

Práticas Alimentares e seus Condicionantes

Priscila de Moraes Sato • Mariana Dimitrov Ulian •
Ramiro Fernandez Unsain • Mayara Sanay da Silva Oliveira •
Fernanda Baeza Scagliusi

INTRODUÇÃO

Segundo a definição de Poulain e Proença¹, as práticas alimentares compreendem todos os costumes, ações, usos e aplicações de regras que se relacionam com a alimentação humana, desde a produção de alimentos até seu consumo e o manejo de sobras. Tais práticas alimentares incluem todas as etapas do sistema alimentar e da relação das pessoas com a comida, ou seja, o que se produz, como se produz, o que se compra, quem cozinha, como cozinha, o que se come, como se come, com quem se come, entre outros.² Assim, compreende-se que as práticas alimentares se expressam em um *continuum* que vai das observáveis, como o consumo alimentar, às subjetivas, como os significados e representações atribuídos aos alimentos e ao comer.¹

Aspectos das práticas alimentares podem ser alcançados por meio de quatro níveis:

- Práticas observadas: tudo aquilo que se pode observar com relação à alimentação dos sujeitos, tanto presencialmente quanto por material audiovisual (como ao acompanhar e registrar em vídeo ou áudio as compras de alimentos de uma família)
- Práticas objetivadas: representam comportamentos não observados diretamente, mas acessados de maneira indireta (p. ex., ao utilizar dados de vendas de alimentos para inferir consumo alimentar)
- Práticas reconstruídas: memórias revividas por meio de métodos de história oral ou

de avaliação do consumo alimentar, como o recordatório alimentar de 24 h

- Práticas declaradas: descrições de atos, como cozinhar, de maneira espontânea – embora possivelmente menos acuradas que os dados observados, essas práticas permitem perceber intersecções entre o declarado e o observado, trazendo luz aos paradoxos da prática alimentar.¹

Partindo dessa leitura, entende-se que as práticas alimentares são condicionadas por fatores biopsicossocioculturais, ou seja, por questões que ultrapassam as características biológicas do ser humano, mas também abrangem os âmbitos psicológico, social e cultural. Tal noção tem como pressuposto que, embora a condição onívora do ser humano permita-lhe se alimentar tanto de animais quanto de vegetais, suas escolhas alimentares não resultam somente disso. O ser humano se alimenta também do imaginário e de significados – a alimentação conduz à biologia, mas não se limita a ela.³ Assim, as práticas alimentares devem ser entendidas também a partir das condições que as permitem existir, uma vez que são condicionadas pela disponibilidade objetiva de alimentos, por influências socioculturais, por questões emocionais etc.²

Assim, os seres humanos definem, dialogando com a sua cultura e interagindo com a natureza, aquilo que será considerado comestível e a isso atribuem diferentes significados

e valores que regem como, onde, com quem e por que se comem os alimentos. Esse “espaço de liberdade” para a expressão sociocultural das práticas alimentares foi denominado por Poulain e Proença¹ espaço social alimentar. É necessário destacar algumas dimensões desse espaço porque ele está conformado por múltiplos aspectos e intersecções. Ainda, é importante salientar que essas dimensões não atuam de maneira independente entre si, mas sim interagindo e fazendo com que as explicações sobre a alimentação demandem articulações complexas.

Nesse sentido, dificilmente as práticas alimentares são investigadas a partir de um único instrumento de produção de dados, pois exigem uma pluralidade de técnicas, métodos e disciplinas capazes de contribuir para a descrição e a compreensão dos fenômenos alimentares. Desse modo, neste capítulo, serão apresentados os principais condicionantes que atuam sobre as práticas alimentares a partir de um viés sociocultural, ressaltando-se que se trata de uma síntese, e não de uma revisão exaustiva (ou compreensiva).

FATORES AMBIENTAIS, MÍDIA E PUBLICIDADE

Entre alguns dos fatores ambientais permeados pela construção sociocultural de uma população, pode-se destacar os meios de produção, distribuição, disponibilidade e acesso dos alimentos. Tais estruturas compõem os ambientes alimentares, que, por sua vez, podem ser definidos como construções humanas, com características históricas, geográficas, arquitetônicas, culturais e sociais, que condicionam a variedade, o custo e a qualidade de alimentos disponíveis, acessíveis, convenientes e desejáveis para as pessoas ou as coletividades em determinada região geográfica – comunidade ou bairro.^{4,5} Assim, os ambientes alimentares são compostos por

características físicas, sociais, econômicas, culturais e políticas dos locais de produção, armazenamento, venda e distribuição dos alimentos, das informações disponíveis em rótulos e embalagens e das experiências dos indivíduos nesses locais.⁶

Nos últimos anos, um crescente número de estudos tem se debruçado sobre o ambiente alimentar, colocando em evidência sua influência sobre as práticas alimentares de uma população.⁶ Isso porque ele promove estímulos diários que influenciam escolhas e contribuem para a formação das práticas alimentares de indivíduos e coletividades.⁷ Têm sido descritas diferenças importantes entre ambientes alimentares de bairros de maior e menor nível socioeconômico, verificando que bairros de maior poder aquisitivo apresentam disponibilidade de alimentos considerados saudáveis, como frutas, verduras e legumes, enquanto bairros de menor renda muitas vezes apresentam “desertos alimentares”.¹⁰ Walker *et al.*¹⁰, em revisão sistemática, buscaram explorar estudos que investigaram desertos alimentares nos EUA. O primeiro aspecto observado foi o acesso a supermercados. Em nível nacional, estimou-se que bairros de menor poder aquisitivo tinham cerca de 30% menos supermercados que bairros com maior poder aquisitivo. É importante destacar que, nos EUA, os supermercados são um dos poucos estabelecimentos comerciais que vendem alimentos *in natura* e minimamente processados, a partir dos quais se pode cozinhar. Em outros países, como o Brasil, feiras livres e sacolões representam espaços importantes, que devem ser estudados.

A revisão sistemática supracitada apontou ainda que, na cidade de Filadélfia, os bairros de maior poder aquisitivo tinham 156% mais supermercados que os bairros de menor poder aquisitivo. Nesses últimos, observaram-se mais problemas de saúde que tinham a alimentação como um fator de risco, como

* O termo “desertos alimentares” foi usado pela primeira vez no começo dos anos 1990 na Escócia. Desde então, tem sido empregado de maneira diferente por pesquisadores. Embora não haja um consenso acerca da sua definição, adotou-se neste capítulo a definição de Cummins e Macintyre⁸, a de que desertos alimentares são “áreas urbanas de menor renda, nas quais os moradores não têm possibilidade financeira de comprar comidas mais saudáveis”. Assim, desertos alimentares podem contribuir para disparidades sociais na alimentação e em desfechos de saúde relacionados com a alimentação.⁹

diabetes, doenças cardiovasculares e câncer. Também foi identificado que moradores de bairros de menor poder aquisitivo poderiam ter mais dificuldade de arcar com os custos de transporte para os supermercados localizados fora da sua vizinhança, limitando, assim, o acesso a outras opções de comidas. Outros aspectos que interagem com a vizinhança, como insegurança e extensos horários de trabalho de seus moradores, também se mostraram como impeditivos para esse acesso.¹⁰

Em contrapartida, a maior presença de pequenos mercados, máquinas de venda e restaurantes *fast-food* parece favorecer o consumo de alimentos de maior densidade energética e menor teor nutricional a um menor custo monetário.^{12,13} Ainda, os alimentos ultraprocessados e os *fast-foods* estão amplamente disponíveis e acessíveis em vários ambientes bastante frequentados, como escolas e locais de trabalho, transporte e lazer.^{13,14}

