

# Homogeneidade, controle e risco na alimentação saudável para idosos: análise comparativa das proposições das agendas públicas brasileira e espanhola<sup>1,2</sup>

*Maria Fátima Garcia de Menezes*

*Shirley Donizete Prado*

*Mabel Gracia Arnaiz*

*Maria Cláudia da Veiga Soares Carvalho*

## **Introdução**

Este texto busca aprofundar a discussão de sentidos e significados em torno do conceito de alimentação saudável. Em especial, pretende refletir sobre como a alimentação saudável para idosos é vista na perspectiva das agendas públicas brasileira e espanhola, buscando identificar aproximações e afastamentos. Insere-se na perspectiva de aproximação

---

<sup>1</sup> Este texto é fruto da tese de doutorado “Reflexões sobre alimentação para idosos no contexto das agendas públicas brasileira e espanhola”, defendida em 2014, no Programa de Pós-Graduação em Alimentação, Nutrição e Saúde, do Instituto de Nutrição da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Deriva do projeto de pesquisa “Concepções de alimentação saudável no Brasil e na Espanha: reflexões a partir das Ciências Humanas e Sociais”, realizado em parceria entre o Núcleo de Estudos sobre Alimentação e cultura (NECTAR) e o Departament d’Antropologia, Filosofia i Treball Social da Universidad Rovira i Virgili, Espanha.

<sup>2</sup> O estudo contou com o financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (Faperj), através do Programa de Doutorado Sanduíche e na modalidade Auxílio à Pesquisa, e com o apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e do Programa de Incentivo à Produção Científica, Técnica e Artística da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

do campo da alimentação e nutrição ao das ciências humanas e sociais. Bourdieu, Foucault, Beck, Giddens, Bauman e Canguilhem, entre outros, foram os interlocutores que oportunizaram um novo olhar para a temática da alimentação de idosos. Este estudo também amplia o horizonte acadêmico, ao se aproximar de uma realidade diferente, da realidade de um país que, resguardadas as inúmeras diferenças que apresenta em relação ao Brasil, também enfrenta – inclusive há mais tempo que nosso país – o processo de envelhecimento populacional e de aumento da obesidade e das doenças crônicas.

A metodologia escolhida foi a pesquisa documental, que recorre a diferentes técnicas e variados tipos de documentos (escritos e não escritos, como filmes, fotos, pôsteres) na abordagem de objetos cuja compreensão necessita de uma contextualização histórica e sociocultural. Difere da pesquisa bibliográfica por se tratar de fontes primárias, documentos originais que ainda não sofreram tratamento analítico de nenhum autor (Sá-Silva et al., 2009). Trata-se de buscar não apenas o que está expresso no documento, mas também o que se encontra nas “entrelinhas”.

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

Segundo Corsetti (2006) a ideia não consiste em “fetichizar” os documentos, acreditando que eles possam “falar” todas as verdades, mas em “problematizar” essas fontes.

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

Trata-se, portanto, de um exercício de desconstrução: recortar, organizar, identificar elementos, descrever relações e reconstruir a partir de inúmeras leituras e releituras.

A pesquisa seguiu um roteiro construído a partir da imersão no material empírico. Para cada documento, criou-se um arquivo com as seguintes informações: editado por; ano da edição; objetivos; número de páginas; autores (função, titulação/formação e instituição); sumário; resumo; destaques (pré-análise temática do conteúdo); imagens (pré-análise das ilustrações).

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

No Brasil, encontraram-se três tipos de documentos: diretrizes gerais – *Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável* (Brasil, 2006a); guia prático – *Alimentação saudável para “pessoas com mais de 60 anos”: siga os dez passos* (Brasil, 2006b); e manual para profissionais – *Alimentação saudável para a pessoa idosa: um manual para profissionais de saúde* (Brasil, 2010), todos de âmbito nacional, editados pelo Ministério da Saúde.

Na Espanha, com a finalidade de comparação, recorreu-se à mesma tipificação. Como documento de diretrizes gerais, identificamos *Estrategia para nutrición, actividad física e prevención de la obesidad (Estrategia NAOS)* (MSSSI, 2005) e *Libro blanco de nutrición en España* (FEN, 2013); na categoria guia prático, os documentos *Come sano y muévete: 12 decisiones saludables* (MSSSI, s. d.) e *Comer bien para envejecer mejor* (FESNAD, 2013); e, como manuais para profissionais, tomamos o *Guia de orientación nutricional para personas mayores* (FEN; INUTCAM; Comunidad de Madrid, s. d.) e o *Taller alimentación saludable y actividad física – manual para las personas mayores – vive más y mejor* (Generalitat de Cataluña y Fundación Dieta Mediterránea, s. d.).

Os quatro primeiros documentos, produzidos pelo Ministério da Saúde, correspondem a proposições de cobertura nacional, enquanto os dois últimos, de âmbito local, foram editados pelos governos das comunidades autônomas de Madri e Catalunha. A Espanha tem, como instância política administrativa local, 17 comunidades e duas cidades autônomas, com independência e recursos próprios. Madri e Catalunha são regiões de grande importância no país e contam com o maior número de idosos (Garcia e Garcia, 2012). Dados de 2013 indicam que Madri apresenta o segundo maior

Produto Interno Bruto (PIB)<sup>3</sup> do país, em valores absolutos (183.292 €) e em valores per capita (28.358 €), sendo a atual capital. Já a Comunidade da Catalunha assume a primeira posição do PIB, em valores absolutos (192.545 €), e a quarta em valores per capita (26.666 €). Além disso, foi a região de minha inserção física como pesquisadora na Espanha.

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

**Quadro 1.** Quadro geral dos documentos selecionados por país de origem, tipo de documento, títulos completo e simplificado

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

**Fonte:** Brasil, 2006a; Brasil, 2006b; Brasil, 2010; MSSSI, 2005; MSSSI, s. d.; FEN, 2013; FEN/INUTCAM/Comunidad Madri, s. d.; Generalitat de Catalunya y Fundación Dieta Mediterránea, s. d.; FESNAD, 2013.

<sup>3</sup> O Produto Interno Bruto (PIB) é considerado um importante indicador da atividade econômica. É a soma de todos os serviços e bens produzidos num período (mês, semestre, ano) em determinada região (país, estado, cidade, continente). Informações disponíveis em: <http://www.datosmacro.com/pib/espana-comunidades-autonomas> e <http://www.datosmacro.com/pib/espana-comunidades-autonomas>. Acesso em: 02 abr. 2013.

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

### **Alimentação e velhice no Brasil e na Espanha**

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

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

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

com Canguilhem (1995), que as alterações e as dificuldades na velhice são cada vez menos toleradas. Devem ser patologizadas, medicalizadas e revertidas. O aparato científico deve ser responsável por normalizar o envelhecimento e gerir a velhice.

