



Ângela Miranda Oliveira **Numa encruzilhada de influências:
Entre alimentação, família e saúde.**

UMinho | 2011



Universidade do Minho
Instituto de Ciências Sociais

Ângela Miranda Oliveira

**Numa encruzilhada de influências:
Entre alimentação, família e saúde.**

Outubro de 2011



Universidade do Minho
Instituto de Ciências Sociais

Ângela Miranda Oliveira

**Numa encruzilhada de influências:
Entre alimentação, família e saúde.**

Dissertação de Mestrado em Sociologia
Área de especialização em Saúde e Sociedade

Trabalho realizado sob a orientação da
Professora Doutora Maria Engrácia Leandro

Outubro de 2011

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO PARCIAL DESTA DISSERTAÇÃO APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE;

Universidade do Minho, ___/___/_____

Assinatura: _____

Agradecimentos

O indivíduo só é indivíduo na sua relação social com o outro, tendo por base uma série de comportamentos, sentimentos, pensamentos e vivências. A minha vivência só é plena cruzando-se com as vivências, aprendizagens e ensino de outros, que conhecem as minhas potencialidades e limitações, aceitando-as naturalmente. É a essas pessoas que eu devo sobretudo a minha alegria, a minha vitalidade e a minha saúde. A realização deste trabalho deve-se sobretudo ao apoio incondicional da minha família, dos meus amigos e da minha orientadora, a quem dirijo exclusivamente estas palavras.

À Professora Doutora Engrácia Leandro pelo carinho, dedicação, compreensão, paciência, disponibilidade e amizade com que nos acolheu, ajudou e incentivou. Com a sua Sabedoria e disponibilidade foi muitas vezes uma Conselheira e Amiga.

À Lola, à Joana e ao Vitor (a minha mãe e os meus irmãos) que me apoiam incondicionalmente e estão sempre ao meu lado a torcer por mim.

Ao Tó Zé que esteve sempre comigo, que foi e é um companheiro e amigo fiel.

À Ana Magalhães que me fez estabelecer uma espécie de contrato para nunca desistirmos e esteve sempre presente ao longo deste percurso.

A todos os Amigos que estão no meu coração.

Resumo

No contexto social e na investigação sociológica a preocupação com a saúde é uma constante nos nossos dias! Brinda-se “à saúde” porque é a maior riqueza que um indivíduo e sociedade podem ter, estando em causa a própria vida humana. Neste sentido a família exerce um papel crucial. É aqui que se aprendem e interiorizam os primeiros elementos culturais onde, em grande parte, se inscrevem os gostos alimentares (Leandro et al, 2010: 58). Revela-se, igualmente, a importância da alimentação sobre a saúde, fenómeno, que, aliás, vem sendo destacado por todas as instâncias nacionais e internacionais que se ocupam destas questões. Porém, em termos materiais, os principais cuidados a este propósito, continuam a caber maioritariamente à família, pesem embora as respectivas mudanças. Daí que as causas das doenças ainda que variadas estejam muito ligadas aos hábitos, aos modos e estilos de vida não sendo estes alheios do contexto familiar. Por outro lado, este interage com a sociedade e as suas características: uma situação de pobreza pode dar azo à subnutrição; ao invés, uma sociedade desenvolvida ao excesso alimentar muito frequentemente, recorre aos químicos de toda a ordem, inclusive àqueles que interferem na mudança dos gostos alimentares.

Para estudar este fenómeno socorremo-nos de uma metodologia essencialmente de carácter quantitativo, onde o inquérito por questionário foi a principal fonte de informação. Assim, foram inquiridas 1067 famílias em quatro concelhos de regiões diferenciadas do país: noroeste, nordeste, oeste e sul. Foram também realizadas 9 entrevistas no concelho de Évora. Através dos dados recolhidos procuramos analisar a problemática que nos ocupa neste trabalho, isto é, a relação entre a família, os regimes alimentares e os seus efeitos sobre a saúde.

Abstract

In the social context and sociological research the concern with health is a constant in our everyday life! You toast “the health” because it is the greatest wealth that an individual and society can have, being human life itself at stake. In this sense family plays a crucial role. Here you learn and interiorize the very first cultural elements where food tastes are largely registered (Leandro et al, 2010: 58). You should also point out the importance of the diet on health, a phenomenon which, moreover, has been highlighted by all national and international bodies dealing with these issues. However, in material terms, the main purpose of this care, continue to lie mostly to the family, despite their changes. Hence, the various and different causes of diseases are still closely linked to the habits, ways and lifestyles, which are not strange to the family context. On the other hand, it interacts with society and its characteristics: a certain situation and poverty can lead to malnutrition and, instead, a developed society with food in excess very often turns to chemicals of all kinds, including those that interfere in the change of food tastes.

To study this phenomenon we used a methodology of an essentially quantitative nature, where the survey questionnaire was the main source of information. Thus, 1067 households were surveyed in four districts of the country's different regions: northwest, northeast, west and south. Nine interviews were also conducted in the municipality of Évora. Using the data collected we sought to analyze the problem that concerns us in this work, that is, the relationship between family, diet and their effects on health.

Índice de Tabela e Gráficos

Tabela 1- Caracterização da amostra.....	66
Gráfico n° 1 Preparação das refeições - variável Escolaridade	68
Gráfico n° 2 Produtos alimentares consumidos - variável Escolaridade	74
Gráfico n° 3 Preparação das refeições - variável Idade	75
Gráfico n° 4 Produtos alimentares consumidos - variável Idade	81
Gráfico n° 5 Preparação das refeições - variável Espaço Geográfico	82
Gráfico n° 6 Produtos alimentares consumidos - variável Espaço Geográfico	84

ÍNDICE

Agradecimentos	II
Resumo.....	III
Abstract	IV
Introdução.....	9
Capítulo I:	11
1- Elementos teóricos e Problemática	11
1.1 A Imagem Social da Mulher e a responsabilidade alimentar familiar até Metade do Século XIX.....	13
1.2 Família e atribuição de funções	15
1.3 Transformações Sociais favorecidas pela Revolução Industrial.....	17
1.4 A Mulher a partir da Segunda Metade do Século XIX.....	18
1.5 Transformações Familiares decorrentes das Mudanças Estruturais e Sociais.....	21
2. Perspectivas acerca da Alimentação.....	22
2.1 Função dos Nutrientes contidos nos Alimentos.	23
2.2 A Alimentação como Fenómeno Social Total.....	24
2.3 A Religião e a sua influência na alimentação	25
2.4 A Família como factor determinante na alimentação	26
2.5 Representações Sociais acerca da Alimentação.....	28
2.6 A Alimentação como vector cultural de uma cidade ou país.....	29
2.7 A Alimentação nas sociedades tradicionais	30
2.8 A Alimentação nas sociedades desenvolvidas	31
2.8.1 A Influência da publicidade nas escolhas alimentares.....	34
2.8.2 Preparação dos alimentos.....	36
2.8.3 Novas tecnologias no apoio à dona de casa	38
2.9 A Alimentação como medicamentação	40
3. A Noção de saúde.....	41
3.0.1 O impacto da Organização Mundial de Saúde	44
3.1 Inter-relação: Saúde x Alimentação	45
3.1.1 Cuidados com a alimentação	46
3.2 Doenças directamente relacionadas com a alimentação.	47
1. A Obesidade	47

2. A Anorexia e Bulimia Nervosas	48
3. A Diabetes Mellitus Tipo 1 ou Tipo 2	49
4. As Doenças Cardiovasculares	49
5. Hipertensão Arterial.....	50
6. O Acidente Vascular Cerebral	51
7. O Cancro	51
Capítulo II:	54
Caracterização sócio-geográfica dos contextos de investigação e Metodologia.....	54
A – Braga	57
B – Caldas Da Rainha	59
C – Évora.....	60
D- Vila Real	61
Metodologia.....	62
Seleção da Amostra	62
Técnicas de investigação	62
Leituras exploratórias.....	63
Construção das Hipóteses	64
Inquérito por questionário	65
Análise e Apresentação dos Resultados.....	66
Capítulo III:	68
Intervenções familiares na alimentação	68
1 – Variável Escolaridade	68
1.1 Preparação das refeições	68
1.2- Produtos alimentares consumidos	71
2 – Variável Idade.....	75
2.1 Preparação das refeições	75
2.2- Produtos Alimentares consumidos	77
3. Variável Espaço Geográfico	82
3.1 Preparação das refeições	82
3.2 – Produtos alimentares consumidos.....	84
Conclusão	91
Bibliografia	95
LINKS.....	97
Anexos.....	99

Anexo 1 – A Roda dos Alimentos	99
Anexo 2 – Vaca: animal sagrado na Índia.....	102
Anexo 3 - As Papilas Gustativas.....	103
Anexo 4 – Menu-Crise	104
Anexo 5 - Lei do Tabaco	105
Anexo 6 – Lei do Álcool	130

Introdução

O presente trabalho debruça-se sobre a problemática da Alimentação e os seus efeitos na Saúde. De resto, a razão da escolha deste tema prende-se com a minha preocupação e interesse sobre a importância que a alimentação exerce na saúde, tornando-a, ou não, cada vez mais frágil. A saúde é o bem mais precioso que as sociedades podem ter. Há, por isso, uma necessidade crucial em perceber o que a torna mais vulnerável e saber quem se preocupa mais em conservá-la, melhorá-la e cuidar dela. É sabido, nos dias de hoje, que a alimentação tem grande influência na saúde. Vivemos numa época em que a alimentação quase que define a evolução dos países: por um lado temos os países desenvolvidos, em que há excesso de alimentos e cujas populações tendem a sofrer de obesidade, cuja incidência alastra-se desmesuradamente; por outro temos os países subdesenvolvidos em que a desnutrição por falta de alimentos é avassaladora. Ambos os extremos conduzem a doenças que matam diariamente muitos seres humanos. A industrialização da alimentação e os agentes químicos que esta implica são igualmente importantes para compreendermos as consequências que os alimentos emitem ao nível da saúde. Estes eram conhecidos e tidos como os nossos medicamentos mas, à medida que as sociedades crescem e evoluem há uma inversão no desempenho do papel activo da alimentação. Esta (in)evolução da sociedade repercutiu-se na instituição primária que é a família. A família era a instituição educadora e cuidadora e, muitas vezes, curandeira, pois era nas mulheres que estava o conhecimento do poder dos chás, das ervas e das mesinhas, enquanto hoje desconhece-se ao certo qual o seu papel com todas as revoluções que tem sofrido, provocadas pelas mudanças ou adaptações religiosas, culturais, sociais e financeiras. Se antes recorriamos à sabedoria e experiência dos nossos antepassados ao que os ingleses traduziram tão bem - “an apple a day keeps the doctor away”, hoje recorreremos às experiências laboratoriais transformadas em medicamentos: “é o remédio”, apelam as sociedades hodiernas.

É ainda devido à transformação das formas de ser família e de uma muito maior participação pública da mulher na sociedade que se deve, também, toda esta aceitação da industrialização da alimentação. Não que a culpa seja da “Eva” ou do “Adão”, mas é o “bicho” que invariavelmente consome os frutos das transformações sociais.

Desta forma, pretendemos tratar a importância da alimentação e dos cuidados informais de saúde no seio familiar, com o objectivo de apreender, por um lado, quem se dedica mais a estas tarefas e, por outro lado, os modos como aí se investe. Teoricamente, para a realização deste trabalho em muito contribuiu a obra de Emílio Peres “Saber comer para melhor viver” e “A modernidade alimentar – in(evolução) simbólica do acto alimentar” de Policarpo Lopes, que estão presentes ao longo de todo o trabalho. Não de somenos importância a nível de recolha de dados foi a cedência destes pela responsável do projecto: “O contributo in(visível). A gestão familiar dos cuidados de saúde, financiado pela FCT.

Estruturadamente, este trabalho é composto por três capítulos, visando contribuir para a compreensão deste fenómeno.

Assim, no primeiro capítulo procurando fazer o enquadramento da temática estudada, começamos por formular a questão de partida a que se segue o enquadramento teórico. É ainda neste capítulo que abordamos as várias teorias sobre a alimentação como facto social e todas as questões implícitas, considerando a importância da mulher enquanto personagem principal no acto da alimentação, as crenças religiosas, culturais, a (in)evolução social, financeira, bem como a importância da revolução tecnológica. São estas dimensões que nos ajudam a perceber a transformação da indústria alimentar e da alimentação no seio familiar.

O segundo capítulo centra-se nas concepções metodológicas utilizadas no trabalho. Mostramos quais as técnicas utilizadas, a dimensão, variáveis e características da amostra, a nível de quatro concelhos situados em distritos bem diferentes do Centro, do Norte e do Sul de Portugal.

Finalmente, no terceiro capítulo interpretamos os dados obtidos a partir dos inquéritos, e das entrevistas realizadas no concelho de Évora, procurando validar ou não as hipóteses formuladas no segundo capítulo, nas páginas 60 e 61. É ainda aqui que, numa perspectiva comparativa, damos conta da organização familiar doméstica e da preocupação alimentar no seio das famílias estudadas nos quatro concelhos que constituem a base territorial e social deste estudo, a saber: Braga, Vila Real, Caldas da Rainha e Évora.

Capítulo I:

1- Elementos teóricos e Problemática

“Os Nossos alimentos devem ser os nossos medicamentos”.

(Ernest Shneider)

A história do desenvolvimento do Homem passa pelo desenvolvimento da alimentação humana, pelas condições de vida, pela higiene, salubridade e saúde. Desde sempre, o Homem teve necessidades de satisfazer uma necessidade bio e fisiológica - o acto de comer - tomando, também, consciência que a alimentação em muito contribui para o desenvolvimento humano saudável.

Porém, as práticas alimentares nem sempre foram lineares. Nos primórdios, os primatas apenas comiam o que a terra lhes fornecia: raízes e plantas. Depois descobriram o fogo, que para além da sua função de aquecimento, também permitia cozinhar estes alimentos. À medida que o tempo passava, os humanos foram criando novas formas de preparação e de desinfecção, juntando novos alimentos nutritivos. Com a pesca, verifica-se uma melhoria significativa na alimentação e, mais tarde, surge a caça e o cultivo das terras. É desta forma, que desenvolvemos os dentes caninos, cuja função é rasgar a carne.