Aspectos relacionados com a condição racial e étnica também se mostraram relevantes para disparidades de “desertos alimentares”. Ainda na revisão sistemática supracitada, observou-se que a disponibilidade de redes de supermercado em bairros de população majoritariamente negra era 52% menor que em bairros com maioria branca. Essa diferença se manteve depois do controle de outras variáveis, como a renda do bairro. Por fim, outro aspecto verificado foi de que o preço dos alimentos era maior, a qualidade dos alimentos pior e a quantidade dos produtos oferecidos menor em áreas em que o poder aquisitivo era menor em comparação àquelas mais afluentes.¹⁰ Ressalta-se que esse contexto favorece a disparidade econômica, racial e étnica nos acessos a alimentos saudáveis.^{15,16}

Quando se fala de ambiente alimentar, estabelece-se um diálogo entre os aspectos que pertencem ao âmbito da natureza, ou seja, das condições geográficas e climáticas, e aqueles outros que pertencem ao âmbito da cultura, ou seja, relacionados com as transformações que o ser humano faz na natureza e o ambiente construído por ele. Em se tratando de exposições a certos tipos de ambientes que influenciam de maneira relevante as práticas alimentares na contempo-

raneidade, é importante também dar atenção à mídia e à publicidade. Em um estudo, Dohnt e Tiggemann¹⁷ exploraram as influências da mídia sobre a preocupação com dieta em 128 meninas de 5 a 8 anos. Os resultados mostraram que expô-las a programas de televisão e materiais impressos que focavam na aparência se associava a uma maior preocupação e atenção delas com a alimentação. Tal discurso é, no entanto, imperativo entre as reportagens de nutrição voltadas a adolescentes do sexo feminino, como observado por Guillen e Barr¹⁸ ao longo de 20 anos. Os autores descrevem que, no decorrer de todo o período, tais reportagens enfatizaram a perda de peso e a aparência física, sendo que metade delas apresentava um plano alimentar visando à perda de peso.¹⁸ Tal divulgação das dietas da moda pode enfraquecer as práticas alimentares saudáveis, pois a mídia utiliza discurso relacionado com o poder mágico, tornando-as atraentes para uma parte da população.^{19,20}

Já com relação ao efeito da publicidade sobre práticas alimentares menos saudáveis, um estudo transversal com 12.188 adolescentes australianos indicou que uma maior exposição a comerciais e a outros tipos de *marketing* relacionados com a comida estava independentemente associada às práticas alimentares dos adolescentes. Os participantes que relataram uma alta exposição a comerciais de televisão (mais de 2 h por dia) mostraram-se mais propensos a consumir mais comidas energeticamente densas e nutricionalmente pobres.²¹

Por meio da publicidade dos alimentos ultraprocessados e *fast-foods*, percebe-se um jogo de poderes que agrega uma série de valores e significados socioculturais para incentivar o consumo desses produtos alimentícios, como a alegria, o carinho em ofertar esses alimentos para os filhos e a família, o *status* social associado e até mesmo conotações como ser radical ou “descolado” etc.^{22,23}

Outro estudo encontrou resultados importantes associando propagandas de comidas e risco de sobrepeso entre crianças estadunidenses, australianas e europeias.²⁴ Houve associação significativa entre o sobrepeso e a

exposição a propagandas na televisão, especialmente entre aquelas que encorajavam o consumo de comidas energeticamente densas e nutricionalmente pobres. Uma associação negativa, porém fraca, foi encontrada entre sobrepeso e propagandas encorajando práticas alimentares mais saudáveis. Os resultados dos estudos supracitados mostram a importância de ações que reduzam o *marketing* de comidas para crianças e adolescentes como fator importante para estimular a adoção de práticas alimentares mais saudáveis e prevenir o sobrepeso e a obesidade.

NORMAS SOCIAIS, FATORES ECONÔMICOS E GÊNERO

Os grupos sociais compartilham normas que dizem respeito às regras e aos modelos de conduta que orientam suas práticas. Tais normas são permeadas por julgamentos morais do que se deve ou não fazer/comer e definem categorias para os diferentes alimentos, seus diferentes usos, suas prescrições e proibições, suas formas de preparo, sua composição, o número das refeições diárias, entre outras regras alimentares.¹ Lévi-Strauss²⁵ reflete como normas sociais atuam para definir categorias de alimentos em seu livro *A origem dos modos à mesa*. Para o autor, o que cada cultura entende por cru, cozido ou podre é particular, não havendo razão para que se suponha que tais categorias signifiquem a mesma coisa ou compreenda os mesmos processos. Observam-se assim o caráter relativo das tradições e classificações alimentares e a permeabilidade histórica que elas apresentam.

Normas sociais relacionadas com a alimentação não são fixas, e sim permeáveis às novas maneiras de entender a sociedade. Também são muito sensíveis ao passo do tempo. Nesse sentido, quando se fala de normas não se quer dizer que sejam imutáveis, mas construídas historicamente, criando tradições alimentares que pautam, e às vezes regem, quando comer certas preparações, como no caso de datas comemorativas.

Normas sociais também condicionam a forma de preparar alimentos e as maneiras como serão consumidos.¹ Elas se concentram

nos aspectos estruturais da alimentação, definindo modos à mesa, estruturas das refeições, horários, modos de comer etc. Tais normas estruturam a alimentação cotidiana e reforçam aspectos importantes e marcas diferenciadoras entre os grupos sociais.²

Um importante *locus* para o aprendizado de normas sociais e tradições alimentares é o espaço familiar, por meio do contato e da interação com cônjuges, pais, avós, irmãos etc. Um estudo qualitativo explorou como adultos, já no papel de pais, descreviam diferenças e similaridades entre as refeições feitas quando eram crianças em comparação àquelas feitas no seu momento de vida atual.²⁶ Algumas diferenças em relação à infância foram apontadas, como as regras à mesa e o maior acesso a comidas. Apesar disso, um ponto central para a maioria dos participantes foi ter aprendido quando crianças que refeições em família eram importantes e, assim, buscavam passar essa lição para seus próprios filhos, ensinando-os as regras para se comer em família, como lavar as mãos antes de comer, sentar-se à mesa e conversar com os outros durante as refeições.

Uma pesquisa com adolescentes no Equador mostrou que a disponibilidade de alimentos saudáveis em casa teve forte influência sobre seu consumo alimentar, já que adolescentes tendem a comer o que é servido e está disponível em casa.²⁷ Ademais, o apoio dos pais à ingestão de alimentos saudáveis (dada pelo exemplo do consumo de frutas, legumes, verduras, entre outros) e a frequência das refeições realizadas em conjunto com a família favorecem o desenvolvimento de práticas saudáveis pelos adolescentes.²⁸⁻³⁰

Ao mesmo tempo, deve-se considerar a influência exercida por outras pessoas além dos familiares. Verstraeten *et al.*²⁷ observaram uma norma subjetiva que norteava a relação entre a alimentação e o grupo de amigos. A maioria dos adolescentes participantes relatou ter medo do julgamento de outras pessoas quando comiam de forma saudável, descrevendo constrangimento e ridicularização, além de ser nomeado com expressões desqualificadoras, como “esquisito”, “estranho” ou alguém que “não está disposto a gastar dinheiro”.