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

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

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

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

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

O sobrepeso e a obesidade crescem em prevalência e, juntos, já acometem a maior parte da população idosa em ambos os países. Dados da “Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2002-2003” demonstram, no caso dos indivíduos entre 65 a 74 anos, 56,2% de sobrepeso (53,3% das mulheres e 43,9% dos homens) e obesidade em 17,1% das mulheres e 10,2% dos homens (IBGE, 2004). Dados do estudo “Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico” (Brasil, 2013a) apontam para 58,5% de sobrepeso nos indivíduos com mais de 65 anos e obesidade em 19% dos casos.

Na Espanha, os dados de sobrepeso na faixa etária superior a 60 anos em mulheres é de 39,8% e de 49% nos homens. A prevalência de obesidade, por sua vez, está presente em 40,8% das mulheres e em 31,5% dos homens (Gutiérrez-Fisac et al., 2003). Dados mais recentes da Encuesta Nacional de la Salud (ENSE) revelam que 53,7% dos adultos se encontram com sobrepeso/obesidade e, nos idosos, esses valores são ainda maiores, alcançando 73,2% nos indivíduos de 65 a 74 anos.

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

## Quadro 2. Principais características econômicas e sociais de Brasil e Espanha

Principais características	Brasil	Espanha
Sistema de governo	República presidencialista	Monarquia parlamentar
Extensão territorial (km <sup>2</sup> )	8.515.767	505.600
População total (hab)	190.755.799	46.163.000
Produto Interno Bruto (PIB) geral (M)	1.751.744 (7 <sup>a</sup> posição)	1.029.002 (13 <sup>a</sup> posição)
Produto Interno Bruto (PIB) per capita	8.818 (58 <sup>a</sup> posição)	22.300 (28 <sup>a</sup> posição)
Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)	0,730 (80 <sup>a</sup> posição)	0,885 (23 <sup>a</sup> posição)
Número total de idosos	14.081.480	8.221.047
% da população total	7,4	17,4
% acima de 80 anos	1,5	5,3
Expectativa de vida dos homens	69,73	78,9
Expectativa de vida das mulheres	77,32	84,9

Fonte: <http://www.datosmacro.com/pib/brasil>; Garcia e Garcia, 2012; IBGE, 2011; [http://www.pnud.org.br/IDH/IDH.aspx?indiceAccordion=0&li=li\\_IDH](http://www.pnud.org.br/IDH/IDH.aspx?indiceAccordion=0&li=li_IDH).

A pesquisa realizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil, 2011), que, recorrendo a dados da OMS e da ONU, comparou a experiência de oito países no financiamento da saúde dos idosos, reitera os dados de maior proporção de idosos na Espanha (mais que o dobro em relação ao Brasil) e de expectativa de vida.<sup>4</sup>

No que se refere ao financiamento da saúde, evidencia-se que ambos os países adotam um modelo universal que garante a toda a população o acesso às suas necessidades de assistência à saúde pelo setor público, não havendo um plano específico para o idoso. No entanto, os gastos na Espanha são maiores. Os gastos per capita em saúde somam 837\$ no Brasil e 2.671\$ na Espanha. Em relação ao financiamento, a pesquisa utiliza dados da Organização Mundial da Saúde de 2007, revelando que o financiamento público em saúde no

<sup>4</sup> Dados da ONU (2010) indicam que o percentual de idosos acima de 60 anos no Brasil encontra-se em 10%, enquanto na Espanha está em 22%. Em relação aos idosos com mais de 80 anos, as cifras estão em 2% e 5%, respectivamente. Dados da OMS (2008) apontam a expectativa de vida no Brasil de 73 anos e de 81 anos na Espanha.



Brasil alcança a soma de 42%, enquanto na Espanha está na ordem de 72%; também aponta uma relação inversa de financiamento privado, sendo de 23% no Brasil 23% e de 6% na Espanha.

Apesar dessa situação favorável da Espanha, têm-se observado algumas mudanças importantes, como reflexo da atual crise econômica, que evidencia menor participação pública e a entrada progressiva do setor privado. Aguilera (2013) analisa o impacto da crise na vida dos idosos e descreve que os serviços foram reestruturados segundo três modalidades: básicos (gratuitos), suplementares (corresponsabilidade) e acessórios (corresponsabilidade) e, portanto, uma parte importante das prestações de serviços de saúde deixa de ser coberta pelo sistema de saúde. Além disso, alinha outras medidas de austeridade que também comprometeram a assistência da população idosa: redução das políticas sociais (8,4% do Produto Interno Bruto, diante dos 11% registrados no conjunto dos países da União Europeia); redução do valor das aposentadorias e pensões; retirada do financiamento público de mais de 450 medicamentos, inclusive muitos deles utilizados regularmente pelos idosos (como, por exemplo, alguns antivirais, corticoides, vasodilatadores, anti-inflamatórios e laxantes); fechamento de ambulatórios e centros de saúde. E conclui que, para os doentes crônicos e os de renda mais baixa, talvez se torne inviável garantir o atendimento de todas as suas necessidades.

Igualmente, não podemos deixar de mencionar que, com o agravamento da situação econômica, envolvendo, em especial, altas taxas de desemprego entre os jovens, a solidariedade intergeracional é uma estratégia. Em outras palavras, os recursos provenientes dos idosos vêm-se tornando o principal e, algumas vezes, o único meio de sustento familiar. Dados do INE (2012) apontam que 26% das residências têm como referência uma pessoa idosa (Aguilera et al., 2013). O professor Paulo Fortes, da Faculdade de Saúde Pública em São Paulo, em entrevista concedida para a matéria “Sistemas públicos de saúde: pesquisadores analisam o fator economia”, afirma que, com a crise econômica dos países europeus, “os jovens que estão se formando não conseguem emprego para pagar seus estudos, e famílias inteiras estão tendo que voltar a morar com os avós, porque estão perdendo suas casas”.<sup>5</sup>

<sup>5</sup> Entrevista concedida pelo professor Marcos Fortes em 21 de dezembro de 2012. Disponível em: <http://www5.usp.br/20898/sistemas-publicos-de-saude-pesquisadores-da-fsp-estudam-o-fator-economico/>. Acesso em: 29 de mai. 2014.

Atualmente, há uma grande preocupação com o quantitativo de pessoas com idade muito avançada (acima de 80 e 90 anos), parcela da população que apresenta maior incapacidade para a execução das atividades cotidianas e que sofre com o agravamento de doenças crônicas, o que gera aumento na demanda de serviços e gastos com a saúde<sup>6</sup> (Cassinelo et al., 2007; Porcel e Valpuesta, 2012).