Mais tarde, graças à Revolução Industrial, uma nova era social e económica permite uma revolução salarial que, por sua vez, favorece a escolha de uma alimentação mais completa e saudável, melhores níveis de vida, mais higiene e cuidado na própria casa e no trabalho, que assumia particular destaque após a 2ª Guerra Mundial, graças a uma intensa melhoria nas condições socioeconómicas das sociedades ocidentais. Contudo, o desenvolvimento económico não cresce em todos os países ao mesmo tempo, nem da mesma forma e, por isso, assistiremos à penúria alimentar por um lado e, por outro, ao excesso e exagero na facilidade de comprar produtos alimentares que, muitas vezes, são pobres em nutrientes, nem se sabe muito bem qual a sua categoria. O que importa é que sejam consumíveis, vendáveis e saborosos ao paladar.

Nos países desenvolvidos, há cada vez mais adeptos das comidas rápidas, inventando mil e uma desculpas. Para muitas pessoas, a alimentação enquadra-se num sistema Fast, económico e saboroso. Este tipo de comidas vicia os consumidores e estes nem se questionam quanto ao valor nutricional do que ingerem. Neste universo alimentar reinam as batatas fritas, banhadas em óleo, os hambúrgueres acompanhados com molhos deliciosos como o ketchup, maionese, mostarda, as salsichas, enfim, os fritos e o sal (dois grandes inimigos da saúde, se não forem ingeridos de forma recomendada). Prevalcem os lanches com bolos e bebidas açucaradas. A sopa nem sempre aparece nas refeições dos adolescentes e adultos. É só para os mais pequenitos, quando o médico assim o recomenda ou para os mais velhos que do seu consumo fizeram hábito.

A água ou vinho que, frequentemente, regavam as refeições, são substituídos por refrigerantes açucarados, sobretudo nos jovens. Estas novas atitudes face à alimentação emergiram graças ao desenvolvimento económico, à sedimentação da sociedade de consumo, às mudanças sociais, como, por exemplo, a entrada da mulher no mercado de trabalho, o crescente impacto da difusão do fast-food, do recurso aos pratos congelados, proporcionando o “pronto a cozinhar” e pelas mudanças culturais, também intensificadas com o fenómeno da globalização, mais benéfica para as sociedades ocidentais.

Ao contrário, nos países subdesenvolvidos, impera a escassez alimentar onde nem pão suficiente há para alimentar as populações, já para não falar nas frutas, legumes, no precioso leite, na carne e no peixe. A alimentação destas populações é muito pobre e isso traduz-se no seu menor desenvolvimento, na menor esperança média de vida e na propagação de doenças, porque, além de não possuírem grandes condições de higiene, também não estão fisicamente munidas de defesas internas. Posto isto, verificamos que a alimentação pode conduzir à doença quando não é controlada, racionada e quando não optamos por cozinhar de forma saudável. Todas estas razões justificaram a escolha deste tema da alimentação e as suas repercussões sobre a saúde para a Dissertação que visa a conclusão do Mestrado em Sociologia, na área da Saúde e Sociedade.

Partimos para este trabalho sem qualquer *a priori*, mas antes com a decisão clara de querer estudar o fenómeno da Alimentação na sua imbricação com a saúde e nas suas dimensões reais, tanto a nível das atitudes e comportamentos pessoais, como familiares e

sociais. Assim sendo, antes de nos alongarmos, passamos a formular a questão de partida que orientará este trabalho:

Na gestão dos cuidados de saúde que importância atribui a família à alimentação?

Deste modo, procuramos as mudanças alimentares tendo, sempre presente, a questão da saúde e do importante papel da família na preparação das refeições, na partilha das mesmas, a importância da mesa e o simbolismo que a alimentação adquiriu ao longo dos tempos.

1.1 A Imagem Social da Mulher e a responsabilidade alimentar familiar até Metade do Século XIX

Tal como sugere a filosofia platónica que “tem subjacente uma *paideia*”, uma noção própria de educação e cultura que está patente na reflexão sobre o homem como ser individual, social e como, afirma Aristóteles, animal político”, é ao homem, ao sexo masculino, que compete lidar com estas questões de educação, ensino e política, já que a mulher possuía capacidades para a virtude (Fernandes e Barros, 1997: 32). Durante muitos e longínquos anos, esta ideia esteve presente no pensamento dos homens e na cabeça das mulheres. Desta forma, ambos necessitavam de partilhar a vida porque eram úteis reciprocamente. De algum modo, as mulheres eram concebidas como seres incompletos, encontrando esse complemento no homem. Assim, se constituía e deveria funcionar a família. As mulheres, como não podiam e não tinham capacidades para participar na vida política, social e no trabalho fora de casa, eram obrigadas a depender dos homens para as sustentarem. Para os homens, era muito cómodo e vantajoso casar porque necessitavam de cuidados domésticos e, desta forma, garantiam a continuidade da geração, através da reprodução. O casamento era uma “troca de favores”. Os casamentos eram escolhidos pelos familiares que, propositadamente, tendiam para famílias da mesma classe social ou para classes mais ricas, mas nunca para grupos mais pobres do que o seu. As famílias caracterizam-se por serem alargadas e tradicionais, onde o jovem casal dependia da casa dos pais ou dos avós para viver. Os filhos que resultavam de cada casamento

¹ Termo grego que significa educação, não como uma mera transmissão de uma técnica, mas como formação global e universalizante do ser humano. Significa também cultura na sua aceção mais profunda” (Fernandes e Barros, 1997: 172).

eram, quase sempre, muitos. Daí que ao marido coubesse desempenhar tarefas fora de casa, a fim de ter capital que servisse como meio de troca para sustentar a família. À mulher estava atribuído o trabalho doméstico. Como refere Beauvoir (2008), para a mulher o acto sexual é um acto que esta presta ao marido, em troca de sobrevivência e da fonte de capital que represente, a qual ela pode explorar. É desta forma que, segundo a autora, o casamento pode ser uma profissão com vantagens (as quais já indicamos) e desvantagens (a promiscuidade da vida sexual, uma vez que o homem praticava a poligamia). As obrigações das mulheres para com os homens são “cuidar da casa e educar os filhos” (idem: 226). Era realmente o que se verificava. Enquanto o homem trabalhava fora de casa, a mulher ocupava-se das tarefas domésticas: lavar a louça e a roupa, passar a ferro, arrumar a casa, educar os filhos, confeccionar as refeições e cuidar da horta. Neste sentido, os filhos homens, desde cedo, saíam de casa com os pais para trabalharem, com a intenção de ajudar a suportar as despesas da família. Já as raparigas, caracterizadas pelas saias ou vestidos, permaneciam em casa para aprenderem a desempenhar as mesmas tarefas que as mães. A horta, tratada e cuidada pelo sexo feminino, permitia colher produtos frescos e saudáveis que cresciam apenas com água e terra. Assim, cozinhavam de forma saudável. Neste espaço, a dona de casa colhia ainda frescas ervas ou plantas medicinais que em muito contribuíam para a prevenção da saúde ou cura da doença. Este conhecimento inter-geracional e sábio tende, novamente, hoje em dia, a tomar forma, pois valorizam-se os produtos naturais e as “medicinas alternativas”. Estas permitiam e permitem curar uma dor de barriga, de cabeça ou até mesmo uma ferida.

As refeições cumpriam um horário rígido, nas quais a sopa estava sempre presente. “O pão e a sopa garantiam a sobrevivência, neste regime de penúria e carência alimentar, na quotidianidade rotineira, e a carne (alimento dos ricos e abastados) estava associada nas classes desfavorecidas à quotidianidade excepcional, tanto problemática, em situações de doença, como festiva, revestimento de significação agonística” (Lopes, 2006: 84). Convém recordar que o pão desde sempre fez parte da história da alimentação do Homem. Este é um alimento universal. No livro do Génesis, após a queda do paraíso, Deus diz ao homem: “comerás o pão com o suor do teu rosto” (Gén.3, 19), embora o vocábulo pão, nesta afirmação, refere-se a tudo o que diz respeito à alimentação. Jesus Cristo escolheu o pão para simbolizar o seu corpo, entenda-se aqui, ainda, o simbolismo do pão atribuído à reencarnação. Nos Actos dos Apóstolos, o autor ao falar da comunidade modelo, afirma: “Partiam o pão em suas casas e tomavam o alimento com

a alegria e simplicidade de coração, louvando a Deus e tendo a simpatia de todo o povo” (Actos 2: 46, 47). Podia não haver mais nada para comer, mas o pão estava sempre presente. O pão remete para o corpo de Jesus Cristo, e quem dele comer, isto é, quem dele se alimentar mentalmente, viverá para sempre, dado que os católicos acreditam na vida para além da morte. Porém, quando utilizamos a expressão “comer o pão que o diabo amassou”, referimo-nos a uma punição, a um castigo.

“Quem dá o pão, dá a educação” é um provérbio utilizado, muitas vezes, pelos pais para assegurarem a sua autoridade perante os filhos, já que estes dependem daqueles para sobreviverem. Neste sentido, a autoridade pertencia ao pai, ele era soberano no espaço familiar. Como chefe de família, sentava-se no topo da mesa e era o primeiro a ser servido. “Comia-se o que a terra dava” (Lopes, 2006: 87), sem adição de condimentos, para além dos alimentos produzidos pela própria agricultura e pecuária, estes conservados através das marinadas e do sal. Na verdade, saboreava-se uma refeição saudável, equilibrada e em quantidades próprias, devido à escassez de dinheiro e à oferta que o mercado dispunha que, pelo menos, não era tão abastada, quiçá, exagerada, como aquela que invade as nossas casas todos os dias. Era, essencialmente, a estas tarefas que “se reduzia” o papel da mulher, pois no que respeita à vida social, política e financeira, ela não tinha qualquer tipo de intervenção, nem para tomar decisões.

1.2 Família e atribuição de funções

A família é um espaço de reprodução social e onde se tecem e têm lugar as trocas de sentimentos e opiniões. À palavra família estão associadas as ideias de amor, casamento, filhos, casa... Para Murdock, a família “é o grupo social caracterizado por residência em comum, cooperação económica e reprodução. Inclui adultos de ambos os sexos, dois dos quais, pelo menos, mantêm uma relação sexual socialmente aprovada e uma ou mais crianças dos adultos que co-habitam com relacionamento sexual, sejam dos próprios ou adoptadas”².

Quando falamos em família temos sempre presente a função de socialização que esta instituição, por excelência, desempenha. Isto é, desenvolve mecanismos que asseguram a

² Murdock citado por Fausto Amaro in, *A Família Portuguesa*, Tendências actuais.

transmissão de regras sociais: comportamentos, regras, crenças e linguagem, que variam consoante os diferentes meios sociais e culturais. É no ambiente familiar, mais propriamente à mesa, durante as refeições, que os pais têm mais disponibilidade para educar, transmitir os valores apreendidos e a educação. Neste sentido, a mesa está carregada de símbolos fortes, como veremos mais à frente. É à mesa que também se educa.

No entanto, segundo P. Ariés (1960), a família nem sempre foi o fio condutor da socialização das crianças. Normalmente as crianças a partir dos seis anos iam trabalhar como aprendizes para casa de mestres. Ora, “em tais circunstâncias, a socialização da criança e a transmissão de valores não são totalmente asseguradas pela família, mas antes pela aprendizagem, isto é, pelo contacto directo com o mundo dos adultos. Esta entrada precoce no mundo dos adultos é acompanhada por uma separação da família, através de uma prática, generalizada, presente na deslocação para a casa de outrem. A criança é, assim, educada por uma outra família, estando ao seu serviço, inclusive no caso dos grupos aristocráticos ou similares. Isto significa que o espaço “privado”, relacional, afectivo e educativo, entre pais e filhos seja, em boa verdade, uma invenção “moderna””.³ A socialização faz-se acompanhar de sanções positivas ou negativas, mas hoje pressupõe-se uma interacção e negociação mais do que imposição.⁴

A família tinha como função e objectivo construir um património e conservá-lo durante gerações. A família era o grupo de produção na agricultura, no comércio e no artesanato. Prevalciam os negócios familiares.

Em suma, a família tinha, sobretudo, como função reproduzir, criar, educar e preparar os seus frutos para o futuro. Até à entrada da mulher no mercado de emprego, a família era, de facto, a principal fonte de socialização. Hoje em dia a família partilha esta função com a escola, os amigos, os grupos de pares e a televisão.

³ Ana Leandro e Engrácia Leandro, “Transmissão de valores no seio da família. Persistências e Mudanças”, in Actas do Atelier do V Congresso de Sociologia, com o tema “Sociedades Contemporâneas: Reflexividade e Acção” (Atelier: Famílias).

⁴ Alice Matos nas aulas de Sociologia da Família.

1.3 Transformações Sociais favorecidas pela Revolução Industrial.

A Revolução Industrial favoreceu transformações sociais, económicas, culturais, sanitárias, políticas, entre outras. A Revolução Industrial favorece tudo aquilo que se pode entender por desenvolvimento, quer tenha significado positivo ou negativo. Dada esta Revolução, até os espaços físicos sofreram alterações: dá-se o aparecimento das cidades e com elas tudo o que estamos habituados a ver: restaurantes, cinemas, cafés, grandes superfícies comerciais, entre outros. Com efeito, acentua-se a delimitação dos espaços físicos, presente na dicotomia: Campo “vs” Cidade; Rural “vs” Urbano. Vamos perceber de que forma esta separação física no espaço contribui para a mudança da mulher perante a sociedade.