É importante destacar que uma série de mitos, tabus³¹ e costumes³², entre outras crenças socioculturais relacionadas com a alimentação, modelam (e remodelam) as práticas alimentares durante o curso da vida.³⁴ Por exemplo, a gestação representa um estágio particular no curso da vida de uma mulher, uma vez que ela se encontra inserida em um contexto em que o biológico e o sociocultural se cruzam fortemente e condicionam as práticas alimentares.³⁵ Para as mulheres gestantes, o ato de comer pode ser intensamente afetado por significados atribuídos à imagem corporal, à saúde, à doença, à maternidade, ao discurso médico, às representações sociais, entre outros aspectos.^{35,36} Alguns exemplos de estudos qualitativos ilustram essa questão e serão apresentados a seguir, porém sem a intenção de generalizá-los para todas as gestantes e nutrizas dos estados citados. No Mato Grosso do Sul, por exemplo, as gestantes diminuem o consumo de alimentos gordurosos por acreditarem que favorecem os enjoos, bem como a comida temperada, conservantes e refrigerantes, que podem favorecer as cólicas e “problemas” no umbigo da criança, e cebola, que se acredita que pode dar gosto ruim ao leite materno.³⁷ Em Pernambuco, por sua vez, as grávidas não costumam comer frutas gêmeas, como a banana germinada, para não terem gravidez gemelar.³⁸ No Rio Grande do Norte, as gestantes não misturam leite com manga por acreditarem que causa “vomitação”, pode “ofender”, “fazer mal” ou “mata”.³⁹ Muitas são as crenças populares relacionadas com a alimentação, tornando-se um importante fator a ser considerado na modelação e remodelação das práticas alimentares em diversos momentos da vida.

Não apenas as etapas de vida, mas também as transformações nas condições de vida

ao longo da história têm importante influência sobre as práticas alimentares de grandes coletivos. Observa-se, por exemplo, ao longo das últimas décadas, uma maior valorização da praticidade do alimento, dados a falta de tempo crônica vivenciada pelos atores sociais contemporâneos e o gasto maior de tempo para aumentar a produtividade no trabalho.^{40,41} A busca por praticidade transforma refeições, com a substituição de preparações tradicionais feitas a partir de alimentos *in natura* e minimamente processados por produtos ultraprocessados. Assim, o estilo de vida contemporâneo orienta a procura por produtos que atendem às suas demandas palatáveis, acessíveis e com praticidade.⁴² Deve-se ressaltar que é necessária cautela para não naturalizar tal busca como um aspecto “rotineiro” ou descontextualizado, já que esta se insere em uma sociedade capitalista que determina que a força de trabalho tenha cada vez menos tempo para preparar os alimentos de maneira doméstica, o que, por sua vez, alimenta as grandes indústrias alimentícias.⁴¹

As condições materiais de um indivíduo ou de uma coletividade muitas vezes determinam suas possibilidades de estilos de vida, interagindo fortemente para a manifestação de suas práticas alimentares. Um estudo com mulheres moradoras da favela da Rocinha (no Rio de Janeiro) observou a predileção por comidas de alto valor calórico e poder de saciedade, que reflete seu passado de fome e escassez.⁴³ No entanto, não apenas a preocupação em saciar a fome regrava as práticas alimentares daquelas mulheres; as autoras descreveram que entre os alimentos de alta densidade energética era frequente o consumo de alimentos próprios da região, como angu, torresmo e garapa. Assim, observou-se que as práticas alimentares das participantes se

¹ Os mitos são narrativas fundadoras transmitidas pelos membros de uma sociedade de geração em geração. Sob a perspectiva de Lévi-Strauss³¹, o mito não está somente nele, e sim dentro do sistema de mitemas a que pertence e do qual que participa. Assim, um mito nunca funciona isolado, e sim em conjunto.

² Os tabus são proibições ou interdições estabelecidas por convenções culturais.³² O conceito de tabu tem mais de dois séculos de história em termos de discussão teórica e epistemológica, superando os objetivos deste capítulo.

³ A ideia de costume tem vários significados, mas neste capítulo será utilizada a ideia de “costume” classicamente no sentido de Weber³³, como um uso que se baseia na rotina.

apoiavam em hábitos e costumes historicamente construídos, o que ressaltava a importância da dimensão cultural nas escolhas do grupo e reforçava sua identidade.

Diferentes posições socioeconômicas indicam variações de estilos de vida. O gosto, as escolhas e as preferências dos indivíduos são construídos simbolicamente como sinais da posição social, do *status* e de distinção. Assim, o estilo de vida guarda estreita relação com a posição social e reflete-se na opção pelo tipo de alimentação e padrões estéticos, como evidenciam pesquisas sobre práticas culturais entre grupos com posições econômicas distintas.⁴⁴⁻⁴⁶

Estudos científicos sugerem que, em muitos países, pessoas com menor renda, menos educação, condições de trabalho inseguras e más condições de vida são mais propensas a vivenciar a insegurança alimentar, consumir alimentos pouco saudáveis e ter níveis mais elevados de doenças relacionadas com alimentação e nutrição.⁴⁷⁻⁵⁰ Isso porque é comum que famílias em situação de insegurança alimentar ingiram alimentos com maior densidade energética, menor valor nutricional e menor custo – como diversos alimentos ultraprocessados (p. ex., embutidos, enlatados, *fast-foods*, bolachas, bebidas açucaradas, doces ou guloseimas).^{51,52}

Os programas de transferência da renda (condicionados ou não) são de grande importância, pois favorecem o aumento ao acesso dos alimentos em quantidade e variedade.⁵³ No entanto, apenas o aumento da capacidade financeira não é suficiente para assegurar uma melhora na qualidade da alimentação. Estudos brasileiros com os participantes do Programa Bolsa Família relataram um menor consumo de alimentos processados e ultraprocessados e um maior consumo de alimentos *in natura* ou minimamente processados quando comparados ao consumo da população geral, expressa na Pesquisa Nacional de Orçamentos Familiares (POF 2008-2009), e ao do próprio indivíduo antes de participar desse programa.⁵⁴⁻⁵⁶ Assim, ressalta-se que a transferência de renda é um programa social de grande impacto, que deve se articular com a disponibilidade, o acesso,

a distribuição e o preço dos alimentos, a composição familiar, o nível educacional dos membros da família e os significados das comidas para eles etc.

As circunstâncias de trabalho também podem condicionar as escolhas alimentares indiretamente por meio de sua influência na renda e no tempo disponível para o planejamento de refeições, as compras de alimentos e a preparação dos alimentos/refeições pessoais.⁵⁷ Condições de emprego precárias, como trabalho por turnos, horas de trabalho variáveis, não padronizadas ou inflexíveis, horas extras e trabalhos múltiplos, são identificadas como fatores associados a menor preparo de alimentos em domicílio, menor frequência de refeições familiares ou maior consumo de alimentos fora de casa, pior qualidade nutricional das refeições e práticas alimentares menos saudáveis.⁵⁸ A distância entre a casa e o trabalho também corresponde a um obstáculo para a alimentação saudável, o preparo de refeições em domicílio e o consumo das refeições em família.⁵⁹

Assim como a posição socioeconômica, o gênero tem um papel importante na determinação dos estilos de vida, das expectativas sociais e, conseqüentemente, da alimentação. No ambiente familiar, por exemplo, a figura materna apresenta um papel de destaque na alimentação e na nutrição da família.⁶⁰ Isso porque a demarcação tradicional entre gêneros confere simbolicamente uma atuação doméstica às mulheres e pública aos homens, e, mesmo depois de a mulher passar a ocupar espaços fora de casa, inclusive em trabalhos remunerados, ainda recai sobre ela a responsabilidade quase total sobre a alimentação familiar.⁶¹ O problema do trabalho duplicado das mulheres chega a apresentar aspectos dramáticos porque consome o pouco tempo que a venda da força de trabalho deixa para o descanso, provocando estresse e, possivelmente, degradando a saúde das mães. Para Nogueira⁶², na sociedade capitalista é a mulher quem, na divisão social do trabalho, fica como responsável pelo trabalho doméstico, independentemente de estar empregada ou não pelo mercado laboral. Nos depoimentos recolhidos pela pesquisadora, aparece de ma-

neira bem marcante “o direito” que os homens têm ao descanso nos dias de folga e “a obrigação” das mulheres em “limpar a casa e cozinhar” em seus dias livres.