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

## Sociedade de controle

Um ponto de partida sobre quais proposições estão dispostas nos documentos oficiais que norteiam a alimentação saudável é a reflexão sobre o

---

<sup>6</sup> Exemplos de matérias jornalísticas encontradas no *El Mundo* (“La cuarta edad se abre camino em España”), no *El País* (“La población mayor de 80 años creció um 66% em los últimos 15 años y suma dos millones de personas”) e no *Diario de Sevilla* (“Las personas mayores de 80 años se triplicarán em médio siglo”) revelam a preocupação do país com essa questão. Disponíveis em: <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2012/06/14/noticias/1339688067.html>; [http://sociedad.elpais.com/sociedad/2007/06/19/actualidad/1182204003\\_850215.html](http://sociedad.elpais.com/sociedad/2007/06/19/actualidad/1182204003_850215.html); <http://www.diariodesevilla.es/article/andalucia/1239667/las/personas/mayores/anos/se/triplicaran/medio/siglo.html>. Acesso em: 29 mai. 2014.

poder e o controle que se pretendem exercer sobre os indivíduos e, no caso do presente trabalho, os idosos.

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

Em vários momentos, Foucault discute o tema do poder sobre a vida e a morte, em especial na década de 1970, em suas análises sobre exercício da prática clínica, sexualidade e psiquiatria. Interessado no que afirmava ser uma nova forma de poder, que chamou de “biopoder”, discutia como se tornara questão-chave para a política. Em *História da sexualidade* (1999), preocupa-se em saber “sob que forma, através de que canais, fluindo através de que discursos, o poder consegue chegar às mais tênues e mais individuais das condutas [...] de que maneira o poder penetra e controla o prazer cotidiano” (p. 16). E podemos traçar um paralelo entre sexo e alimentação, que, da mesma forma, é uma atividade complexa, reflexo de uma imbricada rede de influências, íntima e prazerosa.

Foucault (2005) afirma que o século XIX foi marcado pela “tomada de poder sobre o homem enquanto ser vivo, uma espécie de estatização do biológico” (pp. 285-6) e deixa claro que a nova forma de poder não exclui a anterior: é uma complementação, “de outro nível, está em outra escala, tem outra superfície de suporte e é auxiliada por instrumentos totalmente diferentes” (pp. 288-9). Faz uma contraposição entre a soberania clássica – na qual o poder sobre a vida e a morte estava centrado no soberano, que podia “fazer morrer e deixar viver” – e a sociedade disciplinar. Nesta última, desenvolve-se um conjunto de técnicas de racionalização centradas no corpo individual que servem para vigiar, hierarquizar e inspecionar, em um processo de disciplinarização e individualização. Manipula-se o corpo para torná-lo dócil, útil e produtivo. Isso se expressa através de normas e técnicas empregadas nos espaços fechados, de confinamento, nas diferentes instituições em que os indivíduos estão inseridos: família, escola, fábrica, prisão e hospitais.

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

junto da população, as quais podem ser resumidas pela ideia de “fazer viver e deixar morrer”. Trata-se da preocupação com a relação entre homem, como ser vivo, e o ambiente que o cerca, no sentido de controlar os fenômenos imprevisíveis e aleatórios se os tomarmos no plano individual, mas que no plano coletivo podem ser estabelecidos como constantes previsíveis.

Vai ser preciso modificar, baixar a morbidade; vai ser preciso encurtar a vida; vai ser preciso estimular a natalidade. E trata-se sobretudo de estabelecer mecanismos reguladores que, nessa população global com seu campo aleatório, vão poder fixar um equilíbrio, manter uma média, estabelecer uma espécie de homeóstase, assegurar compensações; em suma, de instalar mecanismos de previdência em torno desse aleatório que é inerente a uma população de seres vivos, de otimizar, se vocês preferirem, um estado de vida (Foucault, 2005, pp. 293-4).

É preciso assegurar ao homem-espécie a vida e, para isso, o foco não é a disciplina, mas a regulamentação. Para o direito de interferir no viver e evitar a morte, é preciso cuidar do “como” da vida, uma tecnologia regulamentadora da vida. São os sistemas previdenciários e as regras sobre higiene, sexualidade e, podemos acrescentar, alimentação. É a promessa da vida, de multiplicar suas possibilidades, da não doença, da juventude, da longevidade. O objetivo não é o corpo, mas a vida. Um poder dessa natureza tem de qualificar, medir, avaliar e hierarquizar, na perspectiva de distribuir os vivos em um domínio de valor e utilidade (Foucault, 1999, p. 135). Roudinesco (2007) defende a pertinência do pensamento crítico porque, segundo a autora, os procedimentos científicos se resumem a uma vasta contabilidade das coisas e dos homens ou, antes, dos homens transformados em coisas (p. 7). E acrescenta:

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

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

crédito, recursos audiovisuais), que, para além de colocar os indivíduos em um molde, modulam a vida de forma ilimitada: “Estamos entrando nas sociedades de controle, que funcionam não mais por confinamento [não que os mesmos ainda não persistam], mas por controle contínuo e comunicação instantânea” (p. 216).

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

### **Sociedade de risco**

Outro ponto importante para a análise é o que hoje se discute acerca da sociedade de risco. Risco é uma construção social e política, articulando-se com a ideia de que é possível prever o que irá acontecer e se proteger disso. Segundo Carapinheiro (2002), trata-se de um entendimento racionalista da realidade que pressupõe “a tentativa de domesticação da incerteza” (p. 197). Segundo essa autora, há uma contradição fundamental: de um lado, existem regularidades que podemos evitar, desde que os indivíduos tenham consciência delas e se disponham a agir de forma racional; de outro lado, em muitos aspectos da nossa vida o caráter racional não assegura a possibilidade de não ocorrência. A probabilidade matemática de um acontecimento pode apoiar novas formas de regulação social, com a característica de que o risco emerge do comportamento humano.

Assim, impõe-se a necessária reflexividade. Os indivíduos devem ser capazes de refletir sobre suas condições de existência e, portanto, de modificá-las. A responsabilidade primeira se situa no indivíduo, de quem se espera que faça as melhores escolhas; dependendo dessas escolhas, instaura-se um sistema de recompensa ou punição (Petersen e Lupton, 1996). Verifica-se, aqui, um componente ético e moral importante.

La ética de la autorrealización y logro individual el la corriente más poderosa de la sociedade occidental moderna. Elegir, decidir y configurar individuos

que aspiran a ser autores de su vida, creadores de su identidad, son las características centrales de nuestra era (Beck, 2002, p. 13).