Segundo Kayser, Weber e Madureira Pinto, as características que marcam o rural, o campo, prendem-se com a densidade relativamente fraca de habitantes e construções, uso económico predominantemente agro-silvo-pastoril, taxa de fecundidade mais alta do que na cidade, estrutura etária mais envelhecida, maior grau de sociabilidade e vizinhança, maior número de festividades católicas e menor número do uso de férias. A homogeneidade e a igualdade social são, portanto, marcas das comunidades tradicionalmente camponesas. Já a cidade caracteriza-se pela concentração geográfica, espaço considerado grande e de elevado número populacional, estabilidade, e acentuada divisão do trabalho. A cidade é palco de mais interacção social através da grande diversidade de contactos sociais. É também considerada como fonte de inovação, tanto em termos de desenvolvimento técnico, como em desenvolvimento espiritual e intelectual. Apesar de todas estas diferenças, a cidade e o campo estabelecem relações de troca entre si, ainda que desiguais. Mas é o campo que se abastece a si próprio, abastece a cidade e ainda fornece a força de trabalho em troca da função política e ideológica das classes dominantes, presentes nas cidades. Esta divisão territorial, de certa forma, dividiu também consciências e, conseqüentemente, formas e comportamentos diferentes de estar perante a sociedade, desde a maneira de vestir até à forma de pensar e de alimentar. Deste modo, para os cidadãos, a diferença passou a ser indiferente, uma vez que os seus habitantes estão cada vez mais sós perante uma sociedade individualista, ao passo que a diferença na aldeia é visivelmente clara, uma vez que as pessoas vivem em aglomerados mais pequenos, onde permanece a dimensão do inter-conhecimento.

A Revolução Industrial fomentou o desenvolvimento científico, o progresso técnico e tecnológico, as revoluções químicas, entre outras. Por exemplo, ao nível da agricultura verificaram-se grandes invenções que em muito ajudaram os agricultores, com o aparecimento de novas alfaías agrícolas e produtos químicos. Estas permitiam ao agricultor um trabalho mais rápido e menos pesado fisicamente. Os produtos químicos também contribuíram para a revolução na agricultura, favorecendo o aumento da produção. Assim, por um lado, a aceleração no processo de produção e consumo, e, sobretudo, o desenvolvimento da tecnologia de refrigeração e, por outro, reverteram as qualidades alimentares. O aparecimento destes produtos fez com que as frutas e hortaliças crescessem mais depressa, estando presentes todos os dias nas nossas casas. Assim, é possível consumir este tipos de alimentos durante todo o ano, mesmo não sendo a época deles (o que vai trazer consequências para a saúde de quem os consome e, mesmo, para a carteira).

Em suma, todos estes progressos foram desenvolvidos a pensar na utilidade e facilidade face ao trabalho agrícola, na condição física do homem e, claro, no aumento da produção. “O Homem da era industrial perdeu o contacto com a natureza e, em poucas gerações, desbaratou conhecimentos empíricos fundamentais acerca de equilíbrios alimentares” (Peres, 2003).

1.4 A Mulher a partir da Segunda Metade do Século XIX

Todo o desenvolvimento descrito anteriormente contribui para a mudança do papel e estatuto da mulher, na medida em que estas, já se integram nas sociedades. Desde os inícios da era industrial que as mulheres entraram, ainda que temporariamente, na esfera do emprego das fábricas da têxtil, revelando-se até mais adestras do que os homens, representando uma mão-de-obra mais rentável. Só que, com o nascimento dos filhos e sem estruturas de apoio, tinham que voltar para casa a fim de exercerem as tarefas de esposa, mãe e dona de casa, como tradicionalmente acontecia. Porém, após a segunda Guerra Mundial, aparecem as “sociedades de consumo” (Baudrillard, 1995). Consequentemente, é preciso mais gente para trabalhar e comprar. Para poder comprar é necessário algum meio de troca; assim é necessário que mais membros do agregado familiar trabalhem fora de casa, acompanhando e adaptando-se à evolução. É um ciclo vicioso. Desta feita, a Revolução tecnológica proporciona outras formas de

pensamento e atitudes por parte das mulheres. Neste sentido, a mulher deixa de ser somente a dona de casa e passa a trabalhar fora de casa, sendo remunerada. É evidente que este modo de vida repercutir-se-á a nível familiar. Com efeito, a mulher enfrenta um ritmo alucinante com muitas horas laborais fora de casa, para além do trabalho doméstico. Todavia, a entrada deste dinheiro permite-lhe contribuir para as despesas da casa e ainda resta algum para um apetrecho pessoal, como a compra de um batom, a ida ao cabeleireiro, a compra de roupa, entre outros aspectos. O consumo é uma das características das sociedades em vias de desenvolvimento e das desenvolvidas. Nesta altura, a mulher começa a impor-se socialmente, favorecendo a feminilidade. Graças a esta capacidade financeira que a família adquire, tanto o homem como a mulher individualmente, surge a sociedade de consumo que, como refere o autor, se temos meios, dinheiro, podemos comprar o que nos apetece ainda que seja um verdadeiro desperdício (1995: 40).

A moda foi um dos sectores que mais destaque deu e dá às mulheres, diante de uma sociedade que se diz masculina. A revolução da troca das saias pelo joelho pelas saias curtas, do cabelo curto ao comprido, dos decotes personalizados em mulheres como Greta Garbo e Marlin Monroe, foi seriamente importante. Tudo isto fez com que as mulheres se tornassem mais valorizadas e desejadas, alterando a sua forma de estar perante os homens e, continuamente, a sociedade. Não é só na moda que as mulheres conquistam lugares de topo. Estas similarmemente ocupam lugares de topo na revolução científica. Marie Curie, por exemplo, foi a primeira mulher a ganhar dois *Premio Nobel*. O primeiro na área de Física, em 1903 e o segundo, em 1911, na área científica de química.

Em Portugal, as mulheres também desenvolveram grandes projectos e deram a cara a revoluções sociais. Por exemplo, em 1889, formou-se a primeira médica portuguesa - Elisa Augusta da Conceição de Andrade, pela Faculdade de Medicina de Lisboa. Carolina Beatriz Ângelo, após a morte de seu marido, foi a primeira mulher a votar em Portugal, já que este direito contemplava apenas os chefes de família. Todavia, como consequência do seu voto, a lei foi modificada de maneira a que apenas os homens pudessem votar. Em 1971, ocorre a entrada da primeira mulher para o governo, de seu nome Maria Teresa Lobo. Após a Revolução dos Cravos, Maria de Lurdes Pintasilgo foi a primeira mulher a ocupar o cargo de Ministra dos Assuntos Sociais. Já em 1978, foi aprovada uma nova lei no que respeita à família: os cônjuges gozam de direitos iguais e a mulher não é submissa ao homem. A grande conquista tem lugar

em 1995, que consiste numa rectificação da lei, a qual indica que qualquer abuso ou maltrato de menores, deficientes ou de esposas, o rapto ou exploração sexual são punidos com penas acrescidas.

Outra conquista do sexo feminino depreende-se com a questão de igualdade entre sexos, tem que ver precisamente com a questão de igualdade face aos homens. “A igualdade entre homens e mulheres constitui um dos princípios fundamentais do direito comunitário. Os objectivos da União Europeia (EU) em matéria de igualdade entre as mulheres e homens consistem em assegurar a igualdade de oportunidades e tratamento entre os dois sexos, por um lado, e em lutar contra toda a discriminação, fundamentada no sexo, por outro” (sítio oficial da União Europeia).

Hoje em dia celebra-se o Dia Internacional da Mulher, a 8 de Março, em memória daquelas que deram o corpo e a alma por uma causa: a redução de horas de trabalho. Este é um dia em que se comemoram também todas as outras vitórias que alcançaram, entre as quais, o reconhecimento social, familiar e político. Muitas mulheres ainda recorrem a este dia como uma desculpa para saírem, jantarem com as amigas, sendo para o companheiro um motivo até razoável para deixá-las ir. De facto, todas estas mudanças afirmaram-se com a transformação das sociedades e das mentalidades mas, principalmente, devido à força e união entre as mulheres, para alcançarem os direitos de igualdade de género face aos homens. É verdade que os direitos de igualdade foram alcançados, pelo menos juridicamente. Porém, quando nos referimos às tarefas domésticas, estas continuam a recair, na maior parte dos casos, sobre as mulheres. Ou seja, além das mulheres trabalharem fora de casa, ainda têm que ocupar-se das tarefas domésticas. A mulher, tal como o homem, trabalha fora de casa mas, quando chega a casa, tem que tratar das roupas, do jantar e dos filhos, enquanto grande parte dos homens, se senta a ver televisão. É natural que a mulher não tenha disposição para tratar das questões domésticas. Estamos perante uma questão de discriminação social, de falta de aculturação aos novos ventos da mudança. Na verdade, as mulheres desempenham actividades profissionais, nas mais diversas áreas. Contudo, os homens dedicam o seu tempo ao trabalho profissional e, fora deste, ao lazer. É verdade que não vemos os homens a prepararem o jantar quando chegam a casa ou a passarem a roupa a ferro, porque os verdadeiros “machos latinos” não descem ao nível da mulher. Não obstante, e felizmente, verificam-se algumas mudanças a este

respeito. Todos estes encargos ao cuidado da mulher podem influenciar nas transformações familiares que se têm verificado.

1.5 Transformações Familiares decorrentes das Mudanças Estruturais e Sociais

A Revolução industrial provocou mudanças ao nível familiar. À medida que o tempo passa, a mulher adquire uma nova identidade e, conseqüentemente, a estrutura familiar transforma-se. É a partir dos anos 70 que se notam estas mudanças mais profundas na estrutura familiar, particularmente em Portugal, como refere A.N. de Almeida (1998). A autora mostra que, nos anos 70, se verificou uma queda da nupcialidade, maior aumento de casamentos civis (sem recorrer ao religioso) e maior número de nascimentos ilegítimos. Observa-se até o aumento de casamentos tardios, mais divórcios, decréscimo da natalidade e da fecundidade, resultantes do aumento da taxa de escolaridade e da actividade das mulheres e descobertas científicas. “Queda acentuada e recente das famílias numerosas com mais de cinco pessoas, descida acentuada mas não brutal da dimensão média do agregado doméstico, ligeira subida da proporção das “pessoas sós” e dos “casais sem filhos”, predomínio tanto no passado, como no presente das famílias simples (casais sem e com filhos, núcleos de mãe/pai com filhos), descida muito pequena das famílias complexas (famílias simples alargadas por outras ou várias famílias simples”..., “a vida familiar regista depois um movimento de “modernização”, mais ou menos tardio, mais ou menos intenso, consoante os contextos, para valores e práticas diferentes: valor de igualdade entre os cônjuges, novos valores educativos, acesso a métodos contraceptivos, maior valorização do indivíduo e menor subordinação do casal à família no seu conjunto, etc.”.

“Em 1995, segundo dados do Eurostat, éramos o país da União Europeia com maior profissionalização feminina a tempo inteiro. (...) Aliás, no conjunto das mães europeias com idades entre os 20 e os 39 anos, são as portuguesas que mais trabalham em tempo completo” (Guerreiro citado por Leite Viegas e Firmino da Costa: 56). Quer isto dizer que as mulheres pouco tempo têm para elaborar todas as tarefas que aparentemente lhe estavam incutidas, como trabalhar, cozinhar, passar, lavar e, ainda, encarregarem-se da educação dos filhos no espaço familiar. É importante haver uma consciencialização por parte dos homens da realidade

das tarefas inculcadas às mulheres. Alguns já colaboram minimamente. Os homens devem saber que ao repartirem as responsabilidades com a mulher serão, provavelmente, mais felizes e terão mais tempo para passarem juntos e, o mais interessante é que, favoravelmente, reduzir-se-á o número de discussões entre ambos.

É com base neste ritmo alucinante que a mulher não dispõe de tempo, nem paciência suficiente para preparar as refeições. Daí ser mais fácil e prático comprá-las, já prontas, graças ao aparecimento dos restaurantes “take-away”. Estas famílias, por causa da falta de tempo, raramente desfrutam da refeição em conjunto. Não há horários e, em muitos casos, a fim de se evitarem aborrecimentos, os pais permitem que os filhos se alimentem na sala ou no quarto “para poderem ver a série televisiva preferida”. Em consequência, a convivência familiar tradicional escasseia, não havendo a transmissão de valores, regras ou educação, outrora inerentes “à mesa”. Para além do mais, os pais não observam ou controlam os hábitos alimentares dos filhos. Mais, a família já partilha esta função socializadora com a escola, os amigos e, claro está, com a televisão.

2. Perspectivas acerca da Alimentação

A alimentação é uma “acção capaz de fornecer ao organismo os alimentos de que precisa, sob a forma de produtos alimentares naturais ou modificados ou ainda, em parte sintéticos” (Gonçalves, Ferreira, 1994). A nutrição, por sua vez, é “um conjunto de fenómenos físicos, químicos, físico-químicos e fisiológicos que se passam no interior do organismo e mediante os quais este recebe e utiliza os materiais fornecidos pelos alimentos, que lhe são necessários para a formação e manutenção da sua matéria viva e para a realização das actividades próprias, quer da vida vegetativa, quer da vida de relação e trabalho. Neste sentido, a nutrição corresponde aos fenómenos que se passam com os alimentos e os nutrientes no organismo, independentemente da nossa vontade, depois de ingeridos. (...) Inclui os processos de digestão e absorção, as reacções do catabolismo e anabolismo e dos nutrientes entre si e o estudo das necessidades de nutrientes para todos os segmentos do organismo da pessoa saudável” (idem). Por sua vez, o acto alimentar é uma necessidade biológica, fisiológica:

necessitamos de comer e beber para viver, crescer, desenvolver, trabalhar, reproduzir e envelhecer, mas é também um acto social pois integra aspectos culturais tanto em termos culinários como de relações sociais (M.E. Leandro, 1987).

Aquando da preparação do acto alimentar existem muitos factores que contribuem para a escolha dos alimentos, principalmente nesta época em que a variedade dos alimentos não é rara. Assim sendo, esta escolha é determinada por factores culturais (mitos e tradições culturais, religião, padrão alimentar da região ou país); genéticos (sensibilidade aos sabores, sendo que estes também se forjam); cognitivos (hábito, alimentos de conforto, publicidade, factores sociais, valor nutricional e crenças na saúde); sensoriais (sabor, cheiro e textura) e condicionantes de saúde (restrições por doença, perda de sensações, idade e sexo).

