124. Washington, DC: OPAS.
122. SEGALA, L., 1991. *O Riscado do Balão Japonês: Trabalho Comunitário na Rocinha (1977-1982)*. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social do Museu Nacional da Universidade Federal do Rio de Janeiro.
123. SEN, A.K., 1992. *Poverty and Famines: na Essay on Entitlement and Deprivation*. Oxford: Clarendon.
124. SEN, A.K., 2001. *Desigualdade Reexaminada*. Rio de Janeiro: Record.
125. SICHIERI, R.; COITINHO, D.C.; PEREIRA, R.A.; MARINS, V.M.R.de; MOURA, A. S., 1997. Variações temporais do estado nutricional e do consumo alimentar no Brasil. *PHYSIS: Revista Saúde Coletiva*, 7 (2): 31-50.
126. SICHIERI, R., 1998. *Epidemiologia da Obesidade*. Rio de Janeiro: EDUERJ.
127. SICHIERI, R., 1999. Consumo alimentar no Município do Rio de Janeiro. *Revista Saúde em Foco* ano VIII nº 18: 40-42, julho.
128. SICHIERI, R.; GOMES, V.B.; SIQUEIRA, K.S., 2001. Atividade física em uma amostra probabilística da população do Município do Rio de Janeiro. *Caderno de Saúde Pública*, 17 (4): 969-976, jul/ago.
129. SIGAB/DATASUS, 1998. *Relatório de Distribuição de Tipos de Consultas Totais para o ano de 1998*. CMS Pindaro de Carvalho Rodrigues. Prefeitura do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde.
130. SIGAB/DATASUS, 2001. *Relatório de Distribuição de Tipos de Consultas Individuais por Especialidade para o período 01/01/01 a 31/12/01*. CMS Pindaro

de Carvalho Rodrigues. Prefeitura do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde.

131. SILVA, D.O. da, 1997. *O Fiel da Balança na História do Corpo Obeso em Mulheres de Baixa Renda*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz.

132. SOBAL, J., 1991. Obesity and socioeconomic status – a framework for examining relationship between physical and social variables. *Medical Anthropology*, 13 nº3: 231-247.

133. SOUTO DE OLIVEIRA, J., 1977. Hábitos e padrões alimentares de um grupo operário do Rio de Janeiro. In: *Relatório do Grupo de Pesquisa do Museu Nacional: Projeto Hábitos Alimentares em Camadas de Baixa Renda* (O. Velho), pp.277-331, Museu Nacional do Rio de Janeiro. Universidade Federal do Rio de Janeiro.

134. STUNKARD, A. J., 2000. Fatores determinantes de la obesidade: opinion actual. In: *La Obesidad en la Pobreza- un Nuevo Reto para La Salud Publica*. (Pena, M. & Bacallo, J.). Publicación Científica nº 576, pp.27-32. Washington, DC: OPAS.

135. TONIAL, S.R., 2001a. *Desnutrição e Obesidade: Faces da Desigualdade Social no Acesso aos Alimentos e nas Representações do Corpo*. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Publica. Fundação Oswaldo Cruz.

136. TONIAL, S.R., 2001b. *Desnutrição e Obesidade - Faces Contraditórias na Miséria e na Abundância*. Recife: Instituto Materno Infantil de Pernambuco.

137. TORÚN, B., 2000. Patrones de actividade física en América Central. In: *La Obesidad en La Pobreza- un Nuevo Reto para La Salud Publica*. (Pena, M. & Bacallo, J.) Publicación Científica n 576, pp33-43. Washington, DC: OPAS.

138. TOWNSEND, P., 1993. *The International Analysis of Poverty*. Harvester Wheatsheaf.

139. TRIVIÑOS, A.N.S., 1987. *Introdução a Pesquisa em Ciências Sociais: a Pesquisa Qualitativa em Educação*. São Paulo: Atlas.