Para Giddens, existe uma destradicionalização da sociedade, que se caracteriza pela perda de confiança em instâncias como família e religião, trocando-as pela ciência. A tradição está ligada à memória coletiva, pressupõe persistência, é uma “orientação para o presente e organiza o futuro” (2012, p. 99), envolve ritual, ou seja, traz a tradição para a prática. Os guardiães da tradição não são peritos, não são diferentes entre si por competência, mas por status; a tradição se relaciona com a integridade do eu. As ameaças à tradição podem ser sentidas como ameaças ao próprio eu. A competência dos peritos vem da especialização, que, segundo o autor, é desincorporadora e não está ligada à verdade formular: “A especialização não está ligada à verdade formular, mas à crença na possibilidade de correção do conhecimento, uma crença que depende de um ceticismo metódico” (idem, pp. 131-2). Assim, todo conhecimento está sujeito a correção, trazendo para o indivíduo ansiedade e opressão. Só lhe resta obedecer (e a obediência a uma única fonte de autoridade é opressora) e administrar a ansiedade (porque o chão desaparece sob os pés). O desencantamento em relação à autoridade da ciência e à especialização, segundo Giddens, associa-se à desilusão em relação aos benefícios que a tecnologia alega ter trazido para a humanidade. O trecho a seguir ilustra bem essa posição:

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

Para Beck (1998), a sociedade é insegura, e nós precisamos evitar o pior, buscando a segurança que é alcançada por meio da ciência. Não há uma experiência pessoal; é necessário ter conhecimento científico, que adquire um significado social e político importante: “En este sentido, la sociedad del riesgo también es la sociedad de la ciencia, de los medios y de la información. En ella se abren así nuevos contrastes entre quienes producen las definiciones del

riesgo y quienes las consumen” (pp. 52-3). Ao mesmo tempo, Beck critica o poder estabelecido pela ciência, que denomina de mundo da incerteza: “La principal cuestión es como tomar decisiones em condiciones de incertumbre fabricada, cuando no sólo es incompleta la base de conocimiento, sino que el disponer de más e mejor conocimiento frecuentemente supone más incertidumbre” (Beck, 2002, p. 9).

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

Vivemos em constante ameaça, com a necessidade de eterna vigilância sobre nossos atos. Devemos levar uma vida monástica, de menos prazer e mais controle. Caso contrário, seremos responsabilizados pelas consequências de nossas ações. Uma questão que retomamos é se, mesmo cumprindo todas as normas propostas, podemos ter segurança sobre o resultado. “Isso significa dizer que, por maior que seja a probabilidade de um risco, não há como garantir que a doença a ele associada ocorrerá e, muito menos, determinar qual parcela da população será afetada (Castiel, 2010, p. 42).

Segundo Metzl e Kirkland (2010), a saúde se tornou uma nova moralidade, pois é um termo repleto de juízos de valor, hierarquias e suposições que falam sobre poder e privilégio mais do que bem-estar. Os autores exemplificam com a ideia de que, quando vemos uma pessoa obesa e dizemos que isso é ruim para sua saúde, não estamos dizendo que ela tem um problema médico, mas que é preguiçosa ou não tem força de vontade. Com Ivan Illich, os autores debatem em que medida essa preocupação excessiva transforma a saúde e, aqui, eu traço um paralelo com a alimentação saudável como algo irrealizável, que não permite espaço para sofrimento, envelhecimento e morte. Afinal, as perguntas que se formulam é o que se pretende no caso da alimentação saudável para os idosos? Que seja capaz de prevenir as doenças crônicas? Que possa manter a juventude e evitar o envelhecimento? Ou que possa garantir a longevidade e adiar a morte?

## **Análise comparativa das proposições de alimentação saudável nas agendas públicas brasileira e espanhola**

Apesar das semelhanças no aumento do número de idosos e na prevalência das doenças crônicas, como sobrepeso e obesidade, estamos falando de realidades bem distintas.

O Brasil é um país de grande proporção em extensão territorial e economia em crescimento, possui acentuada diversidade entre suas regiões, menos recursos para a saúde e desigualdades sociais importantes.

A Espanha, por sua vez, é muito menor em termos de extensão territorial, conta com um percentual maior de idosos e dos mais longevos, além de uma economia em crise. No entanto, ainda que consideremos o PIB per capita, o IDH e o investimento em saúde, trata-se de um país com situação bem mais favorável à sua população idosa.

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

No Brasil, todos os documentos são editados pelo Ministério da Saúde, com a participação quase exclusiva dos técnicos de instituições públicas (apenas uma universidade privada), sem qualquer participação direta da indústria de alimentos. Apesar disso, sabemos que esse setor exerce pressão junto ao Ministério da Saúde, e isso pode ser evidenciado por duas situações de parceria que foram amplamente divulgadas na mídia e que sofreram pesada crítica por parte dos especialistas e das entidades do campo da alimentação e nutrição. Em 2011, a rede de *fast-food* McDonald's recebeu o título de empresa "Amiga da Saúde" e, em nota da imprensa publicada no site Rede Brasil Atual – Saúde e Ciência –, o Ministério da Saúde justificou que mantém parceria com diferentes empresas em prol da promoção da saúde, buscando ampliar o alcance e a visibilidade de suas ações. Na nota, esclarece:

O Ministério da Saúde mantém parceria com 384 empresas brasileiras de diversos setores, que nos apoiam em iniciativas de promoção da saúde e prevenção de doenças. A participação desses parceiros nos ajuda a ampliar o alcance e a visibilidade de nossas campanhas informativas, mas sem implicar endosso irrestrito do Ministério às práticas e condutas das empresas.<sup>7</sup>

<sup>7</sup> Informação disponível em: <http://www.redebrasilatual.com.br/saude/2011/06/associacao-de-rede-de-fast-food-a-campanhas-do-ministerio-da-saude-e-alvo-de-protesto-de-especialistas-em-nutricao>. Acesso em: 12 jun. 2014.



Algumas cartas foram encaminhadas ao ministro da Saúde pela “Frente pela Regulação da Publicidade de Alimentos”<sup>8</sup> e por docentes reconhecidos nesse campo (três professores decanos de nutrição: Carlos Augusto Monteiro, da USP, e César Gomes Victora, emérito da Universidade Federal de Pelotas, ambos membros da Academia Brasileira de Ciências; e Malaquias Batista Filho, emérito da Universidade Federal de Pernambuco e membro do Consea), solicitando a desvinculação das marcas do Ministério da Saúde com as do McDonald’s. Também foi apresentada uma petição pública que conta com 6.791 assinaturas, enumerando uma lista de motivos que levam à solicitação de imediata retirada do endosso do Ministério da Saúde à rede de lanchonetes McDonald’s, com a elaboração de critérios mais adequados à inclusão de “parceiros” no programa “Amigos da Saúde”.<sup>9</sup>

Em matéria do site da Federação de Órgãos para Assistência Social e Educacional (FASE), encontramos uma posição contundente sobre essa parceria:

Tanto as entidades quanto os especialistas da academia pedem ao governo coerência: unir a imagem do ministério responsável pela saúde pública a uma rede que colabora com o aumento de doenças vai na contramão de políticas que o mesmo ministério se esforça em desenvolver.<sup>10</sup>

No ano seguinte, uma nova parceria ganha espaço na mídia. Agora, tem-se o apoio do Ministério da Saúde, Educação e Esportes à campanha “Emagrece, Brasil”, patrocinada pela Coca-Cola e liderada pela Editora Abril (revistas *Boa Forma* e *Saúde*). De 23 de abril a 25 de maio de 2012, a sede da Anvisa, em Brasília, recebeu a exposição “Emagrece, Brasil! A obesidade pelo olhar da infografia”, composta por 32 painéis, divididos em cinco estações, e

<sup>8</sup> Em 17 de dezembro de 2010, um conjunto de entidades da sociedade civil, incluindo IDEC, Asbran, CFN, Abrasco, FASE, ENSP/Fiocruz e Projeto Criança e Consumo do Instituto Alana, lançou um manifesto e criou a Frente pela Regulação da Publicidade de Alimentos, com o objetivo de proteger a saúde da população, buscando normas mais consistentes para regulamentar a publicidade de alimentos. Informações disponíveis em: <http://regulacaoalimentos.blogspot.com.br/p/o-que-e.html>. Acesso em: 15 jun. 2014.