2.1 Função dos Nutrientes contidos nos Alimentos.

“O alimento é, pois, fonte de energia, vitalidade, bem-estar e prazer” (Lopes, 2006: 45). Um alimento é constituído por nutrientes. Os nutrientes, estando mais associados ao natural, são quaisquer substâncias contidas num alimento que possam ser usadas pelo organismo para produzir energia, construir tecidos ou regular funções. Os nutrientes são compostos químicos e agrupam-se em seis classes:

1. Água;
2. Hidratos de Carbono;
3. Lípidos;
4. Minerais;
5. Proteínas;
6. Vitaminas;

Os nutrientes, fornecendo energia, são igualmente responsáveis pelo regulamento dos processos do organismo, contribuindo para a estrutura celular e corporal.⁵ Assim a nutrição é um dado inerente à vida dos seres vivos. Sendo assim, a nutrição é a “função exercida por seres vivos (tanto plantas como animais), que consiste na ingestão, digestão, absorção e metabolismo dos nutrientes necessários para a construção de tecidos e libertação de energia” (Andreia Torres). Ao passo que a alimentação é um acto social, comportando os alimentos na cultura inseridos, destacando-se pela forma de preparação e confecção. Daí que a alimentação esteja sujeita aos mais diversos artefactos da cultura, financeiros, estéticos e até religiosos.

A alimentação pode ou não ser benéfica para a saúde, por isso é importante considerarmos a Roda dos Alimentos (ver anexo 1) – instrumento precioso para aprendermos a comer. A alimentação é um acto social inserido na cultura e nas condições sociais de existência dos indivíduos, ao passo que a nutrição é, essencialmente, um acto biológico, indispensável à manutenção e reprodução da vida.

2.2 A Alimentação como Fenómeno Social Total

Considera-se a alimentação humana “um fenómeno complexo, pluriforme e multidimensional, onde se encaixam em paletes interconectadas o biológico, o psicológico, o sociológico, o nutricional, o dietético, o gustativo, a identidade, a sociabilidade e a saúde, sendo naturalmente susceptível de múltiplas abordagens, umas específicas aos diferentes saberes e outras inter ou transdisciplinares” (Lopes, 2006: 8). É nesta linha de pensamento que consideramos a alimentação um “facto social total” (Mauss, 1998), na medida em que congrega em si todos os aspectos da vida humana numa dada sociedade e cultura, indispensável à sobrevivência humana. Para vivermos, dependemos da necessidade paradoxal de que temos que trabalhar para nos alimentarmos. Ora, a alimentação deve ser estudada na sua totalidade – palavra-chave para o autor. Queremos com isto dizer que a alimentação convém ser estudada, tendo em conta, fenómenos económicos e/ou financeiros, nutricionais, estéticos, sociais, culturais, religiosos ou mitológicos, tanto que o fenómeno social só é explicado totalmente, aquando da junção de todas as dimensões, “nunca se esgotando completamente com o estudo

⁵ Apontamentos das aulas do Professor Rocha, J.C., na Escola Superior de Enfermagem de Vila Real.

de uma só ciência” (idem). É através da alimentação e da cultura que um povo ou grupo se revela. Persistindo na perspectiva deste autor, a alimentação pode ser considerada como uma “dádiva”: dar, receber e retribuir. Assim se manifesta a substituição do sistema económico racional por um sistema de troca de bens, onde estão presentes as relações inter grupais e entre os próprios indivíduos. Este tipo de relações ainda está presente nas nossas sociedades ao nível da alimentação. Quando, por algum motivo, queremos agradecer, agradar ou presentear alguém, uma das formas de o fazer é oferecer um requintado jantar, saboroso, colorido, acompanhado por um bom vinho e finalizado com uma deliciosa e rebuscada sobremesa. Este acto será, em princípio, retribuído e assim sucessivamente. “Dá tanto quanto recibes e tudo estará bem”, é o que diz um provérbio Maori, que se refere às trocas e às relações humanas (ibidem, 1998:192).

2.3 A Religião e a sua influência na alimentação

Como já dissemos anteriormente, a alimentação pode ser influenciada por várias razões. Uma das quais é o factor Religião.

O vocábulo Religião deriva do latim “relegere”, que indica recolha, agrupamento, conjunto ou “religare”, significando unir, ligar. É uma faculdade ou sentimento que nos leva a crer na existência de entes supremos como causa, fim ou lei universal, mas também culto que sob qualquer forma, quer externa quer interna, se presta à divindade. (...) Neste sentido integra reverência e acatamento perante coisas sagradas; fé, crença, devoção, piedade. Pode ainda falar-se de “estado de pessoas agregadas por voto para seguirem pontualmente uma certa regra da Igreja” (Machado, 1991: 462). Como podemos perceber, a religião é um movimento regido por leis e crenças que dela fazem parte, instituídas na Bíblia ou num outro Livro Sagrado como acontece, por exemplo, com o Alcorão. As interpretações diferentes, do que neste livro sagrado está escrito, fazem com que se criem várias religiões, em que cada uma acredita que a sua interpretação é a mais correcta. Ao nível da alimentação, o pão é apresentado para todos como um alimento universal, símbolo dos demais exemplos alimentares.

Mas por exemplo, em Portugal, os cristãos comem Arroz de Cabidela ou Papas de Sarrabulho e morcelas em várias formas⁶ e as testemunhas de Jeová não toleram estes alimentos devido à sua confecção com sangue. Pode verificar-se que, em ambos os casos, há uma influência bíblica, mas uma diferente interpretação religiosa. No Novo Testamento, Jesus Cristo afirma que não é o que entra pela boca que torna o homem impuro; mas sim, o que sai da boca (Mt. 15, 10-11), o que contradiz exactamente o Antigo Testamento (Lev. 11, 1-47; Dt. 14, 3-20), ao considerar que certos animais são abomináveis, “impuros” para a alimentação humana.

Na Índia, por exemplo, para os hindus não é permitido comer carne de vaca, porque esta se tornou num animal sagrado, cujo símbolo é a vida (ver anexo 2). No entanto, também se sabe que o facto de não comer carne de vaca tem que ver com uma questão económica, no sentido em que das dejeções da vaca advém o mais importante fertilizante da terra.

2.4 A Família como factor determinante na alimentação

“Consumir alimentos é simultaneamente uma criação da necessidade e uma criação do desejo regulada pelos códigos culturais. O que nos leva a afirmar que o homem é não só uma criação da natureza, mas também uma criação do desejo condicionado e formatado pela sociedade e regulado por códigos culturais (...) é um acto de penetração na interioridade da corporeidade, que permite incorporação e provoca experiências sensoriais agradáveis ou desagradáveis. Aliás, o prazer e o sofrimento constituem um todo que funciona como sede de desejo, onde cada uma das partes é indissociável da outra. A fome é dolorosa e provoca choro e agitação numa criança e o acto de comer suscita satisfação gustativa, bem-estar, apaziguamento, prazer e emoção. (...) A alimentação é efectivamente uma central de sensualidade, produzindo um intenso prazer sensorial e emocional de que o gosto, o cheiro e a visão todos implicados no acto alimentar, são catalisadores essenciais. Com a alimentação reactivam-se os dispositivos neurovegetativos através dos quais se satisfazem as pulsões vitais do metabolismo do organismo, se excitam as pupilas gustativas que desencadeiam as sensações organolépticas que, por sua vez, geram mudanças no estado do corpo, ou seja, as

⁶ Estes pratos são confeccionados com sangue de animais: frango e porco, respectivamente.

emoções e os sentimentos de bem-estar, de satisfação, de plenitude e de prazer que resultam nessas mudanças no estado corporal” (Lopes, 2006). É com base nesta teoria que dizemos, frequentemente, que comer bem é um dos grandes prazeres da vida. Assiste-se à valorização do acto alimentar.

Convém lembrar que há quatro matrizes gustativas inatas: Doce/Salgado, o Amargo/Ácido (Bourpe, 1990). Tudo o resto é resultado da socialização alimentar. As papilas gustativas (ver anexo 3) são responsáveis pelo reconhecimento do sabor – doce, salgado, ácido e amargo – dos alimentos. Os componentes químicos das comidas que ingerimos, estimulam os receptores de cada uma destas zonas e os nervos transmitem estes impulsos ao cérebro. O sentido do olfacto concede mais informação ao cérebro a fim de ampliar a gama de sabores.

Normalmente, a cozinha, os cheiros e os sabores estão associados à mãe ou à avó. Elas são possuidoras de um dom inigualável no que concerne à preparação e confecção dos alimentos. O cheiro e o paladar das suas refeições, ainda que não fossem muito elaboradas, são únicos. Quantas vezes o olfacto e o paladar falam mais alto e nos revelam sentimentos de prazer tais como: Hum, o cheirinho e o sabor da feijoada da minha avó e o caldo verde...ah, mas o arroz solto de feijão! Eram únicos. E a água na boca cresce-nos sem darmos conta. Estes sentidos apelam à memória, provocando uma sensação de bem-estar, conforto, satisfação, felicidade mas, ao mesmo tempo, e simultaneamente nostalgia. “O olfacto em articulação com o gosto é o que mais engloba a explicação da nossa infância (A. Corbin, 1982), em que a mãe, muito mais do que o pai, em virtude da função de dona de casa que lhe era atribuída, foi enriquecendo o nosso aparelho sensorial originário e onde a alimentação, o cheiro desta ou daquela planta, deste ou daquele sabonete, perfume, desodorizante, desta ou daquela cadeira ou móvel... com os quais nos identificamos plenamente, nos impregnam de um “habitus” que ficará para sempre gravado na nossa memória” (M.E. Leandro et al, 2010). Desta maneira, a alimentação pode ser apreciada de forma condimentada para uns, e apenas com água e sal para outros. Tudo depende da forma como os educadores contactam com a comida, forjando, posteriormente, os gostos dos educandos. “O acto alimentar é, na verdade, não só um poderoso vector da consciência nacional, mas também um recurso e suporte simbólico central para a produção e reconstrução das identidades colectivas e individuais. Tornámo-nos o que comemos” (Lopes, 2006: 72). Nestes casos, a mãe e a avó são as primeiras fontes de socialização e familiarização com o paladar e o olfacto e são ainda elas que influenciam os gostos, na medida

em que cozinham com mais ou menos sal, pimenta, piri-piri, alho, entre outros condimentos que realçam e adicionam sabor à comida. Mais ainda, pela forma como é habitual confeccionarem os alimentos.

2.5 Representações Sociais acerca da Alimentação

Durkheim apresentou a noção de representações colectivas em 1912, para explicar a importância da influência de uma cultura e dos seus respectivos comportamentos. A partir deste conceito, Moscovici construiu o conceito de representações sociais mostrando que são “conjuntos de conceitos, proposições e explicações criadas na vida quotidiana no decurso da comunicação individual. São o equivalente, na nossa sociedade, dos mitos e sistemas de crenças das sociedades tradicionais; podem ainda ser vistas como a versão contemporânea do senso comum”. Por sua vez Hewstone (1993) afirma: “as representações são factores produtores da realidade, com repercussões na forma como interpretamos o que nos acontece e acontece à nossa volta, bem como sobre as respostas que encontramos para fazer face ao que julgamos ter acontecido. Uma vez constituída uma representação, os indivíduos procurarão criar uma realidade que valide as previsões e explicações decorrentes dessa representação”.

Certas pessoas crêem que, se tiverem um BMW ou um Mercedes à porta de casa, constituem uma evidência de que dispõem de dinheiro e que, perante a sociedade, assumem um estatuto melhor, escondendo a sua verdadeira condição social. Outra solução para evidenciar o capital financeiro é através da deslocação frequente a restaurantes para se alimentarem, escondendo assim, a verdadeira condição social. A tentativa de mostrar um falso “status” é de tal maneira desejada que se tomam atitudes, comportamentos e fazem escolhas que não passam de sonhos tornados realidade, momentaneamente. Por exemplo, quando certas pessoas se deslocam ao restaurante, o bife não costuma ser opção porque já faz parte da ementa semanal. Então, optam por um prato (que é servido individualmente ou às meias doses) menos vulgar, mas mais caro, caracteristicamente individual, tal como é a sociedade dos dias de hoje, onde cada um está cada vez mais só.

A razão pela qual os pais dão dinheiro aos filhos para comprarem o lanche pode simbolizar outra forma de representação social, além de ser um acto de desresponsabilização ou, na melhor das hipóteses, um acto de confiança. Pois as escolhas deles não recairão, na

maior parte dos casos, para as escolhas acertadas, como o pão, o leite ou a água mas sim, sobre os bolos, bolachas ou sumos porque são mais saborosos e este acto evidencia capacidade financeira perante os colegas. As representações sociais associadas a escolhas alimentares têm que ver, em grande parte dos casos, com o grau de cultura e conhecimento adquiridos ou não em detrimento ou valorização do poder económico. Assim, quanto mais instruídas forem as pessoas, quanto mais enriquecidas culturalmente, maior será a probabilidade de seguirem uma alimentação saudável, graças à informação adquirida, em detrimento do poder económico, na medida em que poderiam optar por produtos caros e saborosos.

Já a representação da cozinha tradicional portuguesa é feita em “comunidade” e tende a ser, novamente, bastante valorizada. Esta é uma das características dos nossos pratos: Cozido à Portuguesa, Jardineira, Massa de Bacalhau com Batatas, Sopa à Lavrador, Papas de Bacalhau, Carne de Porco à Alentejana, Feijoada à Transmontana, Chanfana, Caldeirada de Peixe, Frango na Púcara, Sopa de Pedra, entre outros, em que se misturam vários nutrientes, neste caso, várias carnes, peixes e legumes.

2.6 A Alimentação como vector cultural de uma cidade ou país

Raquel Moreira salienta que a “alimentação não se reduz ao acto biológico de comer, nem às relações económicas que se estabelecem para a produção, transformação, distribuição e consumo dos alimentos. Sendo simultaneamente uma realidade biológica, económica, cultural, social e política, a alimentação encontra-se no cruzamento de diferentes domínios, traduzindo em parte as suas próprias dinâmicas (...). Inserindo-se no domínio do quotidiano, as práticas alimentares estão relacionadas com outras práticas e domínios sociais, remetendo para o conjunto das relações sociais que à sua volta se estabelecem. Trata-se, portanto, de uma realidade vasta, complexa e multidimensional, que integra todas as dinâmicas inerentes aos processos de desenvolvimento local”. Sem dúvida alguma, percebemos que aliada ao turismo está a alimentação, a gastronomia das diferentes regiões. Segundo Machado (1991: 202), a Gastronomia é a “arte de cozinhar, de modo que se proporcione o maior prazer aos que comem. Arte de se regalar com bons acepipes, de comer bem, de saber apreciar os bons petiscos”. A gastronomia, actualmente, está presente nos cartazes culturais das cidades portuguesas. Nota-

se uma preocupação por parte dos responsáveis pelo Turismo e Lazer no que diz respeito ao desenvolvimento e valorização da gastronomia local. Anualmente, em quase todas as cidades, realiza-se uma actividade cultural que remete para a “Semana Gastronómica”, com o intuito de mostrar o que naquela cidade de melhor se come. Portugal é um país caracterizado pela boa comida e bons vinhos, que se dão a conhecer aos turistas.