140. UACPS Albert Sabin (Unidade de Cuidados Primários de Saúde Drº Albert Sabin), 2001. *Estudo Gerencial da UACPS Dr Albert Sabin*. Prefeitura do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde.

141. UNIÃO PRÓ-MELHORAMENTOS DOS MORADORES DA ROCINHA, 1983. *Varal de Lembranças - Histórias e Causos da Rocinha*. Rio de Janeiro: Tempo e Presença.
142. UNICEF, 1985. *Rocinhas, Mães e Vidas - depoimentos*. Programa Regional Mulher no Desenvolvimento. Rio de Janeiro: Editorial Alhambra.
143. VALLADARES, L. do P., 1991. Cem anos pensando a pobreza (urbana) no Brasil. In: *Corporativismo e Desigualdade: a Construção do Espaço Público no Brasil*. (Renato R., Boschi, org.), pp. 81-112, Rio de Janeiro: Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro/Fund Editora.
144. VALLADARES, L. do P., 1999. Que favelas são essas? *Revista Insight Inteligência*, 63-68: ago/out.
145. VASCONCELOS, Â. M., 1995. *Práxis Profissional: uma Experiência de Vida na Rocinha*. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Departamento de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.
146. VASCONCELOS, F. A G., 1999. *Como Nasceram os Meus Anjos Brancos: a Constituição do Campo da Nutrição em Saúde Pública em Pernambuco*. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
147. VELHO. O.G., 1977. *Relatório do Grupo de Pesquisa do Museu Nacional - Projeto Hábitos Alimentares em Camadas de Baixa Renda*. Rio de Janeiro: Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro.
148. VERAS, M.P.B., 1999. Notas ainda preliminares sobre a exclusão social, um problema brasileiro de 500 anos. In: *Por uma Sociologia da Exclusão Social: o debate com Serge Paugam*. (M.P.B., Veras; A., Sposati; K, L. Kowarick), pp.13-47. São Paulo: Educ.
149. ZALUAR, A., 1985. *A Máquina e a Revolta: as Organizações Populares e o Significado da Pobreza*. 2ª edição. São Paulo: Brasiliense.
150. ZALUAR, A., 1997. Exclusão e políticas públicas: dilemas teóricos e alternativas políticas. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 12 nº35, 29-47: outubro.
151. ZARVOS, N. & DITADI, C.A.S., 2000. *Multissabores: a Formação da Gastronomia Brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Senac Nacional.
152. WAHRLICH, V. & ANJOS, L.A. dos, 2001. Aspectos históricos e metodológicos da medição e estimativa da taxa metabólica basal: uma revisão da literatura. *Caderno de Saúde Pública*, 17 (4), 801-807: jul/ago.

153. WAGNER, H. R., 1979. *Fenomenologia e Relações Sociais. Textos Escolhidos de Alfred Schutz*. Rio de Janeiro: ZAHAR Editores.
154. WHO (World Health Organization), 1997. *Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic*. Report of WHO Consultation on Obesity. Geneve: World Health Organization.
155. WOLF, N., 1992. *O Mito da Beleza – como as Imagens de Beleza são Usadas Contra as Mulheres*. Rio de Janeiro: Editora Rocco.
156. WOORTMANN, K., 1982. *Casa e Família Operária*. Anuário Antropológico/80. Edições Universidade Federal do Ceará. Tempo Brasileiro.
157. WOORTMANN, K. A., 1986. Comida, a família e a construção do gênero feminino. *Revista de Ciências Sociais*, 29 n° 1: 103-129.
158. WOORTMANN, K., 1987. *A Família das Mulheres*. Rio de Janeiro/ Brasília/ Tempo Brasileiro/Coleção Biblioteca/Tempo Universitário.

## **ANEXO 1: Roteiro de Entrevista**

### ROTEIRO DE ENTREVISTA

Nome:

Naturalidade:

Bairro de Moradia:

Peso:

Altura:

IMC:

Idade:

Cor:

Escolaridade:

#### I. Rotina alimentar:

1. Aquisição dos Alimentos: O que você costuma comprar em casa para comer? Quem escolhe o que comprar e por quê? O que leva em consideração na hora da compra (marca, caro, barato, necessário)? Onde costuma comprar? Por quê? Como paga as compras? Costuma fazer as compras todo dia, toda semana ou por mês?