<sup>9</sup> A petição encontra-se disponível *on-line* no link <http://www.peticaopublica.com.br/pview.aspx?pi=P2011N10435>. Acesso em: 12 jun. 2014.

<sup>10</sup> Informação disponível em: <http://www.fase.org.br/v2/pagina.php?id=3536>. Acesso em: 12 jun. 2014.

cada um deles criado por um grande nome da infografia brasileira. O evento integrou a programação da I Semana de Vigilância Sanitária no Congresso Nacional. A justificativa para essa parceria está descrita no próprio site da Anvisa, na seção “sala de imprensa”, em notícia de 18 de abril de 2012: “A iniciativa também está de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde para uma alimentação saudável e combate às doenças crônicas. A exposição reúne os maiores infografistas da Editora Abril para explicar à população as consequências da obesidade no organismo e como é possível debelá-la”.<sup>11</sup> O professor Carlos Augusto Monteiro, em entrevista concedida à Rede Brasil Atual, critica a iniciativa do ministério e aponta a pressão exercida pela indústria junto aos órgãos governamentais. A seguir, transcrevemos sua fala:

A iniciativa é emblemática do crescente assédio da indústria de alimentos calóricos, ricos em açúcar e gordura e pouco nutritivos, às autoridades de saúde em todo o mundo. Essa aproximação, por meio de patrocínio a ações de fundações, entidades e governos, visa melhorar a imagem dessas empresas junto ao público consumidor, aos editores, à mídia em geral, e ganhar aliados contra projetos de lei que vêm sendo elaborados em vários países da Europa e nos Estados Unidos, que pretendem sobretaxar esses “alimentos e bebidas”.<sup>12</sup>

Como repercussão, também podemos citar a moção de repúdio aprovada no World Nutrition 2012, congresso que foi organizado sem o apoio financeiro da indústria de alimentos, sendo realizado pela Associação Mundial de Nutrição e Saúde Pública, pela Abrasco e pela UERJ.<sup>13</sup> E, ainda sob a liderança do coletivo de desdobramentos do referido congresso, em novembro de 2013 é aprovada a criação de uma frente pela regulação da relação público-privado em alimentação e nutrição. O manifesto é assinado por diferentes entidades, pesquisadores, profissionais e estudantes, apontando

<sup>11</sup> Informação disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/content/anvisa+portal/anvisa/sala+de+imprensa/menu+++noticias+anos/2012+noticias/exposicao+emagrece++brasil+integra+a+i+semana+de+vigilancia+sanitaria+no+congresso+nacional>. Acesso em: 12 jun. 2014

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

<sup>13</sup> A moção na íntegra encontra-se disponível em: [http://www.eventosecongressos.com.br/nutricao2012/mocoes/1-WNRio2012\\_Mocao%20Emagrece%20Brasil.pdf](http://www.eventosecongressos.com.br/nutricao2012/mocoes/1-WNRio2012_Mocao%20Emagrece%20Brasil.pdf). Acesso em: 15 jun. 2014.

para a necessidade de se protegerem as políticas públicas da interferência do setor privado. O documento destaca a forma como as empresas nacionais e transnacionais vêm agindo, em sentido contrário ao direito constitucional de alimentação e nutrição, reforçando a existência de um conflito de interesses entre os setores público e privado. Portanto, reiteramos que as pressões do setor privado existem, sim, ainda que isso não se traduza na edição dos documentos propostos para a orientação de uma alimentação saudável, com autoria direta de representantes do setor da indústria alimentícia.

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

A FEN, que edita os documentos *Libro blanco* e *Guia de orientación*, apresenta seu objeto, a seguir transcrito:

La Fundación Española de Nutrición tiene por objeto el estudio y mejora de la nutrición de los españoles. Para ello favorecerá la coordinación entre los estamentos científicos y las industrias alimentarias en todos los temas relacionados con la nutrición y su promoción. A tal efecto participará en la elaboración permanente y de difusión de documentos sobre los distintos estados de situación de los problemas existentes en el terreno nutricional. Contribuirá a facilitar y asegurar el intercambio de información y opiniones entre los medios científicos e industriales.<sup>14</sup>

Também possui, em seus quadros diretor e vogal, representantes de grandes empresas da indústria de alimentos, com representação de indústrias nacionais dos setores de bebidas, laticínios, embutidos, pratos prontos, panificação e grandes empresas transnacionais, como Coca-Cola, McDonald's e Nestlé.

A *Estratégia NAOS*, a seu turno, é um esforço conjunto do Ministério da Saúde com a indústria, na perspectiva de sensibilizar a população para o problema que a obesidade representa para a saúde. O documento *Alimentación y salud: el compromiso da industria española de alimentación y bebidas – 2005/2010*, editado pela FIAB, apresenta uma compilação dos trabalhos

<sup>14</sup> Informações disponíveis em: [http://www.fen.org.es/qs\\_presentacion.asp?pag=1](http://www.fen.org.es/qs_presentacion.asp?pag=1). Acesso em: 14 jun. 2014.

desenvolvidos por diferentes empresas do setor. Em relação à estratégia, encontramos a seguinte afirmação:

La industria alimentaria está cada vez más comprometida con la promoción de una dieta variada, equilibrada y suficiente, y con los estilos de vida saludables [...] la industria alimentaria contribuirá de forma activa a la potenciación eficaz de la Estrategia NAOS, poniendo a disposición de los objetivos perseguidos todo su conocimiento científico y técnico, su experiencia en entender las demandas del consumidor y su capacidad de comunicación (p. 73).<sup>15</sup>

Em relação à formação profissional dos autores no Brasil, a maioria é composta por nutricionistas, enquanto na Espanha são médicos e farmacêuticos. Profissionais com formação em Nutrição são uma realidade recente na Espanha. O título universitário oficial de diplomado em Nutrição e Dietética foi regulamentado apenas em 1998 (Real Decreto n. 433 de 20 de marzo de 1998), e a Lei n. 44/2003, de 21 de novembro, inclui a profissão de dietista-nutricionista no rol das profissões de saúde, o que foi alcançado pelo esforço de uma entidade que se organizou, ainda na década de 1980, com a intenção de fortalecer a área da Nutrição: a Asociación Española de Dietistas-Nutricionistas (AEDN).<sup>16</sup>

A inexpressiva participação de profissionais da área de Ciências Humanas e Sociais é comum nas duas realidades. Mabel Gracia Arnaiz, em uma análise sobre o campo de alimentação e cultura na Espanha, reflete sobre a necessidade de uma abordagem multidisciplinar para se pensar um objeto de natureza complexa, como é a alimentação, e, em especial, na conjuntura atual de se intervir em problemas que se desenvolvem em contextos plurais e de constante transformação. Afirma que o Brasil tem empreendido esforços nesse sentido, a partir do campo da Nutrição, mas que na Espanha os esforços para aproximar as diferentes posições e olhares ainda são muito limitados e insuficientes. A alimentação tem sido capturada, enquanto objeto de estudo

<sup>15</sup> O documento encontra-se disponível em versão eletrônica no link [http://www.fiab.es/archivos/documentoMenu/documentomenu\\_20120718080937.pdf](http://www.fiab.es/archivos/documentoMenu/documentomenu_20120718080937.pdf). Acesso em: 15 jun. 2014.