Os casamentos em Portugal são outra forma de evidenciar o quão importante é a comida para nós, ao mesmo tempo que se vivem momentos de afirmação e reconhecimento social. Neste tipo de festa, a maior parte do tempo é passada a comer. São os aperitivos antes da cerimónia, depois os aperitivos antes do almoço, seguidos de uma sopa. A festa é acompanhada por um prato de peixe e outro de carne, mais as frutas, os doces e os queijos. Ao final da noite vem a ceia. E o mais engraçado disto tudo é que, o mais importante é mesmo a comida e bebida, para os convidados claro está, do que a cerimónia em si. Os comentários que se fazem relativamente a estas festas é se a comida estava boa e não se a noiva ia bonita, ou se a festa correu bem. A festa corre bem se a comida for boa, tal como o vinho.

2.7 A Alimentação nas sociedades tradicionais

“Numa primeira fase da era industrial, as doenças por carências alimentares tornam-se epidémicas. Foram anos trágicos da grande mortalidade infantil e da tuberculose” (Peres, 2003).

Nas sociedades tradicionais verifica-se uma escassez brutal de alimentos saudáveis e higiénicos. Vivia-se com o que a terra produzia, os animais que se criavam e o pão que se fazia. A falta de dinheiro era uma realidade social. Os alimentos eram poucos para os elementos de uma só família. O pão era o alimento que estava presente em todas as refeições. A miséria era elevada, como podemos ler n’ *Os Miseráveis*, autoria de destaque de Victor Hugo (1860). Esta obra retrata muito bem a sociedade francesa de finais dos séculos XVIII e XIX. Tal como o nome indica, existe uma personagem – Jean Valjean – oriundo duma família pobre, um miserável, que depois de perder o seu trabalho nas podas, vê-se obrigado a roubar pão para dar de comer à família: sete criancinhas. O problema é que ele foi apanhado e condenado a prisão por “crime de roubo nocturno com arrombamento, praticado numa casa habitada” (idem: 91). Foi condenado a 19 anos de prisão por roubar pão. A falta de dinheiro e alimentos era tal que

roubar a comida constituía um crime que devia ser punido severamente. Hoje em dia, deixamos estragar comida nas nossas casas. Esquecemo-nos de alimentos que quando queremos utilizá-los já estão fora de prazo. Quer dizer que estragar comida não é crime mas, roubá-la ou invadir a propriedade alheia para comer umas laranjas ou maçãs já é crime. O facto de nem nos lembrarmos que por aí algures é frequente haver muita gente com falta de alimentos é mais uma das características dos indivíduos das sociedades desenvolvidas que olham apenas “para o seu umbigo”. Actualmente, a União Europeia criou medidas preventivas para combater a pobreza e a exclusão social, sendo uma delas, o Rendimento Social de Inserção, possibilitando às pessoas, pelo menos, alimentarem-se.

Para conservarem os alimentos antes da era tecnológica recorria-se à salga, ao açúcar e ao fumeiro, que eram as técnicas artesanais desenvolvidas na altura. “A salga e a fumagem eram usadas para a conservação da carne de porco, onde tudo era aproveitado para fazer enchidos de diferentes formas e sabores. (...) A secagem usava-se para a conservação de produtos agrícolas, como o feijão, grão, frutos, na época das colheitas, para serem consumidos durante o Inverno, quando o frio e os ritmos agrários não permitiam ter acesso a estes bens” (Lopes, 2006: 84). Outro tanto se diga, por exemplo, do azeite e do açúcar, onde se conservavam os queijos e as compotas para a conservação das frutas, respectivamente. Estes tipos de conservação acabam por influenciar de certa forma os nossos gostos. Por exemplo, em Portugal, apesar de já termos o frigorífico e a arca congeladora, mantemos a tradição de salgar a carne de porco, para continuarmos a saboreá-la com o paladar ligeiramente salgado.

Em suma, nas sociedades tradicionais vivia-se em estado de penúria alimentar, na medida em que a escassez de alimentos era uma constante.

2.8 A Alimentação nas sociedades desenvolvidas

“A absorção quantitativa do alimento é limitada, o sistema digestivo é limitado, mas o sistema cultural da alimentação revela-se como indefinido” (Baudrillard, 1995: 64). A alimentação nos dias de hoje caracteriza-se sobretudo por ser rápida, prática e barata. Em boa verdade, os pais, actualmente, queixam-se do ritmo frenético do trabalho, das responsabilidades, falta de tempo, dinheiro, As mulheres queixam-se da pouca intervenção dos

maridos/companheiros e por isso recorrem, muitas vezes, à comida de restauração para poderem ter tempo para elaborar outras tarefas domésticas. Nota-se aqui uma despreocupação face à comida que entra em casa, só pelo facto de ser confeccionada nos restaurantes. Sabe-se, também, que os restaurantes recorrem ao caldo KNORR, para dar sabor à refeição, aos molhos, ao mesmo óleo inúmeras vezes. O fenómeno da “MacDonaldização” (Peres, 2006) está em voga.

Peres evidencia oito erros alimentares que nos invadem todos os dias e destroem a nossa saúde. São eles o excesso de sal, o abuso de bebidas alcoólicas, o excesso de gorduras, a carência de leite na nossa alimentação, a escassez de produtos hortícolas e frutas, o facto de “saltar merendas e falhar o primeiro almoço”, o excesso de açúcar e “a comida em excesso” (2003: 140-141). Ao contrário do que vimos anteriormente, em vez de contactarmos com a comida em três momentos, hoje em dia estamos diante da comida em pelo menos mais dois momentos: o lanche da manhã e o da tarde, que são muito importantes. O que se verifica nos jovens é que eles comem muito e abusam ainda mais quando estão em frente à televisão a ver telenovelas ou a jogar vídeo jogos, adoptando assim uma postura altamente sedentária. Para agravar esta situação está o tipo de alimentos ingeridos que são, sobretudo, bolachas (ricas em gorduras trans).

Desde que a mulher entrou no mercado de trabalho, a tecnologia atingiu performances inovadoras e a indústria alimentar proporciona refeições mais baratas e apetitosas; a nossa alimentação mudou drasticamente. Mudam-se os tempos, mudam-se os comportamentos alimentares. Como não há tempo, as famílias recorrem, em massa, à restauração. É interessante observar o percurso da restauração nesta altura. Nunca se falou tanto em crise económica, falta de dinheiro, baixa de compras, falências bancárias, e..., porém nota-se que a restauração não está em crise. Pelo contrário, constata-se, frequentemente, a abertura de novos estabelecimentos neste sector. Este facto tem lugar porque sem comer e sem beber não podemos ficar e, na linha deste pensamento, os restaurantes encontram soluções económicas, de acordo com as possibilidades de cada um, proporcionando-lhes refeições saborosas e baratas, ainda que prejudiciais à saúde. O que importa para os clientes é o momento, o dinheiro que pensam poupar e o prazer que retiram destas refeições. Assim, nasce a restauração “fast-food, a McDonaldização. Fica mais barato recorrer a estes restaurantes. Até as grandes superfícies comerciais já dispõem de refeições prontas. Este tipo de alimentação “inclui o

consumo de produtos pré-preparados, tipicamente excessivos em açúcares, gorduras e sal” (Vieira e Silva, 2002: 116). Estes “não – lugares” (Marc – Augé, 1994), apelam inconscientemente ao consumo, pela forma como dispõem os artigos.

João Breda, no programa Sociedade Civil, transmitido pela 2, em Janeiro de 2010, com o tema “Os Efeitos da Crise na Saúde: a Alimentação” afirmou que “os pais, muitas vezes, consentem que os filhos vão aos restaurantes”, no sentido em que lhes é mais fácil e prático. De certa forma, desabam as transgressões em nome da falta de tempo, ainda que saibam da má qualidade dos alimentos nestes lugares. Refere ainda que a escolha dos miúdos é compreensível porque “os bares estão cheios de bolos com creme super apetitosos, chocolates ou bebidas açucaradas”. De facto, isto verifica-se constantemente, porque este tipo de escolhas proporciona prazer e bem-estar emocional e psíquico. Porém, a nível físico não é saudável. Na verdade, quando estamos mais fragilizados emocionalmente, tendemos para a comida; exemplo disto é o chocolate como fonte de refúgio para as senhoras, que acaba por fazê-las sentirem-se melhor, devido à libertação de endorfinas.

Se tivermos em atenção os preçários de cafés ou pastelarias, é possível observar que o preço dos bolos é mais barato do que o pão com queijo ou fiambre e que o leite achocolatado empacotado é mais barato do que uma meia de leite. É claro que o factor económico está sempre presente e influencia as nossas escolhas diárias. Portugal, que não é excepção à regra, também vive sob a aclamada “crise económica mundial” e desta forma, as pessoas, mesmo por questões de poupança, querem economizar na saída imediata do dinheiro. Neste sentido, as pessoas optam pelas promoções, tais como: um café mais um bolo por apenas 1 euro, por diárias em restaurantes que são mais baratas, por sandes, ...! Breda, quanto a estas escolhas, refere “as bolachas, a pastelaria e a restauração contêm gorduras trans, que são as mais perigosas para a saúde”. No mesmo programa, Clotilde Limbert afirmou que “o país anda a sandes por causa da crise”. A mesma sublinhou que as sandes até podem ser menos prejudiciais se as prepararmos em casa. Peres defende, por sua vez, a tese de que podemos todos comer acertadamente, mesmo que tenhamos menos recursos financeiros. Trata-se apenas de conhecer ou não os “fundamentos da alimentação saudável” (2003: 117).

Actualmente, na maior parte das escolas, as refeições apelam a uma boa prática alimentar e higiénica. Estas tornaram-se coloridas e divertidas graças aos cereais e legumes que

estão presentes. Reflectem-se, deste modo, os esforços desenvolvidos quer do Ministério da Educação, quer do Ministério da Saúde, para que as crianças gostem e aprendam a desfrutar de boa comida. Maria Antónia Figueiredo concorda com esta abordagem e vai mais longe, afirmando “se nas novelas fosse “in” levar o lanche de casa, os nossos adolescentes fá-lo-iam”. Destaca-se aqui mais um elemento interessante: a televisão como fonte de socialização – o seu poder persuasivo como modelo de socialização. Os adolescentes e as crianças vêem determinados programas de entretenimento e seguem as suas personagens preferidas, como ídolos, tendendo a adoptar comportamentos similares. De maneira que a reflexão anterior faz todo o sentido e é importante tê-la em consideração, para bem das nossas crianças e jovens, tal como da nossa carteira.

Hoje em dia, idealmente, nas sociedades desenvolvidas não seria permitido viver abaixo do limiar da pobreza. Para medir estas situações foi criado um indicador e quem não possuir condições para viver é-lhe concedido o Rendimento Social de Inserção (RSI). Este “constitui um mecanismo de combate à pobreza, tendo como principal objectivo assegurar aos cidadãos e aos seus agregados familiares recursos que contribuam para a satisfação das suas necessidades mínimas e, paralelamente, favorecer a progressiva inserção social, laboral e comunitária” (sitio oficial da Segurança Social). Mesmo assim, a maneira como este é gerido e a avaliar pelo que constatamos no dia-a-dia, percebemos que se investe no supérfluo ao invés do necessário (bolos, guloseimas, sumos gaseificados, em vez de pão, leite, água, fruta e cereais).

2.8.1 A Influência da publicidade nas escolhas alimentares

As publicidades têm a capacidade de captar a nossa atenção. A forma como se apresentam convence-nos de que aqueles são sempre os melhores produtos e os que devemos comprar. Esta ilusão acaba por nos induzir a comprar aquele produto, muitas vezes, não sendo essencial. Por exemplo, o MacDonaldis faz uma publicidade muito interessante sobre os produtos que dispõe a 1 euro. Aqui há vários factores que influenciam as escolhas que as pessoas optam. Em primeiro lugar o factor económico; depois o nome MacDonaldis, que por si só, persuade; depois todo um investimento na publicidade, como o sabor, a rapidez com que servem os clientes, o cenário e ambiente alegres da campanha e, insistentemente, a qualidade no que

concerne à “higiene e segurança alimentar”, tudo isto permite a sua difusão e a conquista de massas, especificamente, os jovens.

Há publicidades completamente centradas nas crianças e nos pais, ao mesmo tempo, aliciando as crianças com a sua oferta e agradando aos pais, pela despreocupação com a alimentação dos filhos, devido à sua gama de produtos. Por exemplo, a Kinder apela a um bolo empacotado como sendo o melhor lanche que os pais podem facultar aos filhos. Esta publicidade mostra os pais, sem preocupações e felizes pelo tempo que poupam com esta escolha e os miúdos, claro está, agradados com o bolo de chocolate bastante açucarado, mas delicioso. Para ser mais convincente, esta publicidade apela ao leite que compõe o bolo.

A Coca-Cola também criou uma publicidade interessante e super apelativa para os pais. A publicidade consiste na conjugação desta bebida em qualquer refeição como, por exemplo, sardinhas. Uma jogada inteligente, porque a maioria dos jovens rejeita este peixe mas, uma vez acompanhado por Coca-Cola, sabe bem e é menos uma preocupação que as mães têm na alimentação dos filhos.

Há um restaurante (ver anexo 4) com uma refeição intitulada “Menu Crise”, que custa apenas 2,5 euros. A própria cadeia de hipermercados Continente apresenta, diariamente através da televisão, soluções económicas para variar as suas refeições por apenas 4 euros. Estes são alimentos congelados, conservas ou de produtos pré-cozinhados, pobres nutricionalmente, ricos em calorias, mas baratos e rápidos.