Tal responsabilidade se reflete em práticas específicas de preparo dos alimentos, distintas dos homens, que muitas vezes não cozinham ou se dedicam a cozinhar apenas certos tipos de comida e em ocasiões especiais, como churrascos aos fins de semana – mas também em sua restrição de comida. Nesses te quando há restrição de comida. Nesses casos, são comuns relatos de mulheres deixando a maior parte da comida (ou os alimentos mais valorizados, como a carne) para filhos e marido.^{45,63,64}

Diferenças de consumo alimentar entre homens e mulheres também foram apontadas em alguns trabalhos, com mulheres tendo uma alimentação mais frugal que os homens.^{65,66} Essa observação reforça a construção de gênero como uma importante influência para as práticas alimentares, que não pode ser explicada por um só motivo, mas por um arranjo de diversas pressões sociais, como a responsabilidade de educar os filhos com relação ao que comer e à insatisfação com o tamanho corporal.^{67,68}

Barthes⁶⁹ aprofunda a análise sobre as diferenças de práticas alimentares entre gêneros a partir da noção da construção mitológica machista de ideal feminino. Segundo o autor, em decorrência dessa construção, comer é considerado “coisa de homem”, com a mulher só tomando parte na alimentação em funções como as de cozinheira e de criada, que prepara e serve o alimento, mas nunca vista comendo.⁶⁹ Contudo, quando diz respeito aos homens, a alimentação é valorizada como um meio para conseguir força para o trabalho e um prazer a ser exaltado com exagero – o homem ingere mais alimentos que as mulheres, sendo os excessos socialmente aceitáveis.⁷⁰ Nesse processo, reconhece-se um sexismo alimentar, em que as mulheres têm uma relação de cuidado com a alimentação e pensam-na como objeto de prazer para os outros homens. Aos homens, a alimentação compreende um reforço de sua masculinidade; dessa maneira, não existe

preocupação em manter-se saudável, sendo socialmente permitidos os excessos e as alimentações gordurosas e ricas em energia.

IDENTIDADE, CORPO E FATORES EMOCIONAIS

Inseridos nos espaços discutidos até agora, dos mais macro ao mais micro, os sujeitos ocupam ambientes e papéis sociais distintos com normas e valores aprendidos, internalizados e reproduzidos por meio de práticas. Tais normas e valores influenciam de maneira importante o que é desejado e consumido, inclusive em termos alimentares. A partir dessas influências, contrói-se o gosto, que é, portanto, uma “objetividade interiorizada” que, compo a subjetividade do sujeito, reflete uma escolha estética.⁷¹ Ao comprar um alimento, os sujeitos não adquirem apenas um objeto tangível, mas também os significados que aquela comida carrega. A comida resume e transmite uma situação, constitui uma informação; pode-se afirmar que esses alimentos atuam como símbolos: saudáveis, besteiras, leves, pesados, de rico, de pobre etc.⁶⁹

Reforçando a discussão sobre o alimento como símbolo, Vilaça e Góes⁷² afirmam que a comida é signo de múltiplos campos, representando até mesmo o *status* de alguém. Tivadar e Luthar⁷³ realizaram um estudo quantitativo na Eslovênia com mulheres e homens adultos a fim de entender a lógica que motivava as práticas alimentares. Para tanto, relacionaram-nas com características sociodemográficas, visão de mundo e consumo cultural dos sujeitos. Definiram, a partir de análise de *cluster* e do referencial teórico de Pierre Bourdieu, seis grupos de “culturas alimentares”, entre os quais estavam os “homens tradicionalistas eslovenos”, que, com relação à alimentação, valorizavam abundância e rejeitavam novidades. Eles valorizavam comida caseira e consideravam que a mulher era a responsável por prepará-la. Também tinham uma forte noção de nacionalismo, viam minorias de maneira preconceituosa e consumiam pouca tecnologia (internet, cartões de crédito).

Outro grupo, de "hedonistas preocupados com a saúde", via a comida como importante fonte de prazer ao mesmo tempo que tinha o consumo alimentar guiado por uma preocupação com a saúde. Eles gostavam de novidades alimentares e rejeitavam o patriarcalismo de divisão doméstica. Dois terços eram mulheres, sendo o grupo com a maior renda e a maior porcentagem de pessoas que falavam inglês. Nesses dois breves exemplos, vê-se uma coerência entre um posicionamento em relação à comida e ao resto do mundo. A partir disso, pode-se refletir sobre o papel simbólico da comida – tal como seria a comida caseira para os tradicionalistas –, que reforça uma identidade ou pertencimento a um grupo social. Assim, comer alimentos exóticos, como os "hedonistas preocupados com a saúde" fazem, reforça a imagem de aventureiros e com gosto refinado, acessível somente àqueles com capital econômico suficiente para adquirir certos alimentos e capital cultural para apreciá-los.

Para entender a relação das práticas alimentares com outras partes da vida, diversos pesquisadores, conforme a revisão integrativa feita por Sato *et al.*⁴⁶, recorreram à teoria de *habitus* de Pierre Bourdieu. O autor define *habitus* como um arranjo de estruturas incorporadas que, ao serem expressas em práticas, estruturam o mundo.⁴⁴ Ou seja, o *habitus* é estruturado (a partir dos campos em que os sujeitos se inserem) e também estruturante (desses mesmos campos). Desse modo, os sujeitos atuam de acordo para conseguir o que é valorizado nos campos em que estão, por meio, por exemplo, do consumo de certos tipos de comida para afirmar *status* social. Assim, o *habitus*, uma predisposição a certas práticas construídas a partir do percurso do sujeito, influenciaria as escolhas do quê, como e com quem se come. Nessa direção, a noção de *habitus* busca lidar com a aparente contradição entre condicionamentos sociais exteriores e a subjetividade dos sujeitos, entendendo que ambos coexistem em uma relação de interdependência.⁴⁴

Segundo Bourdieu⁴⁴, o gosto em comida também é afetado pela ideia que os grupos têm sobre o corpo e pelos efeitos do alimento no corpo. O autor descreve diferenças entre

classes sociais nesse sentido; as classes mais altas valorizariam corpos femininos menores e mais delicados, incentivando alimentações mais leves, e práticas voltadas à manutenção (ou diminuição) do peso corporal. Em um período em que a imagem é altamente valorizada e os corpos são vistos como passíveis de quaisquer mudanças, uma das maneiras de exercitar controle sobre o corpo é disciplinando as práticas alimentares, as quais, assim, inscrevem no corpo seus significados, lidos e reconhecidos socialmente.⁷⁴

A tentativa de disciplinar as práticas alimentares pode ser vista, por exemplo, por meio dos esforços para reduzir ou restringir a quantidade e o tipo de comida ingerida. Estes, quando resultam em um corpo socialmente valorizado, podem se tornar importantes símbolos de virtudes, como controle, força de vontade e capacidade de ignorar desejos. Por sua vez, quando o corpo é "desviante" da norma, características depreciativas são socialmente associadas à pessoa, que pode ser vista como incapaz de exercer controle das suas vontades, gulosa, sem força de vontade.⁷⁵⁻⁷⁷

Nas interações entre práticas alimentares e corpo, não só a comida é vista como passível de transformar o corpo, mas também a percepção do próprio corpo representa uma importante influência sobre a construção das práticas alimentares. No caso de pessoas insatisfeitas com seus corpos, por exemplo, a condição corporal pode levá-las a se submeter a restrições alimentares visando a reduzir o peso corporal.⁶⁸ Embora algumas pessoas consigam perder peso com tal estratégia, para aquelas que não o conseguem, a experiência pode ser frustrante.