<sup>16</sup> Dados sobre a regulamentação da profissão de nutricionista-dietista podem ser encontrados no site da Asociación Española de Dietistas-Nutricionistas (<http://www.aedn.es/laasociacion.php>).

científico, pelas ciências biológicas e médicas. Em relação à ausência dos profissionais das ciências sociais, afirma que

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

Apesar desse cenário claramente diverso, assinalamos que os documentos têm por base as mesmas premissas, o que nos parece uma contradição inicial. Ambos os países tomam como referência uma entidade supranacional, a Organização Mundial da Saúde, através do documento “Estratégia Global para Alimentação, Atividade Física e Saúde”.<sup>17</sup> E o próprio documento assinala que deve haver adequação a cada realidade.

Para melhor explicitar esse argumento, verifica-se que, nas diretrizes e nos objetivos da “Estratégia Global”, há grande ênfase no panorama nutricional, na redução dos riscos para as doenças crônicas não transmissíveis, no aumento de atenção e conhecimento a respeito de alimentação e atividade física, no encorajamento de ações em diversos níveis e envolvendo diferentes setores e monitoramento de dados científicos, inclusive com apoio à pesquisa, e, no caso dos idosos, no desafio da manutenção da saúde e da capacidade funcional, a fim de reduzir a demanda por serviços de saúde e os gastos correspondentes. Também assinala que é necessário que, para cada país, as estratégias sejam “culturalmente apropriadas, que as prioridades dependam da situação de cada país e que as informações estejam adequadas aos níveis de alfabetização, às dificuldades de comunicação e à cultura local”, reafirmando que “as mensagens devem ser coerentes, sensíveis e claras”.

Uma primeira premissa identificada na análise documental e recorrente em ambas as agendas é a de que os idosos são uma categoria homogênea, diferente do que os autores (Debert, 1999a e b, 2007; Peixoto, 2007;

---

<sup>17</sup> A proposta foi aprovada, com a participação de 192 países, pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) no dia 22 de maio de 2004. Reconhece que a melhoria da alimentação e a promoção da atividade física representam oportunidade única para se elaborar uma estratégia eficaz voltada à redução mundial da mortalidade e da carga de morbidade.

Groisman, 2002) discutem sobre a construção social da velhice e a heterogeneidade de viver essa etapa da vida. O idoso é apresentado na perspectiva de fragilidade, dependência, pessoa portadora de doenças, que demanda ajuste na alimentação. Encontramos, nesses documentos, referência a inúmeras perdas biológicas (visão, paladar, fome, sede, mastigação, digestão, equilíbrio e marcha), bem como a proposta de que realizem mudanças necessárias na alimentação.

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

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

Apesar dessas limitações evidenciadas, as imagens que ilustram os documentos apresentam justamente o inverso. São imagens que mostram idosos ativos, com vestuário e acessórios que denotam uma situação social e econômica favorável, a qual em nada se assemelha aos idosos que o texto evoca. Essas imagens se relacionam com a perspectiva do idoso ideal, daquele que será transformado a partir do momento em que se mostrar capaz de mudar o próprio comportamento, de refletir sobre as condições de seu cotidiano, de seguir as regras estabelecidas pelos peritos, definidas a partir das evidências científicas, com a pretensão de um futuro sem doença e feliz. O mundo da incerteza proposto por Beck (2002) não tem lugar; esse é o mundo do controle e da certeza. Tal ponto será debatido mais extensamente no próximo tópico.

Uma segunda premissa diz respeito à prescrição e à responsabilização do indivíduo por sua mudança de comportamento, ao controle sobre a vida e ao biopoder. Os documentos apostam nas verdades científicas, que são transformadas em “diretrizes”, “passos”, “decisões” e “conselhos” que devem ser seguidos. São verdades apresentadas sob a forma de frases prescritivas e normativas, do tipo “Faça isso” e “Não faça aquilo”.

Faça pelo menos três refeições (café da manhã, almoço e jantar) e dois lanches saudáveis por dia. Não pule as refeições (Brasil, 2006).

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

Toma frutas y verduras, “cinco al día” (MSSSI, s. d., p. 10).

Consumir “alimentos protectores”: pescado, ajos, cebollas, colles e otras verduras de hoja verde, tomates, cítricos, uvas, fresas, aceitunas, hierbas aromáticas e especias (FEN/INUTCAM, s. d., p. 33).

Trata-se da pretensão de propor estratégias de controle e regulamentação da vida em todas as esferas. A alimentação saudável, nesse cenário específico de análise, é transformada em um conjunto de regras a serem seguidas. Para cuidar da alimentação, é necessário que ela seja regulamentada e definida pelos especialistas, e que sigamos os ditames propostos pela ciência. E, pelo que apresentam os documentos, não sabemos fazer as mudanças, nem conseguimos avaliar as consequências de não seguirmos as regras propostas.

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

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

Pequeños consejos para el día a día (FESNAD, 2013, frente).

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

Muévete entre 30 y 60 minutos al día, todos los días, a una intensidad moderada. Es fácil conseguirlo, basta con llevar una forma de vida más activa: si puedes ve al trabajo andando, da paseos en algún momento del día, no utilices el coche para trayectos pequeños, sube por las escaleras en lugar de coger el ascensor... (MSSSI, s. d., p. 6).

E podemos questionar: Como isso seria fácil em um contexto de desestruturação das maneiras de comer, incluindo horários, locais, composição das refeições, em que o tempo destinado a compras e preparo da comida é cada vez menor, em que a indústria oferece um sem-número de produtos “práticos”, “gostosos” e “saudáveis” com uma composição nutricional que, em geral, apresenta elevada concentração de açúcar, gordura, sódio ou em que a publicidade invade sua vida, vendendo produtos e valores de saúde, beleza, *status*, sucesso?.