As próprias marcas de produtos alimentares estabelecem-se nas grandes superfícies comerciais, contratando pessoas que promovam o produto o dêem a provar aos (possíveis futuros) consumidores. É interessante a forma como tudo se organiza em torno do consumo imediato. Os profissionais envolvidos realizam estudos, testam técnicas entre as quais têm sempre presente, pelo menos, um destes sentidos: visão, olfacto, paladar e o tacto que apelam, fortemente, ao consumo. “Os nossos mercados, artérias comerciais, Superprisunic imitam assim uma natureza reencontrada, prodigiosamente fecunda: são os nossos vales de Canãa onde correm, em vez do leite e do mel, as ondas de néon sobre o “Ketchup” e o “plástico”. (...) A montra, o anúncio publicitário, a firma produtora e a marca, que desempenham aqui um papel essencial, impõem a visão coerente e colectiva, de uma espécie de totalidade quase indissociável, de cadeia que deixa aparecer como série organizada de objectos simples e se

manifesta como encadeamento de significantes, na medida em que significam um ao outro como super-objecto mais complexo e arrastando o consumidor para uma espécie de motivações mais complexas. (...) Os vestidos, os aparelhos, os produtos de beleza compõe assim fileiras de objectos, suscitando no consumidor constrangimentos de inércia: de maneira lógica, encaminhar-se-á de objecto para objecto. Ver-se-á apanhado num cálculo de objectos – ocorrência totalmente diversa da vertigem de compra e de apropriação que deriva da própria profusão das mercadorias” (Baudrillard, 1995: 16-17).

2.8.2 Preparação dos alimentos

A confecção dos alimentos é igualmente importante. À medida que evoluímos, aprendemos e descobrimos novas formas de cozinhar em água, a vapor, em marinadas: cozer, assar, grelhar, guisar, estufar e fritar, sendo esta última a maior catástrofe na nossa alimentação, na medida em que, para além de incluir muitas gorduras, se tornou bastante consumível, fácil de cozinhar e agradável ao paladar. Todas estas modalidades de confecção são importantes, a fim de se variar o modo de confecção dos alimentos. Cada uma delas, com características diferentes, dá um sabor mais ou menos apurado ao que ingerimos. Por exemplo, quando comemos Cozido à Portuguesa sentimo-nos satisfeitos porque o sabor das carnes de porco conferem-lhe um cheirinho e sabor únicos. Por outro lado, se comemos bacalhau cozido não é tão apetitoso; ao passo que, se o fritarmos, torna-se delicioso. Todavia, é o cozido que melhor conserva os nutrientes dos alimentos, enquanto o frito, devido à gordura exposta a altas temperaturas, torna-se prejudicial para a nossa saúde. Torna-se mais grave ainda quando, para além de abusarmos nas quantidades de óleos e azeite, abusamos na quantidade do sal. É conveniente aprender a cozinhar sem exagerar na utilização das gorduras e do sal que, em excesso, são potenciais responsáveis de doenças cardiovasculares. As gorduras estão presentes em vários alimentos como é o caso das carnes, do peixe, das sementes e dos vegetais.

Em relação à nossa cozinha tradicional, não usamos apenas a gordura que os alimentos nos dão porque parece insuficiente e acrescentamos mais gorduras sob a forma de óleos, azeite e até margarinas, para cozinhar. Conforme se pensa, o azeite (gordura monoinsaturada) “é exemplo clássico” das “gorduras que se devem comer em maior quantidade: 50% a 60% do total

da ração gorda” (Peres, 2003: 95). Segundo o autor, a gordura das aves é nutricionalmente interessante, já “as gorduras saturadas são as que se devem comer em menor quantidade”⁷ (idem). Todos os dias somos confrontados com informações sobre a importância e o perigo das gorduras, sobretudo nos fritos. Estes ocupam lugares de preferência na nossa alimentação, pois são mais baratos e saborosos, no entanto, o seu valor nutricional apresenta pouca qualidade mas, como os seus efeitos não são visíveis a curto prazo, torna-se irrelevante a consciencialização desta problemática. Como diz o ditado “o fruto proibido é o mais apetecido”. Geralmente, os fritos são sempre acompanhados de muito sal, tal como o pão.

O sal, na medida a que estamos habituados, sabe-nos muito bem. O problema é que Portugal, em média, consome três vezes mais do que o recomendado. É assustador! Apesar de o sal ser um mineral importante para o nosso organismo, em quantidades equilibradas, nós utilizámo-lo incorrecta e exageradamente.

“O sal (Cloreto de Sódio) é indispensável ao organismo (...) uma vez que o sódio é um mineral essencial à vida e à saúde que o organismo não consegue produzir por si próprio. Ajuda na absorção de outros nutrientes a nível intestinal e é responsável pela regulação do balanço hídrico, do pH e da pressão osmótica. O cloro também é essencial à saúde. Preserva o balanço ácido-base no organismo, ajuda a absorção do potássio, aumenta a capacidade sanguínea de transporte de dióxido de carbono dos tecidos respiratórios para os pulmões, entre outros. A dose diária de sal a não ultrapassar, recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), é de 5 a 6 gramas de sal por dia para o adulto”, refere Graça Raimundo em entrevista à revista *Pública*. O mesmo artigo refere um estudo realizado por Jorge Polónia e seus colegas que concluíram que em várias “subpopulações portuguesas” (entre as quais, um grupo de estudantes universitários sem problemas de saúde aparentes) o consumo de sal avaliado através da excreção de urina era “muito elevado”, rondando o dobro dos valores máximos recomendados pela OMS. No mesmo estudo, Jorge Polónia refere que “foi observada uma correlação entre o consumo de sal e a pressão arterial, sugerindo que um consumo elevado de sal está relacionado com a elevada prevalência de hipertensão arterial e com a elevada mortalidade por AVC⁸ no nosso país”. Graça Raimundo vai mais longe e sugere doenças cardiovasculares, acidentes vasculares cerebrais e cancro do estômago, como potenciais consequências do excesso de sal.

⁷ Estas gorduras abundam nas carnes de vaca, cabra, ovelha e na de porco (ainda que em menor quantidade), nos derivados do leite (natas, queijo, manteiga, chantilly), no chocolate e nas margarinas usadas para cozinhar ou barrar o pão. “São as mais perigosas no desencadear da aterosclerose” (Peres, 2003:95).

⁸ É a sigla que designa Acidentes Vasculares Cerebrais. Esta é a principal causa de morte em Portugal.

A conserva é outra variante da alimentação hodierna. Em todas as casas há conservas: desde o atum, cogumelos, sardinhas, milho, leite condensado até às salsichas. São práticos, rápidos e para uma excepção servem perfeitamente. Grave é quando os usamos diariamente nas nossas refeições. Se lermos o rótulo, estes produtos contêm corantes e conservantes traduzidos nos denominados E (E300; E330). Os produtos congelados também acabam por não ser os mais benéficos para a saúde, tal como aqueles que são pré confeccionados. Apresentam níveis de gordura elevados e prejudicam o coração, o estômago, o sangue, entre outros. Estes produtos têm lugar com o progresso tecnológico, como por exemplo, o pão-de-forma, que é um exemplo crasso da alimentação moderna e da indústria alimentar tecnológica.

Os alimentos hoje em dia já não crescem apenas com terra e água, mas com a ajuda de fertilizantes ou adubos químicos que aceleram o crescimento e fomentam a produção. O mesmo se passa na alimentação dos animais que, mais tarde, serão consumidos por nós. A criação de animais é feita em quantidade e não em qualidade, para satisfazer a procura e iludir os consumidores quanto ao preço. Para isso criam-se lugares destinados à criação de determinada espécie de animais, como por exemplo, os aviários (onde se desenvolve a produtividade de aves). Estes animais, em “cativeiro” alimentam-se de ração, de produtos químicos e não de milho, ervas ou frutas como se faz na aldeia para subsistência. É evidente que aquele tipo de alimentação repercutir-se-á na nossa saúde. Por exemplo, estima-se que a BSE, conhecida por doença das vacas loucas, deriva da alteração da alimentação dos animais, à base de farinhas compostas, e depois reflecte-se no consumidor final. “A erva fria e húmida, contrariamente aos aromas secos e quentes, caracteriza-se, frequentemente, pela sua rápida e inevitável putrefacção que se acompanha de odores fedorentos. Porém, logo que os humanos foram intervindo na transformação alimentar dos animais, particularmente consumíveis, visando a rentabilidade económica, os efeitos nefastos para a saúde humana daí decorrentes não são os menos negligenciáveis, no que se refere à introdução de novos elementos, visando a rentabilidade na natureza alimentar de cada ser vivo: carnívoro e vegetal” (M. E. Leandro et al, 2010).

2.8.3 Novas tecnologias no apoio à dona de casa

Ao ritmo que a sociedade se desenvolve e cresce torna-se difícil para a mulher desempenhar as tarefas domésticas, sozinha. Também é verdade que o homem, não gostando

muito de colaborar nestas tarefas, ajuda de outra forma, inventando o microondas, a “actify”, a bimby, o aspirador, as máquinas de lavar roupa e louça e a de secar, o frigorífico, entre muitos outros electrodomésticos. Assim, estes electrodomésticos são testados e colocados no mercado, a fim de convencerem os consumidores. Por exemplo, o microondas serve para aquecer e confeccionar alimentos. Porém, as opiniões acerca da sua utilização divergem. Ivo Mai, no âmbito do Mestrado Profissional em Ensino de Física, constata que há uma ideia errada sobre este aparelho, a qual é fundamentada nos malefícios provocados na saúde devido às radiações lançadas, nomeadamente, na possibilidade de desencadear cancro. O autor defende que as microondas são “radiações de baixa energia, tanto que insuficientes para ionizar as moléculas ou átomos dos alimentos”. Acrescenta ainda que a única cautela que devemos ter face a estes aparelhos está relacionada com queimaduras profundas em caso de acidentes. “Apesar da conveniência e necessidade de tomar medidas de segurança e prevenção contra queimaduras com microondas, não existe nenhum perigo dos alimentos preparados num forno de microondas ficarem contaminados com a radiação” (Mai: 10).). Ainda sobre o microondas, num spot publicitário, patrocinado pela energia positiva, refere-se que, para aquecer alimentos, o microondas não constitui qualquer perigo para a saúde, contudo não aconselham a cozinhar alimentos através do microondas.

Outra invenção tecnológica recente que visa facilitar a vida na cozinha é a “Actify”- um aparelho que permite confeccionar algumas refeições, perfeitamente sozinho. Isto é, basta seguir as indicações, colocar lá os alimentos, marcar o tempo que necessita para o período da confecção e deixar cozinhar. Esta nova invenção é muito prática porque, graças à sua capacidade giratória, permite mexer e virar os alimentos automaticamente sem desfazê-los. Além disso, ao nível das gorduras que se utilizam é muito mais saudável e económico, pois permite fritar 1 kg de batatas apenas com uma colher “actify” de óleo ou azeite, conforme a preferência. Mais avançada que a “actify” é a Bimby, uma panela que permite cozinhar de todas as formas, excepto, assar, de forma muito rápida, económica e muito prática, não precisando de panelas adicionais, uma vez que é composta por divisões, permitindo, também, cozinhar a vapor. Esta tem-se tornado na melhor amiga da mulher na cozinha. O aspirador não substitui a mulher, na medida em que é preciso alguém para trabalhar com ele, mas garante uma limpeza rápida e com menor esforço físico. Já as máquinas de lavar roupa e louça concretizam as suas tarefas sem a ajuda de ninguém, só é necessário que alguém coloque as

peças no seu interior e programe a lavagem. A máquina de secar é muito útil, principalmente no Inverno e para quem vive em apartamentos. Enfim, cada um com a sua função, todos estes aparelhos facilitam a vida doméstica. Em relação ao frigorífico e à arca congeladora, estes trazem benefícios ao nível da conserva, permitindo conservar os alimentos por mais tempo.

2.9 A Alimentação como medicação

Sendo a alimentação uma contribuição para o nosso estado de saúde, convém ter presente a Roda dos Alimentos, como suporte para as nossas escolhas. A verdade é que, hoje em dia, a importância da Roda dos Alimentos nem sempre é valorizada devidamente. A própria dieta mediterrânica, cada vez mais invocada, ainda não é praticada genuinamente. Assiste-se, mesmo que lentamente, a uma crescente preocupação com o tipo de alimentação que praticamos. Por um lado, o fast food ganha consistência: até na Índia, já há MacDonalds! Todavia, por causa de uma ideia formalizada e impregnada na sociedade, principalmente nas mulheres há uma procura em expansão por refeições “light”. Estamos perante sociedades “fast”, no que se refere à procura de refeições rápidas, práticas e baratas mas, noutra perspectiva, uma sociedade dicotómica em si mesma. Por um lado “fat” e por outro “light”. Este tipo de refeições light, baseado em saladas, é o preferido das mulheres, por causa da constante preocupação com a magreza. Contudo, algumas saladas contêm molhos que são açucarados ou contêm antioxidantes, bem prejudiciais. Tal significa que ingerimos alimentos rápidos e cheios de gordura, mas saborosos, com altos níveis calóricos, favorecendo uma série de doenças, entre as quais, cardiovasculares e neoplasias. Contudo, para não ficarmos, socialmente, feios e gordos, adoptamos as saladas pobres em nutrientes mas ricas em calorias, por causa dos molhos, pouco ou nada nutritivos, mas viciantes, provocando distúrbios alimentares ao nível da Diabetes, da Anorexia e da má nutrição. Desta forma é que se manifesta muito importante conhecer e descodificar os elementos alimentares e os seus efeitos sobre a saúde.