No estudo de Byrne *et al.*⁷⁸, as mulheres que não conseguiram manter o peso perdido por restrição calórica relataram se sentir fracassadas, insatisfeitas e pouco motivadas para fazer mudanças futuras. Uma dessas participantes inclusive comparou o corpo gordo com a anorexia nervosa, como observado nesta fala:

Eu estava tão envolvida emocionalmente com a perda de peso e com ser algo que eu não conseguia ser que eu deixei de lado todo o resto. O peso toma conta da sua

vida... Eu vejo paralelos com a anorexia nervosa. Eles vivem em função de seus corpos, assim como nós, mas no outro extremo da balança.⁷⁸

Na anorexia nervosa, os distúrbios de imagem corporal agravam ainda mais a relação transtornada com a comida, já que a pessoa, nunca estando satisfeita com seu corpo, restringe ainda mais a alimentação a fim de atingir um ideal inatingível.⁷⁹ Mesmo considerando pessoas recuperadas da anorexia nervosa, o corpo ainda pode exercer influência nas suas práticas alimentares. Um estudo investigou a alimentação de mulheres recuperadas da anorexia nervosa. As participantes foram entrevistadas sobre sua alimentação na vigência da anorexia nervosa e posteriormente à doença. Os resultados mostraram que, embora menos presente do que quando comparado ao período de vigência da anorexia nervosa, algumas participantes relataram preocupação com a quantidade e a qualidade das comidas consumidas, expressando o desejo de estabelecer uma disciplina em relação a sua alimentação e ter uma alimentação mais saudável e natural. Também foi relatado por algumas participantes uma preocupação de que algumas comidas trariam consequências irreversíveis para seus corpos.⁸⁰

Pesquisadores também observaram que mulheres com anorexia nervosa associavam o ato de comer a dificuldades emocionais, autorreferidas com frequência como "nervoso", "estresse", "ansiedade" e "depressão". Tais sintomas foram considerados pelas mulheres os principais responsáveis pelo que elas viam como transgressões e excessos alimentares, como ilustrados nos trechos: "eu como muito porque eu sou nervosa" ou "como porque sou muito ansiosa".⁴³

No entanto, aspectos emocionais não são relevantes apenas para as práticas alimentares entre grupos com anorexia nervosa ou outros transtornos alimentares. Kontinen *et al.*⁸¹ avaliaram as associações entre o comer emocional e sintomas depressivos com o consumo de doces, comidas energeticamente densas (que não doces) e frutas e verduras em homens e mulheres de diferentes pesos corporais. Tanto para os homens quanto para as mulheres, o comer emocional e os sintomas depres-

sivos estavam positivamente correlacionados e ambos associados a um maior índice de massa corpórea. O comer emocional estava ligado a um maior consumo de doces em ambos os sexos, independentemente de sintomas depressivos e do comer restritivo. Para os homens, o mesmo resultado se deu para comidas energeticamente densas. Também foram observadas associações positivas de sintomas depressivos e o consumo de comidas energeticamente densas. Por fim, sintomas depressivos, mas não o comer emocional, se relacionaram com um consumo mais baixo de frutas e vegetais.

Outro estudo avaliou a relação do estresse com comportamentos associados à alimentação e com tipos de comidas consumidas.⁸² As participantes eram mulheres de diferentes pesos corporais e os resultados mostraram, quando outras variáveis foram controladas (idade, índice de massa corpórea, renda e educação), que a percepção e a exposição a fatores estressantes se relacionaram com maior impulso para comer e um maior consumo de comidas palatáveis e não tão nutritivas. Ademais, o estresse se associou a uma maior descontrolado em relação ao comer, a uma maior sensação de fome e a maior frequência de "beliscar" comidas.⁸² Bennett *et al.*⁸³ investigaram as percepções de estudantes acerca de suas emoções e seu comer. As meninas identificaram o estresse como o principal gatilho para o comer emocional, como observado na seguinte fala:

Quando eu estou chateada, eu sei que eu como mais. Se eu estou brava com alguma coisa, eu simplesmente recorro ao chocolate.

Esse comer em resposta a uma demanda emocional era frequentemente seguido pela sensação de culpa. Os meninos identificaram como gatilho para o comer emocional uma sensação incômoda de tédio ou ansiedade, para as quais a comida se tornava um fator de distração:

Uma das coisas ruins que eu faço é ter doces no meu quarto, como chocolates. Quando eu não estou contente, eu tenho o pensamento de que o doce vai fazer com que eu me sintam bem.

Diferentemente das meninas, os meninos expressaram menos frequentemente sentir culpa após os episódios de comer emocional. Por fim, durante os episódios de comer emocional, estudantes de ambos os sexos escolhiam comer o que definiam como comidas não saudáveis.⁸³

Destaca-se, no entanto, que todas as escolhas alimentares são atravessadas por representações coletivas, imaginárias e crenças, e não apenas pela racionalidade dietética.^{34,84} Frente à escolha do que comer, os conhecimentos acerca de uma alimentação saudável construídos pelos indivíduos são ferramentas importantes para a melhora das escolhas de compra, preparo e consumo dos alimentos. Contudo, o conhecimento sobre alimentação saudável parece ser um condicionante importante, porém não suficiente para a construção das práticas alimentares saudáveis, haja vista a complexidade e a vastidão dos demais condicionantes discutidos até aqui.⁸⁵

Nesse cenário, destacam-se como importantes condicionantes das práticas alimentares as preferências alimentares dos sujeitos. As características organolépticas dos alimentos, em termos de sabor, textura, aparência e cheiro, são frequentemente poderosas influenciadoras das escolhas alimentares.⁸⁵ Nesse sentido, uma das maiores dificuldades consiste em evitar os alimentos ultraprocessados, altamente palatáveis por sua composição com grandes quantidades de açúcar, gordura, sal, flavorizantes, aromatizantes e outros aditivos alimentares.^{89,90} Entretanto, o desenvolvimento e o resgate das habilidades culinárias podem resultar em preparações saudáveis, feitas com alimentos *in natura*, minimamente processados e ingredientes culinários, e que tenham excelentes características sensoriais.⁸⁷ Nesse sentido, parece ser interessante em um processo de cuidado nutricional que a(o) profissional investigue a relação que a pessoa tem com a comida, levando em consideração as emoções envolvidas nessa prática.