As respostas a essas questões, que implicam possibilidades de problematizar a vida cotidiana e as condições de existência no mundo moderno, bem como de ampliar o debate, extrapolam, em muito, as amarras dos documentos norteadores e regulamentadores da vida. O certo é que lidamos com uma profusão de regras e com uma construção discursiva que assume que as mudanças são possíveis, fáceis, que dependem somente de nós, de cada um de nós, isoladamente, do indivíduo cada vez mais desprovido de suporte institucional no mundo de consumo intenso e a cada dia mais intensificado. E novas questões se colocam: E, quando não conseguimos, o que isso ocasiona? Vale qualquer sacrifício?

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



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

Ahora, al menos en el ámbito privilegiado sin duda en el que nos ha tocado vivir, lo que realmente preocupa a los profesionales son los desequilibrios alimentarios y el papel que desempeñan en el desarrollo de enfermedades crónicas degenerativas como la diabetes, la obesidad, las enfermedades cardiovasculares, las neurodegenerativas, o ciertas formas de cáncer. Todo lo anterior, un reto para el presente y el futuro. Alguien dijo que si el siglo XIX pasará a la historia de la salud como aquel en el que se consiguieron vencer las enfermedades trasmisibles con el descubrimiento de la asepsia y el posterior de los antibióticos, el s. XX será recordado como aquel en el que los avances técnicos nos ayudaron a prolongar la esperanza de vida y luchar contra las consecuencias de las enfermedades crónico-degenerativas, mientras que el s. XXI debería ser aquel en el que dejemos de curar y consigamos prevenir (FEN/MSSSI, 2013, p. 15).

Precisamos viver de forma regrada, moderada e vigilante de nossas ações, pois o risco de adoecer está permanentemente colocado. O cumprimento das regras se alia a uma perspectiva de que é possível evitar o envelhecimento, o adoecimento e a morte. Como afirma Castiel (2010),

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

O documento comemorativo do Dia da Nutrição traduz essa perspectiva de forma clara. Informa que um estilo de vida saudável está associado a maior longevidade e, para imprimir mais consistência a essa assertiva, apoia-se no conhecimento popular. No tópico “Refranes que apoyan la evidencia científica”, lista um conjunto de afirmativas:

Vida con fruta y verdura... perdura.

Fruta y camino diario para ser un centenario.

Con huerta y verdura... alejas la sepultura.

Un poco de algo y mucho tomate... no habrá quien te mate

(Fesnad, 2013, verso).

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

### **Considerações finais**

É importante que a alimentação saudável seja pensada na inter-relação dos diferentes aspectos da vida, incorporando os elementos biológicos, econômicos, sociais e culturais. Os documentos analisados, mais do que falar de alimentação e saúde, abordam nutrição e doença. Concordamos que todos esses tópicos estão intrinsecamente ligados, mas privilegiar uns em detrimento de outros pode prejudicar nossa compreensão e reflexão sobre o enfrentamento dos problemas que hoje se apresentam a esse campo.

É preciso transformar as “recomendações nutricionais para a prevenção de doenças” em “recomendações para uma alimentação saudável”. O espaço discursivo é ocupado por elementos técnicos e biomédicos dirigidos aos indivíduos, e os condicionantes econômicos, sociais e culturais que estruturam o viver e o adoecer no mundo contemporâneo são colocados de forma ínfima. Assim, a responsabilidade pelo adoecimento é atribuída ao indivíduo, o maior culpado por seu sofrimento e merecedor moral dessas consequências.

As propostas contidas nos documentos exigem do indivíduo prudência, autocontrole, temperança, comedimento, moderação e tudo o mais em uma base discursiva de “facilidade”. As instâncias tradicionais, como família

ou religião, são substituídas pela ciência, que se considera com o poder de controlar e regulamentar a vida. Basta seguir os “conselhos” e as “decisões” dos peritos, os quais, a partir de cálculos e estatísticas, já definiram o que é melhor para a alimentação.

Brasil e Espanha, países com tantas diferenças, constroem modelos bem semelhantes, com a perspectiva de que os problemas são globais e, portanto, as proposições também o são. A Organização Mundial da Saúde assume o papel supranacional de fomentar as ações dos países, e as realidades e particularidades se dissolvem nesse processo global, desterritorializando o social e o político.

Os documentos são construídos com as marcas da hegemonia biomédica e, com nuances diferentes no Brasil e na Espanha, de representação da indústria de alimentos. Os autores, com formação em Ciências Biomédicas e da Saúde, diante da ausência de profissionais das ciências humanas e sociais, acabam por limitar a possibilidade de incorporar, mais expressivamente, elementos e contribuições para a compreensão das práticas alimentares no contexto da cultura. Com a participação e a influência das indústrias na elaboração de proposições ou na edição de documentos, podemos refletir sobre a possibilidade de somar ou dividir a força política, uma vez que os interesses de mercado nem sempre se aproximam dos interesses científicos. E, como consequência, reiteramos que as proposições acabam por ficar descontextualizadas e até mesmo idealizadas e inalcançáveis, privilegiando as decisões individuais fundadas em informações objetivas ou em normas, sem problematizar as dificuldades existentes para a construção e a reconstrução cotidiana de mudanças.

Assim, os alimentos são vistos apenas como veículo de nutrientes, e a alimentação medicalizada e racionalizada, para a prevenção e/ou cura de doenças. Uma possibilidade de contraposição no que diz respeito às condições favoráveis ou desfavoráveis não aparece nas regras; tampouco a necessidade de haver mudanças na sociedade que favoreçam um vida melhor. Não há espaço para prazer ou para viver o risco, o que nos parece fundamental para nos sentirmos vivos e saudáveis, tampouco há o necessário exercício de construção e reconstrução cotidianas, de olhar para si, de identificar as próprias necessidades, de buscar uma alimentação que seja fonte de prazer e de reconhecer as reais condições de sua existência.

A fim de enfrentar o desafio do envelhecimento demográfico e o aumento dos custos para a proteção desse grupo populacional, observamos que o objetivo é regular ou postergar a velhice, mantendo o corpo produtivo e jovem, dessa forma onerando menos os serviços públicos.

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

É necessário refletir sobre como os indivíduos lidam com um cotidiano complexo a partir da definição de normas externas, estabelecidas pela ciência e disseminadas por instâncias governamentais, profissionais de saúde e mídia. Em que medida elas impõem aos indivíduos um modelo técnico-científico, limitando, assim, a própria criação de normas e fragilizando a autonomia e o poder decisório sobre suas vidas?

Obviamente, não se trata de negar os caminhos e os resultados conquistados que a política, os guias e as proposições trazem para o enfrentamento da atual problemática no campo da Alimentação e Nutrição, nem de desprezar os esforços empreendidos por instituições e profissionais, mas tão somente de refletir sobre as dificuldades, as contradições, os limites e os percalços para a vida cotidiana dos indivíduos que precisam manter uma alimentação saudável em um contexto que mais dificulta do que favorece as decisões nesse sentido.