“A simbólica dietética tem subjacente o mito do “corpo perfeito” que, nas sociedades ocidentais, aparece interconectado com o mito da saúde perfeita”. Isto significa que a pressão do modelo da estética corporal participa simultaneamente na medicação do acto alimentar e no culto da imagem do corpo, facto que vem reforçar a tendência a vigiar o corpo na sua

relação com a alimentação, como meio de garantir saúde, evitando as patologias alimentares, bem como as Sociopatias de civilização (Peres, 2003: 54). Fala-se da preferência por produtos da época. De facto, eles são uma ótima escolha porque são mais baratos e são aqueles que a natureza criou para nos proteger das doenças sazonais, por exemplo, as laranjas aparecem no Outono e Inverno para nos ajudarem a criar defesas, graças à Vitamina C contra as gripes. Fala-se ainda e cada vez mais nos produtos biológicos, sem qualquer tratamento, que são os melhores para a saúde. No entanto, são mais caros porque a produção não é elevada, ao contrário da qualidade. Neste sentido, Lopes defende o aparecimento do neologismo “alimento”, que designa os “alimentos com qualidades dietéticas particulares” (Lopes, 2006: 73). Resulta da fusão das palavras alimento e medicamento, procurando o alimento já seleccionado, com base nas suas qualidades e benefícios para a saúde, bem como na prevenção de determinadas doenças. Este tipo de alimentação está mais presente nas aldeias, onde em muitas casas se pratica a agricultura de subsistência.

3. A Noção de saúde

A saúde é a melhor e maior riqueza que cada pessoa, individualmente, pode ter e gozar. A saúde tem sido, desde sempre, a maior preocupação e a maior ambição de todas as sociedades. Esta preocupação “é tão antiga quanto a humanidade” (Carvalho, 2002: 14).

A noção de saúde é muito complexa. Durante muito tempo foi definida como o antónimo de doença, o que veio a revelar-se uma falsa questão porque ambas são antes um processo contínuo. Até porque se pode parecer de boa saúde e sofrer de doença grave. Só em 1946, a Organização Mundial de Saúde, reconheceu que “a saúde é um completo bem-estar físico, psíquico, mental e social e não só a ausência de doença ou enfermidade”. É a partir daqui que as concepções de saúde ultrapassam a dicotomia Saúde “vs” Doença.

O termo saúde varia nas diferentes culturas, bem como nas crenças sobre o que pode ou não trazer e/ou retirar da saúde. Assim, um agricultor que corta o pé porque trabalha descalço é a coisa mais normal do mundo e, muitas vezes, nem sequer desinfecta; ao passo que para um advogado, professor ou até mesmo um adolescente, já seria motivo de forte

preocupação, por causa das infecções que daí poderiam advir. Seria, certamente, razão de uma ida ao hospital. Neste sentido, a doença está associada à noção de mal-estar, à dor e a toda a sensação de não se sentir bem, ao impedimento de fazer uma vida normal. A doença aproxima-se do desvio, tal como defendia Parsons: coloca o doente fora do normal, que será viver com boa saúde. É com o passar dos tempos que nos apercebemos que as concepções ou causalidades relativamente à doença vão sofrendo alterações. Pelo que, primeiramente, a doença é concebida como um castigo divino: uma pessoa adoecia porque tinha desobedecido ou desrespeitado os deuses. Desta feita, a doença apontava para o desagrado divino. Todavia, a teoria hipocrática já tentava romper com estas noções ao apelar ao clima, às influências nas diversas estações do ano e à teoria dos humores com ela relacionada. Nesta teoria, a anormalidade era, essencialmente, vista como sinal de doença. Com o passar do tempo fizeram-se novas descobertas em relação a factores externos. Uma das mais importantes tem que ver com as doenças infecto-contagiosas transmitidas através de micróbios, em grande parte devido às insuficientes condições de salubridade, medidas profiláticas, dando azo a mais contágio.

No século XIX, desenvolve-se a teoria da Unicausalidade na descoberta de vírus, micróbios e bactérias. É aqui que se chega à conclusão de que existe um agente exterior, isto é, as causas das doenças são externas. Posto isto, é por esta via que devem ser evitadas. Para isso, em muito contribuiu o trabalho de Pasteur e Kock, com a descoberta das vacinas modernas. Ora, com o desenvolvimento científico e tecnológico, vai-se tomando consciência de que há outros factores que intervêm no desenvolvimento da doença ao invés da preservação da saúde. É neste contexto que aparece a célebre definição da OMS que ainda hoje se reveste de grande importância, apesar de já se terem feitos muitos outros avanços: hoje em dia, considera-se que o ambiente, a cultura e o meio psico-social exercem uma influência muito grande para o bem-estar e para a saúde dos indivíduos.

Em 1960, Sigerist, à semelhança do que já havia sido dito, afirma que “vivemos a um ritmo específico determinado pela Natureza, a Cultura e os Hábitos. Um ritmo inalterado é o estado de saúde, e a doença é a interrupção deste”. Encontramos, mais uma vez, a presença de determinantes da saúde como factores ambientais, condições sanitárias, factores genéticos e, ainda, factores do meio social. Peter Frank e a OMS defendem que a pobreza é um grande factor de doença, na medida em que, viver em ambiente de pobreza, sem condições sanitárias e higiénicas, onde a alimentação não é regular nem saudável, mau ambiente de trabalho e de

vizinhança co-habitam, proporcionando a doença. É em 1974 que Lalonde aponta os quatro determinantes da doença:

1. Biologia Humana (constituição física, genética, desenvolvimento e envelhecimento);
2. Meio-ambiente (contaminação física, química, biológica, psicossocial e sócio cultural);
3. Estilos de Vida (drogas, sedentarismo, alimentação, stress, violência, condução perigosa, etc.);
4. Assistência Sanitária;

Apesar de todos estes elementos serem muito importantes, destaca-se a influência da biologia humana, ocupando um lugar especial, uma vez que, graças ao desenvolvimento da biotecnologia, tenta compreender o corpo humano para obtenção de tratamentos.

Com efeito, “a saúde é o contínuo e perfeito ajuste do homem ao seu ambiente e a doença é o contínuo perfeito desajuste do homem ao seu ambiente” (Willie, 1970). Ademais, a “saúde não é só a vida no silêncio dos órgãos” (como defendia Lerich, 1936), mas ainda “a vida no silêncio das relações sociais”, como defende Canguilhem. É com o reconhecimento da OMS para com os determinantes da saúde que se assiste a uma passagem do modelo biológico para um modelo *bio-psico-social*, onde se realça a importância dos factores sociais e culturais para preservar a saúde ou, ao invés, desencadear a doença.

A saúde é um direito de todos, mas também um dever de cada um, pelo que é necessário incentivar a auto promoção da saúde, que vai muito para além da prevenção. A saúde, olhada como direito e dever, apela à importância da consciencialização do uso do preservativo, alimentação adequada, condução rodoviária civilizada, cuidado com o meio ambiente, importância da melhoria das relações familiares e sociais.

É importante reconhecer a Saúde como o maior e melhor recurso para o desenvolvimento social, económico e pessoal. Em suma, *a Saúde é o melhor Património que uma Sociedade Pode Ter*.

Na nossa opinião, a saúde é a única riqueza que pode nascer connosco. Não é apenas a ausência de doença ou o aparecimento de uma gripe sazonal, mas é antes de tudo, o reflexo dos

⁹ Engrácia Leandro, aulas de Sociologia da Saúde, 2008.

nossos comportamentos e estilos de vida. Por isso, sabendo que a saúde é o maior Património que qualquer indivíduo (micro) ou sociedade (macro) possa ter, há que implementar hábitos e comportamentos de vida saudáveis e estes são responsabilidade de todos, de forma a criar costumes correctos nas crianças, corrigindo estes erros frequentes e diários nas sociedades hodiernas.

3.0.1 O impacto da Organização Mundial de Saúde

A OMS é o órgão máximo que gere a saúde mundial, quem toma decisões e decreta os estados de calamidade ou sanidade ao nível das doenças. Foi criada a seguir à II Guerra Mundial para dar resposta às necessidades decorrentes das destruições das populações atingidas pela guerra. Para isso surgiram algumas reuniões com chefes de estado dos países membros da Organização das Nações Unidas (ONU), que chegaram a acordos sobre medidas que devem ser tomadas a nível de tratamento da doença, de prevenção e promoção da saúde. Em 1978, surgiu a *Declaração de Alma-Ata*¹⁰, que estabeleceu 38 metas para a saúde, prevendo alcançar a meta da “Saúde para Todos até 2000”, o que não veio a concretizar-se. Estavam essencialmente nesta óptica as populações dos países menos desenvolvidos. É ainda aqui que as doenças mortíferas mais grassam e que a esperança de vida é mais curta. Importa sim, investir em medidas de prevenção tendo em conta melhorar o nível de vida e, conseqüentemente, a saúde destas populações.

Em 1986, no Canadá, tem lugar a primeira Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, de que resultou a tão prolapada *Carta de Ottawa*. Neste texto há uma preocupação manifesta em promover a saúde, não só porque fica mais barato mas, sobretudo, porque se correm menos riscos; como diz o ditado popular “mais vale prevenir do que remediar”, apelando, desta forma, a comportamentos saudáveis.

Em Portugal implementou-se o Serviço Nacional de Saúde (SNS) em 1978. De acordo com o art. 64, da Constituição da República Portuguesa, “cabe ao estado garantir aos cidadãos o acesso aos Serviços de Saúde”, que inclui, quer o público, quer o privado, visando sempre a equidade. Segundo a Declaração Universal dos Direitos do Homem, no art. 25, “ *A saúde é um direito fundamental do Homem*”. Sem saúde, o Homem não está em condições de trabalhar ou

¹⁰ Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, URSS, 6-12 de Setembro de 1978.

produzir riqueza, quer para si próprio ou para a sua família, quer para a sociedade da qual depende. Ainda são envolvidos os custos indirectos que se tornam elevados (custos de tratamento, da baixa médica e o custo da não produtividade) e se o caso for uma doença transmissível, o risco é muito grande, podendo causar efeitos catastróficos para uma sociedade. Tal é, por exemplo, o caso das epidemias, ou numa situação mais grave, das pandemias, como aconteceu com a Gripe A¹¹, recentemente.

3.1 Inter-relação: Saúde x Alimentação

Para gozarmos de boa saúde é fundamental cuidarmos da nossa alimentação, de modo a adoptarmos um estilo de vida saudável, visando reduzir o risco de aparecimento de determinadas doenças.

As doenças das sociedades subdesenvolvidas caracterizam-se pela subnutrição e pelas doenças infecto-contagiosas, provocadas pelas más condições de vida, sanitárias, laborais e pela falta de alimentos e mau estado de conservação destes.

A partir da segunda metade do século XX até aos dias de hoje vivemos nas chamadas sociedades de abundância, onde surgem novas doenças de cariz metabólico e degenerativo, decorrentes de consumos excessivamente calóricos e nutricionalmente desequilibrados que ensombram o panorama sanitário. Doenças que dão pelo nome de Obesidade, Anorexia e Bulimia, Diabetes Mellitus Tipo 1 ou Tipo 2, Doenças Cardiovasculares, Hipertensão Arterial, Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC's), Cancros, e... Todas estas doenças são passíveis de ser evitadas e controladas, uma vez que derivam dos nossos comportamentos e estilos de vida. Na esteira de M. Drulle designam-se por Sociopatias.

As Sociopatias são uma das consequências das sociedades desenvolvidas. A sua maior frequência tem lugar com o desenvolvimento económico e com a facilidade com que se adquirem todos os produtos alimentares, mesmo prejudiciais à saúde. “A absorção quantitativa

¹¹ A Gripe A é um vírus da gripe, inicialmente identificada como gripe suína. Surgiu no Verão de 2009, alastrando-se, rapidamente, à escala mundial. Devido à sua incidência, a OMS aumentou para 6 o grau de alerta em todos os países. Inicialmente a vacina administrada nestes doentes era o “Tamiflu”, neste momento, já há uma vacina preventiva. Esta vacina é baseada na vacina criada para combater o vírus H5N1 (Gripe das Aves), só com a particularidade do vírus inoculado ser H1N1 (a estirpe do vírus da Gripe A). O Ministério da Saúde, juntamente com os meios de comunicação, lançou um conjunto de medidas preventivas para fazer face a este vírus. Estas medidas consistem em “lavar sempre muito bem as mãos; espirrar para um lenço descartável e usá-lo uma só vez; evitar multidões e recorrer ao uso de máscara quando não for possível evitá-las”.

do alimento é limitada, o sistema é limitado, mas o sistema cultural da alimentação revela-se como indefinido” (Baudrillard, 1995: 64).

À medida que a sociedade se desenvolve e que se estabelecem relações causa – efeito sobre comportamentos que adquirimos e as doenças vão surgindo como potenciais consequências destes comportamentos, são criadas medidas preventivas contra estes comportamentos como é, por exemplo, a Lei contra o tabaco (ver anexo 5) e o álcool (ver anexo 6). Infelizmente, ainda não se assistiu a alguma medida preventiva contra a publicidade do MacDonalds. Este tipo de restauração torna-se um vício pelo preço, pelos molhos, pelo rápido acesso à refeição. Para além disto, está provado que potencia a obesidade, quando ingerido frequentemente. A verdade é que as crianças e os jovens adoram estas comidas e basta-lhes terem 1 euro para acederem aos seus produtos: uma dose de batata frita ou um hambúrguer, ou duas tartes de maçã, ou uma bebida açucarada. Em suma, aquilo que comemos produz consequências na nossa saúde.

Daí a importância de seguirmos uma alimentação equilibrada e controlada, acompanhada de exercício físico.

3.1.1 Cuidados com a alimentação

Anteriormente vimos como é importante preocuparmo-nos com a alimentação por causa dos efeitos a longo prazo que podem repercutir-se na nossa saúde. A seguir ilustraremos algumas recomendações a pôr em prática, segundo Emílio Peres.

1. Dê mais importância ao acto de comer. Aprecie as grandes refeições lentamente, mastigando e saboreando os alimentos.
2. Convém comer, seja o que for, sempre à mesa. É igualmente importante não petiscar enquanto prepara refeições.
3. É fundamental estabelecer horários para as refeições e não saltar nenhuma delas.
4. É conveniente fazer, no mínimo, seis refeições diárias, sendo que as do meio da manhã e da tarde devem ser pequenas refeições.