No entanto, é necessária também atenção a níveis mais abrangentes dos condicionantes das práticas alimentares. Friel *et al.*⁸⁸ observaram que grande parte das evidências científicas relacionadas com o desenvolvimento de práticas alimentares saudáveis são discu-

tadas em nível individual. Assim, é importante pensar e discutir ações governamentais e suas possibilidades, como promover ambientes alimentares saudáveis por meio de ações regulatórias em relação a produção, comercialização e divulgação de produtos comprovadamente danosos à saúde humana; e a divulgação de guias alimentares e promoção do acesso ao cuidado em saúde.⁴²

Nesse sentido, instrumentos econômicos que podem promover as práticas alimentares saudáveis são políticas de subsídio fiscal a produção, distribuição e venda de alimentos saudáveis (frutas, legumes, verduras, arroz, feijão, entre outros alimentos *in natura* ou minimamente processados) e taxação fiscal de alimentos não saudáveis (como os ultraprocessados e *fast-foods*).⁸⁸ Tais medidas devem ser somadas a intervenções que forneçam alimentos *in natura* ou minimamente processados em instituições públicas e privadas, como sacolões, feiras-livres e hortas comunitárias em bairros de baixa renda e esquema de transporte público comunitário ou entrega de alimentos a fim de favorecer o acesso e o consumo de alimentos saudáveis.^{89,90}

Medidas importantes de controle governamental sobre as indústrias de alimentos abrangem: proibição e fiscalização da publicidade de alimentos ultraprocessados e *fast-foods* nos locais de estudo, trabalho, transporte e lazer (p. ex., escolas, shoppings, metrô, pontos de ônibus e clubes esportivos); regulamentação de rotulagem dos alimentos esclarecedora e compreensível (p. ex., por meio de rotulagem frontal de advertência e intervenções sobre as reformulações destinadas a reduzir a proporção e a quantidade de componentes e nutrientes críticos em alimentos ultraprocessados).^{88,91}

Já na esfera da participação social, o engajamento cívico, o ativismo e a participação popular nos processos de tomada de decisão e implementação de ações de promoção das práticas alimentares saudáveis são cruciais.^{92,96}

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos esforços para discutir alguns dos principais condicionantes das práticas alimentares, vale atentar para fatores socioculturais que interagem com aspectos políticos, am-

bientais, econômicos e emocionais que competem para construir e condicionar o comer. As distintas instâncias presentes nos campos socioculturais atuam sobre a construção de identidades, definindo normas, gostos, símbolos e significados, que predisporão práticas alimentares em concordância com o contexto em que foram produzidos e para atender às expectativas do papel social ocupado por quem as pratica.^{44,46} Referências ligadas a tradições, mídia, classe social, gênero, família e colegas interagem e se afetam no espaço dinâmico das relações sociais, ao mesmo tempo que contribuem para a construção das identidades e da imagem de si, conforme ilustrado na Figura 15.1.⁴²

Ressalta-se que este capítulo buscou apresentar apenas algumas das influências e interações que ocorrem na constante construção das práticas alimentares. Considera-se pouco prudente estudar tal objeto em perspectivas unidisciplinar ou unilógica que, na maioria das vezes, são limitadas em conhecimentos. Para as(os) nutricionistas e pesquisadoras(es), o pensamento complexo favorece (re)ligar saberes que, por muito tempo, vêm sendo fragmentados.⁹⁷ Assim, necessita-se de outros saberes que se unam em diálogos e polilógi-

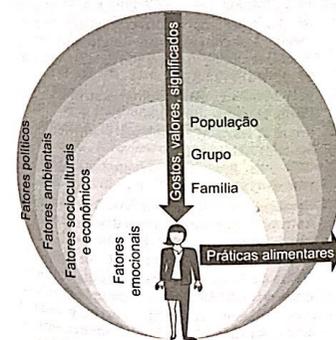


Figura 15.1 Dimensões dos condicionantes das práticas alimentares.

cas a fim de contribuir para o entendimento das práticas alimentares hegemônicas, concorrentes, antagônicas e contraditórias que podem ser expressas pelos indivíduos e pelas coletividades.^{98,99}

A partir do entendimento dos condicionantes das práticas alimentares como um objeto complexo, nutricionistas e outras(os) profissionais podem atuar tendo em vista a garantia e a promoção da alimentação saudável e adequada a todos os indivíduos e grupos. É essencial que diferentes dimensões, como as apontadas neste texto, sejam consideradas na elaboração de abordagens, tanto individuais quanto coletivas, já que, mesmo em ações individuais, o sujeito estará inserido em um ambiente e espaço social; ao mesmo tempo que, em se tratando de um grupo, também será importante entender que haverá questões individuais dos membros. Entretanto, para que sejam possíveis práticas alimentares que garantam o direito à alimentação saudável e adequada, todas as ações supramencionadas devem ser articuladas com outras que visem à redução da pobreza, da desigualdade social e das disparidades de gênero e raça.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Poulain J-P, Proença RPC. Reflexões metodológicas para o estudo das práticas alimentares. *Rev Nutr.* 2003;16(4):365-86.
2. Rotenberg S, Vargas S. Práticas alimentares e o cuidado da saúde: da alimentação da criança à alimentação da família. *Rev Bras Saude Mater Infant.* 2004;4(1):85-94.
3. Fischler C. Commensality, society and culture. *Soc Sci Inf.* 2011;50(3-4):528-48.
4. Rideout K, Mah CL, Minaker L. Food environments: an introduction for public health practice. National Collaborating Centre for Environmental Health. 2015;1-7.
5. Herforth A, Ahmed S. The food environment, its effects on dietary consumption, and potential for measurement within agriculture-nutrition interventions. *Food Sec.* 2015;7(3):505-20.
6. Caspi CE, Sorensen G, Subramanian SV, Kawachi T. The local food environment and diet: a systematic review. *Health Place.* 2012;18(5):1172-87.
7. Hawkes C, Smith TG, Jewell J, Wardle J, Hammond RA, Friel S, et al. Smart food policies for obesity prevention. *Lancet.* 2015;385(9985):2410-21.