2. Não Compra: Você costuma receber a ajuda de alguém para a compra mantimentos? De quem? Em que ocasiões? Você costuma emprestar mantimentos? Para quem? E você costuma pegar emprestado, de quem? Quais os alimentos que pega emprestado?

3. Preparo das refeições: Quem prepara as refeições no dia a dia? E nos finais de semana? Que utensílio mais usa no preparo (forno, fogão)? Por quê?

4. Consumo dos Alimentos: Como é sua alimentação diária? (detalhar refeições, horários, alimentos consumidos) Existe alguém que come no trabalho?

O que come (leva marmitta ou não)? As pessoas da família costumam comer juntas ou separadas? Quando comem junto e quando comem separados?

5. Preferências e aversões: O que mais gosta de comer? Gosta da comida com muito ou pouco sal? Doce ou salgada? Você costuma comer alimentos fritos? Gosta de fritura? O que normalmente come de fritura? Usa açúcar, em que ocasiões? Como tempera sua comida? O que não gosta de comer? Por quê? O que você não come nunca? Por quê?

6. Consumo indispensável e padrão idealizado: Para você quais os alimentos que não podem faltar na sua casa? Por quê? E quais os que não são indispensáveis? Por quê? Para você que alimentos são considerados de luxo? Existe algum alimento que você gostaria de comprar e não compra? Por quê não compra?

## II. Atividade física:

Como é sua rotina de atividades durante o dia? Que horas acorda, trabalha, arruma a casa? Que meio de transporte usa (ônibus, trem, vai a pé).

Recebe ajuda de alguém nesses afazeres domésticos? Quem cuida das crianças? Elas estudam?

Que horas descansa, vê televisão?

Você tem hábito de caminhar?

Ao final do dia como se sente (considera seu dia a dia normal, cansativo, estressante)?

## III. Migração e condições de vida na Rocinha:

1. Motivo e percepções sobre a Mudança: Quanto tempo você vive na Rocinha? Como foi sua vinda para a Rocinha? Como era a Rocinha quando você chegou lá? E hoje o que pensa sobre a Rocinha, seus recursos, vizinhos, facilidades e dificuldades em se morar lá? O que considera bom e o que acha ruim em se morar na Rocinha?

2. No caso de migrantes nordestinos: Quando e por que veio morar no Rio de Janeiro? Com quem veio? Tinha algum parente ou amigo na cidade? Quando chegou aqui o que mais lhe chamou atenção? O que considera bom e o que acha ruim em se morar no Rio de Janeiro? Como era sua vida antes de vir morar no Rio de Janeiro? Onde morava? Tinha família? Como era composta sua família, quantos irmãos tinha? Como foi a sua infância? Começou a trabalhar com quantos anos e porquê? Em que trabalhava? Como era sua alimentação? Onde adquiria, como armazenava, quem preparava? Quais eram os alimentos mais consumidos por você e sua família no dia a dia? E o que se comia em dia de festa? Quais são as recordações que você tem da sua terra natal?
  3. Moradia: Sua casa fica na parte baixa ou alta da Rocinha? É de fácil acesso? Como chega até lá? Sua casa é própria ou alugada? Quantos cômodos têm? De que material é feita (alvenaria, madeira, material reciclado)? Tem banheiro? Este possui vaso sanitário (cerâmica)?
  4. Acesso a bens e serviços: Sua casa tem água encanada? Como é o abastecimento de água (falta água)? Tem coleta de lixo, como ela é realizada? Qual o serviço de saúde que você procura em caso de necessidade (hospital, posto, clínica)? Seus filhos estudam? Em que escola (pública ou privada)? Ela fica localizada aonde?
  5. Bens Duráveis: Quais os aparelhos domésticos que você tem em casa? Você possui televisão? E telefone? Possui livros?
1. Estrutura Familiar: Quantas pessoas moram com você? (detalhar número, idade dos integrantes e grau de parentesco).
  2. Trabalho: Quantas pessoas trabalham fora? O que fazem? Quantos trabalham com carteira assinada? Realizam algum trabalho extra (cuida de crianças, prepara comida para vender, lavar/passar roupa para fora; faz alguma outra atividade remunerada). Existe alguém desempregado, há quanto tempo?
  3. Rendimentos: Qual é o rendimento mensal da sua família (quanto sua família dispõe de dinheiro todo mês)? Tem alguém que recebe mais rendimentos? De