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

## Referências

- AGUILERA, J. C. et al. “El impacto de la crisis en las condiciones de vida de las personas mayores”. *Colección Informes*, Madri, n. 56, 1 maio 2013.
- BEAUVOIR, S. *A velhice*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.
- BECK, U. *La sociedad del riesgo: Hacia una nueva modernidad*. Barcelona: Paidós, 1998.
- . *La sociedad del riesgo global*. Madri: Siglo XXI de España Editores, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Guia Alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável*. 2 ed. rev., Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)
- . *Alimentação saudável para pessoas com mais de 60 anos: siga os dez passos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.
- . *Alimentação saudável para a pessoa idosa: um manual para profissionais de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 36p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)
- . Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). *Experiências de financiamento da saúde dos idosos em países selecionados: relatório executivo*. Rio de Janeiro: ANS, 2011, 44p.
- . Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. *Vigitel Brasil 2012: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 136p.
- CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.
- CARAPINHEIRO, G. “A globalização do risco social”. In SANTOS, B. S. (org.). *A globalização e as ciências sociais*. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2002, pp. 197-230.
- CASSINELLO, M. D. et al. *Informe estudio bio psico social sobre personas de 90 años y más*. Proyecto Investigación I+D+I IMSERSO, 2007.
- CASTIEL, L. D. et al. *Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.
- CELLARD, A. “A análise documental”. In POUPART, J. et al. *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. 2 ed, Petrópolis: Vozes, 2010.
- CORSETTI, B. “Análise documental no contexto da metodologia qualitativa: uma abordagem a partir da experiência de pesquisa do Programa de Pós-Graduação em Educação da Unisinos”. *UNIrevista*, Porto Alegre, v. 1, n. 1, 2006, pp. 32-46.
- DEBERT, G. G. *A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento*. São Paulo: Ed. Universidade de São Paulo, 1999a.
- . “A construção e a reconstrução da velhice: família, classe e etnicidade”. In NERI, A. L. e DEBERT, G. G. *Velhice e sociedade*. Campinas: Papirus, 1999b, pp. 41-68.
- . “A antropologia e o estudo dos grupos e das categorias de idade”. In BARROS, M. M. L. (org.). *Velhice ou terceira idade? Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2007, pp. 49-67.
- DELEUZE, Gilles. “Controle e devir”. In \_\_\_\_\_. *Conversações*. São Paulo: Editora 34, 1992.
- DELGADO, J. A. *Memórias de velhos trabalhadores aposentados: estudo sobre geração, identidade e cultura* (tese). Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2007.

- FEN - fundación española de nutrición. Instituto de nutrición y transtornos alimentarios (inutcam). Comunidad de Madrid. *Guía de la Orientación Nutricional para Personas Mayores*. Madri, s. d.
- . Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad (MSSSI). *Libro Blanco de Nutrición en España*. Madri, 2013.
- FESNAD - Federación española de sociedades de nutrición, alimentación e dietética. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI). *Comer Bien para Envejecer Mejor*. Madri, 2013.
- FOUCAULT, M. *História da sexualidade I: a vontade de saber*. 13 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1999.
- . “Aula de 17 de março de 1976”. In \_\_\_\_\_. *Em defesa da sociedade: curso no College de France (1975-1976)*. São Paulo: Martins Fontes, 2005, pp. 285-315.
- GARCÍA, A. A. e CATALÁN. C. E. “Un perfil de las personas mayores en España, 2011: indicadores estadísticos básicos”, *CSIC/CCHS, Informes Portal Mayores*, Madri, n. 127, 2011.
- e GARCIA, A. A. “Um perfil de las personas mayores en España, 2012: indicadores estadísticos básicos”, *CSIC/CCHS/Informes Portal Mayores*, Madri, n. 131, 2012.
- GENERALITAT DE CATALUÑA Y FUNDACIÓN DIETA MEDITERRÁNEA. *Taller Alimentación Saludable y Atividade Física: Manual para las Personas Mayores. Vive Más Y Mejor*. Cataluña, s. d.
- GIDDENS, A. “A vida em uma sociedade pós-tradicional”. In \_\_\_\_ et al. *Modernização reflexiva: política, tradição e estética na ordem social moderna*. São Paulo: Unesp, 2012, pp. 89-166.
- GROISMAN, D. “A velhice, entre o normal e o patológico”, *História, ciências, saúde: Mangueiras*. Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, 2002, pp. 61-78.
- GUTIERREZ-FISAC et al. “La epidemia de obesidad y sus factores relacionados: el caso de España”, *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, Sup. 1, 2003, pp. 101-10.
- IBGE. *Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003: Análise da Disponibilidade Domiciliar de Alimentos e do Estado Nutricional no Brasil*. Rio de Janeiro, 2004.
- . *Sinopse do Censo Demográfico de 2010*. Rio de Janeiro, 2011.
- . *Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Série Estudos e Pesquisas*, Rio de Janeiro, n. 32, 2013.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA/MINISTÉRIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES Y IGUALDAD (INE/MSSSI). *Mujeres y hombres en España 2010*. Madri: Índice-Librería del INE, 2010.
- . *Encuesta nacional de la salud 2011-2012*. 2012a. Disponível em <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft15/p419&file=inebase&L=0>. Acesso: 2 jul. 2013.
- . *Encuesta nacional de la salud 2011-2012*. 2012b. Notas de prensa. 14 de marzo de 2013. Disponível em: <http://www.ine.es/prensa/np770.pdf>. Acesso em: 2 jul. 2013.
- KINSELLA, Kevin e WAN He. “U. S. Census Bureau, International Population Reports, P95/09-1”, *An Aging World: 2008*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office, 2009.
- LOUVISON M. C. P. et al. “Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo”, *Rev Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 4, 2008, pp. 733-40.
- METZL, J. M. e KIRKLAND, A. *Against Health: how health the new morality*. Nova Iorque: New York University, 2010.

- MSSSI - Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. *Estrategia para Nutrición, Atividade Física e Prevención de la Obesidad* (Estrategia NAOS). S.l., 2005.
- . *Come Sano y Muévete: 12 Decisiones Saludables*. S.l., s. d.
- PAIM, J. et al. “O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios”. In \_\_\_\_\_. *Saúde no Brasil 1*. Disponível em: [download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf](http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf). Acesso em: 29 maio 2014.
- PEIXOTO, C. “Entre o estigma e a compaixão e os termos classificatórios: velho, velhote, idoso, terceira idade...”. In BARROS, M. M. L. (org.). *Velhice ou terceira idade? Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2007, pp. 69-84.
- PETERSEN, A. e LUPTON, D. *The New Public Health: health and self in the age of risk*. Londres: Sage, 1996.
- PORCEL, M. A. e VALPUESTA, E. R. “El envejecimiento en España: ¿un reto o problema social?”. *Gerokomos*, Madri, v. 23, n. 4, 2012, pp. 151-5.
- ROUDINESCO, E. *Filósofos na tormenta: Canguilhem, Sartre, Foucault, Althusser, Deleuze e Derrida*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007.
- SÁ-SILVA, J. R. et al. “Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas”, *Revista Brasileira de História & Ciências Sociais*, São Leopoldo, ano I, n. 1, 2009, pp. 1-15.