8. Cummins S, Macintyre S. "Food deserts" – evidence and assumption in health policy making. *BMJ*. 2002;325(7361):436-8.
9. Beaulac J, Kristjansson E, Cummins S. A systematic review of food deserts, 1966-2007. *Prev Chronic Dis*. 2009;6(3):A105.
10. Walker RE, Keane CR, Burke JG. Disparities and access to healthy food in the United States: a review of food deserts literature. *Health & Place*. 2010;16(5):876-84.
11. Monteiro CA, Levy RB, Claro RM, Castro IRR de, Cannon G. A new classification of foods based on the extent and purpose of their processing. *Cad Saude Publica*. 2010;26(11):2039-49.
12. Story M, Kaphingst KM, French S. The role of schools in obesity prevention. *Future Child*. 2006;16(1):109-42.
13. Story M, Kaphingst KM, Robinson-O'Brien R, Glanz K. Creating healthy food and eating environments: policy and environmental approaches. *Annu Rev Public Health*. 2008; 29:253-72.
14. Pan American Health Organization, World Health Organization. Ultra-processed food and drink products in Latin America: trends, impact on obesity, policy implications. Washington (DC): PAHO/WHO; 2015.
15. Morland K, Wing S, Diez Roux A. The contextual effect of the local food environment on residents' diets: the atherosclerosis risk in communities study. *Am J Public Health*. 2002;92(11):1761-7.
16. Pothukuchi K. Attracting supermarkets to inner-city neighborhoods: economic development outside the box. *Econ Dev Q*. 2005; 19(3):232-44.
17. Dohnt HK, Tiggemann M. Body image concerns in young girls: the role of peers and media prior to adolescence. *J Youth Adolesc*. 2006;35(2):135.
18. Guillen E, Barr SI. Nutrition, dieting and fitness messages in a magazine for adolescent women. *J Adolesc Health*. 1994;15:464-72.
19. Becker AE, Burwell RA, Herzog DB, Hamburg P, Gilman SE. Eating behaviours and attitudes following prolonged exposure to television among ethnic Fijian adolescent girls. *Br J Psychiatry*. 2002;180(6):509-14.
20. Morris AM, Katzman DK. The impact of the media on eating disorders in children and adolescents. *J Paediatr Child Health*. 2003; 8(5):287-9.
21. Scully M, Wakefield M, Niven P, Chapman K, Crawford D, Pratt IS, et al. Association between food marketing exposure and adolescents' food choices and eating behaviors. *Appetite*. 2012;58(1):1-5.
22. Harris JL, Bargh JA, Brownell KD. Priming effects of television food advertising on eating behavior. *Health Psychol*. 2009;28(4):404-13.
23. Kelly B, Halford JC, Boyland EJ, Chapman K, Bautista-Castaño I, Berg C, et al. Television food advertising to children: a global perspective. *Am J Public Health*. 2010;100(9):1730-6.
24. Lobstein T, Dobb S. Evidence of a possible link between obesogenic food advertising and child overweight. *Obes Rev*. 2005;6(3):203-8.
25. Lévi-Strauss C. A origem dos modos à mesa. São Paulo: Cosac & Naify; 2006.
26. Trofholz AC, Thao MS, Donley M, Smith M, Isaac H, Berge JM. Family meals then and now: a qualitative investigation of inter-generational transmission of family meal practices in a racially/ethnically diverse and immigrant population. *Appetite*. 2018; 121(1):163-72.
27. Verstraeten R, Van Royen K, Ochoa-Avilés A, Penafiel D, Holdsworth M, Donoso S, et al. A conceptual framework for healthy eating behavior in Ecuadorian adolescents: a qualitative study. *PLoS One*. 2014;9(1):e87183.
28. Brown R, Ogden J. Children's eating attitudes and behaviour: a study of the modelling and control theories of parental influence. *Health Educ Res*. 2004;19(3):261-71.
29. Videon TM, Manning CK. Influences on adolescent eating patterns: the importance of family meals. *J Adolesc Health*. 2003;32(5):365-73.
30. Berge JM, MacLehose RE, Loth KA, Eisenberg ME, Fulkerson JA, Neumark-Sztainer D. Family meals. Associations with weight and eating behaviors among mothers and fathers. *Appetite*. 2012;58(3):1128-35.
31. Lévi-Strauss C. *Antropologia estrutural*. São Paulo: Cosac Naify; 2008.
32. Bonte P, Izard M. *Etnología y antropología*. Madrid: Akal; 1996.
33. Weber M. *Economia e sociedade*. Brasília: Editora UNB; 2004.
34. Canesqui AM, Diez-García RW, organizadores. *Antropologia e nutrição: um diálogo possível*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2006.
35. Raman S, Nicholls R, Ritchie J, Razee H, Shafiq S. Eating soup with nails of pig: thematic synthesis of the qualitative literature on cultural practices and beliefs influencing perinatal nutrition in low and middle-income countries. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016;16(1):192.
36. Baiao MR, Deslandes SF. Alimentação na gestação e puerpério. *Rev Nutr*. 2006;19(2):245-53.
37. Gomes MRT, Silva LT, Salamoni RM. Investigação dos tabus e crenças alimentares em gestantes e nutrizas do hospital regional de Mato Grosso do Sul – Rosa Pedrossian. *Ensaios e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde*. 2011;15(6):121-33.
38. Silva L, Santos RC, Parada CMGL. Com-preendendo o significado da gestação para grávidas diabéticas. *Rev Latino-AM Enfermagem*. 2004;12(6):899-904.
39. Trigo M, Roncada MJ, Stewien GTM, Pereira IMTB. Tabus alimentares em região do Norte do Brasil. *Rev Saúde Publ*. 1989;23(6):455-64.
40. Jabs J, Devine CM. Time scarcity and food choices: an overview. *Appetite*. 2006;47(2):196-204.
41. Hartmann C, Dohle S, Siegrist M. Importance of cooking skills for balanced food choices. *Appetite*. 2013;65:125-31.
42. Oliveira TC, Czeresnia D, Vargas EP, Barros DC. Concepções sobre práticas alimentares em mulheres de camadas populares no Rio de Janeiro, RJ, Brasil: transformações e ressignificações. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. 2018;22(65):435-46.
43. Ferreira VA, Magalhães R. Práticas alimentares de mulheres beneficiárias do Programa Bolsa Família na perspectiva da promoção da saúde. *Saúde e Soc*. 2017;26(4):987-98.
44. Bourdieu P. *A distinção*. 2. ed. Porto Alegre: Zouk; 2011.
45. Sato PM, Unsain RF, Gittelsohn J, Silva JGST, Perez ICG, Scagliusi FB. Strategies used by overweight and obese low-income mothers to feed their families in urban Brazil. *Appetite*. 2017;111:63-70.
46. Sato PM, Gittelsohn J, Unsain RF, Roble OJ, Scagliusi FB. The use of Pierre Bourdieu's Distinction concepts in scientific articles studying food and eating: a narrative review. *Appetite*. 2016;96:174-86.
47. Burns C. A review of the literature describing the link between poverty, food insecurity and obesity with specific reference to Australia. Melbourne: Victorian Health Promotion Foundation; 2004.
48. Friel S, Baker PI. Equity, food security and health equity in the Asia Pacific region. *Asia Pac J Clin Nutr*. 2009;18(4):620-32.
49. Pampel FC, Krueger PM, Denney JT. Socioeconomic disparities in health behaviors. *Annu Rev Sociol*. 2010;36:349-70.
50. Duran AC, Diez Roux AV, Latorre Mdo R, Jaime PC. Neighborhood socioeconomic characteristics and differences in the availability of healthy food stores and restaurants in São Paulo, Brazil. *Health Place*. 2013;23:39-47.
51. Larson NI, Story MT, Nelson MC. Neighborhood environments: disparities in access to healthy foods in the U.S. *Am J Prev Med*. 2009;36(1):74-81.
52. Forsyth A, Wall M, Larson N, Story M, Neumark-Sztainer D. Do adolescents who live or go to school near fast-food restaurants eat more frequently from fast-food restaurants? *Health Place*. 2012;18(6):1261-9.
53. Cotta RMM, Machado JC. Programa Bolsa Família e segurança alimentar e nutricional no Brasil: revisão crítica da literatura. *Rev Panam Salud Publica*. 2013;33(1):54-60.
54. Sperandio N, Rodrigues CT, Franceschini SDCC, Priore SE. Impacto do Programa Bolsa Família no consumo de alimentos: estudo comparativo das regiões Sudeste e Nordeste do Brasil. *Cien Saude Colet*. 2017;22(6):1771-80.
55. Nascimento EC, Cruz BEV, Calvi MF, Carvalho JPL, Reis CC, Gomes DL. A influência do Programa Bolsa Família nas práticas alimentares das famílias do Território do Marajó, Pará, Brasil. *Scientia Plena*. 2016;12(60):1-11.
56. Daufenback V, Ribas MTGO. "Staple food" and "children's food": food consumption by Bolsa Família program members in Curitiba-PR, Brazil. *Demetra*. 2016;11(1):47-64.
57. Devine CM, Farrell TJ, Blake CE, Jastran M, Wethington E, Bisogni CA. Work conditions and the food choice coping strategies of employed parents. *J Nutr Educ Behav*. 2009;41(5):365-70.
58. Bamba C. Work, worklessness and the political economy of health inequalities. *J Epidemiol Community Health*. 2011;65:746-50.
59. Friel S, Pescud M, Malbon E, Lee A, Carter R, Greenfield J, et al. Using systems science to understand the determinants of inequities in healthy eating. *PLoS One*. 2017;12(11):e0188872.
60. Devault ML. *Feeding the family: the social organization of caring as gendered work*. Chicago: The University of Chicago; 1991.
61. DaMatta, R. *O que faz o Brasil, Brasil?* Rio de Janeiro: Rocco; 1986.
62. Nogueira CM. *O trabalho duplicado: a divisão sexual no trabalho e na reprodução – Um estudo das trabalhadoras do telemarketing*. São Paulo: Expressão Popular; 2011.
63. Aguirre P. Aspectos socioantropológicos de la obesidad en la pobreza. In: Peña M, Bacallao J, editores. *La obesidad en la pobreza: un nuevo reto para la salud pública*. Washington (DC): WHO; 2002. p. 13-26.