onde provém (instituições, estado, trabalho – doações de alimentos, vale refeição, ticket refeição, cesta básica, cheque cidadão, bolsa escola, etc)

4. Gastos Domésticos: Como são feitas as compras de comida (mês, semana, diário)? E quanto gasta normalmente? E as demais despesas da casa (aluguel, alimentação, vestuário, transporte, prestações, luz, etc)?
5. Chefe de família: Quem é o chefe da família? Quantos anos de estudo possui (estudou até que série)? Fez algum curso profissionalizante?

#### IV. Discurso sobre alimentação, pobreza e obesidade:

##### 1. Alimentos:

O que entende por alimento? E por comida? O que entende por refeição, lanche e sobremesa? A comida do final de semana é igual ao do dia a dia? Costuma fazer festas na sua casa? O que come nessas ocasiões? Existe semelhança ou diferença entre a comida das crianças e dos adultos? Por que? As pessoas que trabalham comem diferente das demais? Por que? O que entende por enlatado? Para você o que são produtos industrializados? O que entende por alimento diet? Sabe o que quer dizer fast-food? Na sua opinião existe semelhança ou diferença entre comida de pobre e comida de rico? Quais são? O que você acha que rico come? E o que você acha que pobre come?

##### 2. O corpo e o significado da obesidade:

Você está satisfeita com seu peso atual? Acha que está com excesso de peso? O que isto significa para você? Quando percebeu o ganho de peso? Você relaciona o ganho de peso com algum momento da sua vida? Já procurou perder peso? Como? Você procurou algum profissional de saúde? Como foi o tratamento? Para você o tratamento foi importante ou não? Como você relaciona o seu peso às mudanças na sua vida? Acha que a sua rotina diária de vida influencia no seu peso? O que acha que dificulta a sua perda de peso? O que seria necessário fazer para você perder peso? Você acha que o excesso de peso afeta sua vida? Como? Você vê alguma relação do seu excesso de peso com as suas limitações financeiras?



### 3. Vulnerabilidade social:

Como você vê suas condições de vida? O que considera bom e o que considera ruim? Por quê? E como vê sua rotina de trabalho? Possui algum sonho de consumo (o que aspira adquirir)? Acredita que um dia poderá realizá-las? Por quê?

## **ANEXO 2: Termo de Consentimento**

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você esta sendo convidada a participar da pesquisa “*Pobreza e Obesidade*” e sua participação não é obrigatória. Você poderá desistir de participar da pesquisa a qualquer momento sem prejuízos ao pesquisador.

O objetivo deste estudo é analisar o consumo alimentar e discutir as relações entre obesidade e pobreza. Sua participação consistirá em contribuir para o projeto de tese de Mestrado da Escola Nacional de Saúde Pública/ENSP/FIOCRUZ.

As informações obtidas através desta pesquisa serão confidenciais.

Qualquer dúvida ou maiores esclarecimentos contactar a pesquisadora mestranda Vanessa Alves Ferreira através do telefone (21) 2560-8564, Secretaria de Pós-graduação/ENSP/FIOCRUZ .

Declaro que entendi os objetivos da minha participação e concordo em participar da pesquisa:

---

Sujeito da pesquisa

---

Vanessa Alves Ferreira