64. Hamelin AM, Beaudry M, Habicht JP. Characterization of household food insecurity in Quebec: food and feelings. *Soc Sci & Med*. 2002;54(1):119-32.
65. Assumpção D, Domene SMA, Fisberg RM, Canesqui AM, Barros MBA. Diferenças entre homens e mulheres na qualidade da dieta: estudo de base populacional em Campinas, São Paulo. *Cien Saude Colet*. 2017;22(2):347-58.
66. Davila EP, Kolodziejczyk JK, Norman GJ, Calfas K, Huang S, Rock CL, et al. Relationships between depression, gender, and unhealthy weight loss practices among overweight or obese college students. *Eat Behav*. 2014;15(2):271-4.
67. Counihan C, Van Esterik P. *Food and culture: a reader*. Nova York: Routledge; 2013.
68. Santos LAS. Da anorexia à obesidade: considerações sobre o corpo na sociedade contemporânea. In: Diez-Garcia RW, Cervato-Mancuso AM. *Mudanças alimentares e educação nutricional*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. p. 109-17.
69. Barthes R. *Leitura de Brillat-Savarin*. In: Barthes R. *O rumor da língua*. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes; 2004.
70. Giard L. *Artes de nutrir*. In: Certeau M, Giard L, Mayol P, organizadores. *A invenção do cotidiano: morar, cozinhar*. v. 2. Rio de Janeiro: Vozes; 1998.
71. Serra GMA, Santos EM. Saúde e mídia na construção da obesidade e do corpo perfeito. *Cien Saude Colet*. 2003;8(3):691-701.
72. Villaça N, Góes F. Em nome do corpo. Rio de Janeiro: Rocco; 1998.
73. Tivadar B, Luthar B. Food, ethics and aesthetics. *Appetite*. 2005;44(2):215-33.
74. Lupton D. *Food, body and the self*. Califórnia: Sage Publications; 1994.
75. Vester K. Regime change: gender, class, and the invention of dieting in post-bellum America, United States. *J Soc Hist*. 2010;44(1):39-70.
76. Gracia-Arnaiz M. Fat bodies and thin bodies. Cultural, biomedical and market discourses on obesity. *Appetite*. 2010;55(2):219-55.
77. Brewis A, Wutich A, Falletta-Cowden A, Rodriguez-Soto I. Body norms and fat stigma in global perspective. *Curr Anthropol*. 2011;52(2):269-76.
78. Byrne S, Cooper Z, Fairburn C. Weight maintenance and relapse in obesity: a qualitative study. *Int J Obes*. 2003;27:955-62.
79. Garner DM, Garfinkel PE. Socio-cultural factors in the development of anorexia nervosa. *Psychol Med*. 1980;10(4):647-56.
80. Ulian MD, Unsain RF, Sato PM, Pereira PR, Stelmo IDC, Sabatini F, et al. Current and previous eating practices among women recovered from anorexia nervosa: a qualitative approach. *J Bras Psiquiatr*. 2013;62(4):275-84.
81. Kontinen H, Männistö S, Sarlio-Lähteenkorva S, Silventoinen K, Haukkala A. Emotional eating, depressive symptoms and self-reported food consumption. A population-based study. *Appetite*. 2010;54(3):473-9.
82. Groesz LM, McCoy S, Carl J, Saslow L, Stewart J, Adler N, et al. What is eating you? Stress and the drive to eat. *Appetite*. 2012;58:717-21.
83. Bennett J, Greene G, Schwartz-Barcott D. Perceptions of emotional eating behavior. A qualitative study of college students. *Appetite*. 2013;60(2013):187-92.
84. Burnett J. Plenty and want: a social history of food in England from 1815 to the present day. Londres: Routledge; 1989.
85. Stevenson C, Doherty G, Barnett J, Muldoon OT, Trew K. Adolescents' views of food and eating: identifying barriers to healthy eating. *J Adolesc*. 2007;30(3):417-34.
86. Monteiro CA, Moubarac JC, Cannon G, Ng SW, Popkin B. Ultra-processed products are becoming dominant in the global food system. *Obes Rev*. 2013;14(Suppl. 2):21-8.
87. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Guia alimentar para a população brasileira*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
88. Friel S, Hattersley L, Ford L, O'Rourke K. Addressing inequities in healthy eating. *Health Promot Int*. 2015;30(Suppl 2):ii77-88.
89. Victorian Health Promotion Foundation. *Food for All Program 2005-10: evaluation report*. Victoria: Victorian Health Promotion Foundation; 2011.
90. Cassidy D, Mohan V. Doing well by doing good? A supermarket shuttle feasibility study. *J Nutr Educ Behav*. 2004;36(2):67-70.
91. Khandpur N, Sato PM, Mais LA, Bortolotto Martins AP, Spinillo CG, Garcia MT, et al. Are front-of-package warning labels more effective at communicating nutrition information than traffic-light labels? A randomized controlled experiment in a Brazilian sample. *Nutrients*. 2018;10(6). pii: E688.
92. Smith A, Coveney J, Carter P, Jolley G, Laris P. The Eat Well SA project: an evaluation-based case study in building capacity for promoting healthy eating. *Health Promot Int*. 2004;19(3):327-34.
93. Borys JM, Le Bodo Y, Jebb SA, Seidell JC, Summerbell C, Richard D, et al. EPODE approach for childhood obesity prevention: methods, progress and international development. *Obes Rev*. 2012;13(4):299-315.
94. Wilson A, Jones M, Kelly J, Magarey A. Community-based obesity prevention initiatives in aboriginal communities: the experience of the eat well be active community programs in South Australia. *Health*. 2012;4:1500-8.
95. Mercer C, Riini D, Hamerton H, Morrison L, McPherson B. Evaluating a healthy eating, healthy action program in small Māori communities in Aotearoa, New Zealand. *Aust J Prim Health*. 2013;19(1):74-80.
96. Rush E, McLennan S, Obolonkin V, Vandal AC, Hamlin M, Simmons D, et al. Project Energize: whole-region primary school nutrition and physical activity programme; evaluation of body size and fitness 5 years after the randomised controlled trial. *Br J Nutr*. 2014;111(2):363-71.
97. Morin E. *A religação dos saberes: o desafio do século XXI*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2001.
98. Morin, E, Almeida C, Carvalho EA. *Educação e complexidade: os sete saberes e outros ensaios*. São Paulo: Cortez; 2002.
99. Morin E. *Os sete saberes necessários à educação do futuro*. São Paulo: Cortez; 2000.

BIBLIOGRAFIA

- Diez-Garcia RW. Reflexos da globalização na cultura alimentar: considerações sobre mudanças na alimentação urbana. *Rev Nutr*. 2003;16(3):483-92.
- Nascimento AABS. *Comida: prazeres, gozos e transgressões*. 2. ed. Salvador: EDUFBA; 2007.