5. É deveras importante não sair de casa sem tomar um bom pequeno-almoço.
6. Não ficar mais de quatro horas, no máximo, sem se alimentar.
7. É importante não comer enquanto lê, vê televisão ou trabalha.
8. Mastigue muito bem os alimentos, transformando-os em papa. Pouse os talhares entre cada garfada.
9. Evite comer sozinho e em lugares barulhentos.
10. É importante não comer o que quer que seja só porque outros ao pé de si estão a comer.
11. Pense e identifique quais os factores que o fazem comer em excesso.
12. Convém pesar-se, pelo menos, uma vez por semana e controlar o peso, anotando-o.
13. Marque uma consulta num nutricionista para que este lhe estabeleça um plano alimentar que permita controlar e regular o seu peso.

3.2 Doenças directamente relacionadas com a alimentação.

Proseguimos, agora, com as doenças relacionadas com a alimentação. Vamos perceber de que forma é que surgem e os problemas que podem causar. Começemos pela Obesidade.

1. **A Obesidade** é o resultado de acumulação excessiva de gordura capaz de produzir doenças. Estima-se que em 2025 metade da população mundial seja obesa. A obesidade é uma doença característica das sociedades desenvolvidas que fomentam a procura do alimento como vimos anteriormente. “Prevê-se que em 2015 as doenças associadas ao excesso alimentar, em particular a diabetes, a hipertensão ou a doença cardíaca isquémica, ultrapassarão a subnutrição como causa de morte nos países em desenvolvimento.” (Barros, 2007: 68-69).

Felizmente, parece haver uma consciencialização de que a alimentação pode condicionar a nossa saúde. O Ministério da Saúde tem apelado para a preocupação com o aumento da obesidade, principalmente em crianças. Os nutricionistas começam a ter um papel

mais activo, tanto nos hospitais como em centros de saúde. Sabe-se, hoje, que a higiene e a alimentação contribuem para uma melhor saúde, por isso, é importante seguir, por exemplo, a alimentação das grávidas para que os bebés não sofram lesões ou nasçam obesos. Se uma grávida praticar uma alimentação pobre em cálcio o bebé poderá nascer com deficiências neste sentido; se a grávida abusar no consumo de açúcar prejudicará, logo à nascença, a vida e saúde do bebé. Por outro lado, se a grávida não fizer uma alimentação nutricional equilibrada, nem respeitar a dieta recomendada, a fim de não engordar, estará, igualmente, a prejudicar a saúde do bebé. Este é um problema corrente.

Um estudo a ser realizado pela Plataforma Contra a Obesidade revela que “29% das crianças entre os 2 e 5 anos têm excesso de peso e 12,5 % são obesas”¹². “A prevalência de crianças obesas dos 2 aos 5 anos é de 12,5%, mais 1,2% que no grupo dos 11 aos 15 anos. E a pré-obesidade afecta 29% deste grupo, mais 0,8% do que entre os adolescentes”. Desta análise feita pela autora Ana Miranda (coordenadora do estudo e nutricionista), conclui-se que a “escolaridade dos pais parece condicionar mais a prevalência de excesso de peso e de obesidade nas filhas. Além disso, os adolescentes, cujos pais têm menos que nove anos de escolaridade, tendem a apresentar as percentagens mais elevadas quer de excesso de peso, quer de obesidade”, como refere Galvão Teles, coordenador do estudo. No caso das crianças entre os 2 e os 5 anos, são sobretudo as que têm pais com menos de seis anos de ensino que apresentam maiores índices de obesidade”.

Ana Miranda, aquando da primeira divulgação dos resultados do estudo, no XIII Congresso Português de Obesidade, que ocorreu em Vilamoura, afirma que “Portugal ocupa o primeiro lugar da Europa em obesidade infantil. “Estas situações ocorrem porque a disponibilidade de alimentos é muito maior actualmente, torna-se imperativo saber escolher. Gandhi afirmou “A verdadeira felicidade é impossível sem a verdadeira saúde e a verdadeira saúde é impossível sem um rigoroso controlo da gula.”

2. **A Anorexia e Bulimia Nervosas** são doenças decorrentes dum mau comportamento alimentar, sobretudo em fases complicadas do desenvolvimento humano, como é o caso do crescimento. São doenças tratáveis mas que podem provocar a morte. Estas doenças têm maior

¹² Artigo do Diário de Notícias sobre e Alimentação de Céu Neves, 16 de Outubro de 2009, p.16)

incidência nas sociedades actuais por causa da valorização e do culto do corpo e da imagem. São doenças que afectam, sobretudo, mulheres, pois são estas que mais se preocupam com a imagem e desejam ser magras. Desta forma, adoptam comportamentos alimentares radicais. “Estas doenças são anomalias do comportamento alimentar que se instalam na vida de uma pessoa, muitas vezes ainda jovem, de modo insidioso e sem que o próprio possa reconhecer a gravidade do problema, quer a necessidade de tratamento” (Brandão, 2007: 13). “ A Anorexia Nervosa desencadeia-se na grande maioria dos casos após uma determinação em restringir os alimentos mais calóricos e com o objectivo de reduzir o peso corporal numa fase de vida em que o peso do corpo é reconhecido como insatisfatório e que o corpo passa a ser intermediário para a necessária afirmação de si próprio em relação aos que o rodeiam” (idem: 24). Já a Bulimia Nervosa “refere-se a comportamentos persistentes de ingestões alimentares de quantidades que qualquer um consideraria excessiva. Durante estes episódios, chegam a comer três ou mais vezes mais alimentos do que a maioria das pessoas comeria em qualquer uma das refeições habituais. Podem fazer combinações invulgares de alimentos. Comem muitas vezes sem gosto e com a sensação de que não conseguem parar de o fazer. Sentem-se muito culpados e envergonhados consigo próprios e procuram livrar-se do que ingeriram provocando vômitos” (ibidem: 31).

3. **A Diabetes Mellitus Tipo 1 ou Tipo 2** “resulta de uma anomalia progressiva da secreção associada a um estado de resistência à insulina. É uma doença relacionada, sobretudo, com os estilos de vida moderna constituídos por ingestão exagerada de calorias e vida sedentária (a maior parte destes doentes têm excesso de peso) ” (Medina, 2007: 21). A Diabetes é definida como um grupo de doenças do metabolismo, que pode ter várias causas e que é caracterizada pelo aumento da glicose no sangue (a glicose é o açúcar no sangue), acompanhado de alteração do metabolismo dos hidratos de carbono, das gorduras e das proteínas. “É uma doença crónica que precisa de cuidados médicos continuados e da educação do doente, de modo a prevenir complicações agudas e a diminuir o risco de complicações tardias (...) o doente diabético que se cuida e trata correctamente pode viver sem problemas” (idem: 11).

4. **As Doenças Cardiovasculares** resultam “geralmente da lesão do músculo cardíaco subsequente à obstrução de uma artéria coronária. É actualmente uma das principais causas de morte nos países desenvolvidos e a sua incidência poderá ser diminuída se forem implementadas medidas preventivas, nomeadamente na mudança de estilos de vida” (Gavina e

Pinho, 2007: 5). É conveniente estarmos atentos aos sinais que podem revelar o início de um Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM):

- Desconforto ou dor torácica, que geralmente surge no meio do peito, sobre a zona do esterno, e pode ser sentido como aperto, pressão, ardência ou peso, geralmente durante mais de 30 minutos;
- Desconforto noutras áreas do tronco como um ou ambos os braços, pescoço, mandíbula, entre as omoplatas ou imediatamente abaixo do esterno (zona do estômago);
- Falta de ar, que geralmente também se associa a mal-estar torácico;

Outros sinais e sintomas com hipersudorese (“suores frios”), náuseas e vômitos, que geralmente, surgem em associação aos anteriores, mas que podem surgir isoladamente, principalmente nos doentes idosos ou diabéticos. “Na presença destes sintomas de alerta, deve contactar o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), pelo número de telefone 112, para que profissionais de saúde treinados possam determinar a probabilidade de se tratar realmente de um enfarte miocárdico e lhe prestem os cuidados necessários” (idem: 25). “Após o enfarte do miocárdio é fundamental a implementação de um plano alimentar adequado, distribuído por quatro a seis refeições diárias, privilegiando o consumo de frutas, verduras e produtos hortícolas. A sopa é um excelente alimento” (ibidem: 77).

5. **Hipertensão Arterial** é a “designação médica da pressão arterial elevada. É uma situação que, quando não tratada, aumenta significativamente o risco de ocorrência de eventos cardiovasculares adversos. Estes eventos devem-se essencialmente às lesões que a pressão arterial provoca nos chamados órgãos alvo: artérias, coração, rins, cérebro e olhos”, como refere Luís Martins no artigo Hipertensão, publicado na revista Saúde em Revista (2008: 150-151). O presidente da Sociedade Portuguesa de Hipertensão prossegue que “as lesões ocorrem em contínuo, iniciando-se com a presença da HTA e de outros factores de risco, manifestando-se por alterações precoces como a disfunção endotelial e a remodelagem vascular e evoluem até aos eventos cardiovasculares, tais como o enfarte do miocárdio, o acidente vascular cerebral e a insuficiência cardíaca. O coração do doente hipertenso, de modo a manter uma perfusão tecidual adequada, responde à sobrecarga hemodinâmica provocada pela elevação da pós-carga (resultante dos aumentos da resistência vascular periférica e da rigidez arterial)

desenvolvendo hipertrofia miocárdica, disfunção ventricular diastólica e, mais tardiamente, disfunção sistólica” (idem: 151). A qualidade alimentar não é alheia a estes fenómenos, sobretudo quando se opta por comida salgada, gorduras, excesso de álcool e outras bebidas excitantes.

6. **O Acidente Vascular Cerebral (AVC)** “é a maior causa de morte em Portugal e é certamente a maior causa de incapacidade de longa duração e de diminuição da qualidade de vida” (Oliveira Silva, 2007: 10). “O AVC corresponde à lesão cerebral resultante da interrupção aguda do fluxo sanguíneo arterial que pode surgir por uma obstrução do vaso provocada por um êmbolo/trombo (coágulo), pela pressão de perfusão cerebral insuficiente ou pela ruptura da parede da artéria. Nos dois primeiros casos, os mais frequentes, falamos de AVC isquémico ou enfarte cerebral; no segundo, de AVC hemorrágico ou hemorragia cerebral (idem: 17). Mais uma vez os conselhos médicos para evitar AVC’s prendem-se com mudanças nos estilos de vida: deixar de fumar, evitar bebidas alcoólicas em excesso, caminhar diariamente, praticar uma alimentação equilibrada, não abusando do sal.

7. **O Cancro** é “uma neoplasia maligna ou se se preferir usar a palavra tumor como sinónimo de neoplasia, o cancro é um tumor maligno”, afirma Simões et al. (2007: 7). “Os cancros são o resultado de uma interacção muito complexa entre agressões ambientais (tabaco, infecções, dietas desadequadas, etc.) e susceptibilidade genética. (...) Os cancros mais frequentes nos homens portugueses são, para além do cancro da pele, os da próstata, do pulmão, do cólon e recto (intestino grosso) e o do estômago. Na mulher, os cancros mais frequentes, são os da mama, do cólon e recto (intestino grosso), do estômago e do útero. As maiores diferenças entre Portugal e a EU e a América do Norte residem na maior incidência de cancro no estômago em doentes portugueses de ambos os sexos, e na menor incidência do cancro do pulmão, na mulher, em Portugal (apesar de a incidência estar a aumentar acentuadamente nas mulheres portuguesas), o que também pode ter que ver com o aumento das fumadoras. (...) Mais de 99% dos genes que codificam as proteínas de um cancro do estômago são iguais ou muito parecidos com os do estômago normal. A diferença está numa percentagem mínima de genes, que provoca uma espécie de estômago anormal, que tem uma

forma estranha e não se confina à sua localização. O cancro do estômago é o resultado do crescimento, de um tecido gástrico (estômago) que não respeita as fronteiras do órgão” (Ibidem 10 – 25).

Segundo o sítio da Roche, o cancro do estômago incide quase duas vezes mais sobre os homens, comparativamente às mulheres. Este cancro está relacionado com o tipo de alimentação e hábitos alimentares que adquirimos. É mais frequente nos países como o “Japão, a Coreia, algumas zonas da Europa Ocidental e América Latina”, onde a alimentação é rica em alimentos conservados. Os alimentos são conservados em salgas, vinagre, fumeiros e secagem. No nosso país é frequente ingerirmos alimentos conservados, de qualquer uma destas formas. Por exemplo, na região norte facilmente encontramos produtos fumados e salgados, pois é uma zona mais virada para as carnes. É na carne de porco que usamos mais este tipo de conservas. É comum encontrar-se, nos ambientes mais rurais, famílias que criam porcos “para matar”, de forma a ter alimento todo o ano. Quanto à carne de porco, esta é salgada para ser mais saborosa e se conservar por mais tempo. Do porco é também aproveitada a perna para fumar, obtendo-se o presunto. Já nas zonas mais litorais, como na Nazaré, é constante vermos o carapau a secar ao sol para comercializar. A ingestão frequente deste tipo de alimentos está relacionada, de certa forma, com o aparecimento do cancro do estômago. É a partir deste pressuposto que se insiste continuamente na prevenção do cancro do estômago graças ao incentivo para a ingestão de alimentos frescos, tais como a fruta, vegetais ou carnes brancas.

O cancro do estômago, segundo uma notícia lançada no dia 12 de Agosto pela RTP1, mata cerca de 3 mil pessoas por ano. No Japão já existem rastreios para este tipo de cancro, mas em Portugal ainda não há. “É mais frequente em homens do que em mulheres e a sua incidência aumenta com o avanço da idade, sobretudo a partir dos 50 anos. Para além de ser um tipo de cancro muito agressivo (pode aumentar ao longo da parede do estômago, para o esófago e para o intestino delgado, atingindo, por vezes os pulmões, os ovários e os gânglios linfáticos acima da clavícula), é, frequentemente, assintomático na fase inicial, o que explica o seu mau prognóstico” (Dr. Paulo Cortes, in Prevenir, Outubro de 2010: 104). O Infarmed está a lançar um medicamento que pode auxiliar no tratamento deste tipo de cancro, aumentando até mais dois meses e meio de longevidade do doente. Não é pelo tempo em si, mas pelo passo que está a ser dado; é a “prova do princípio”, refere Nuno Gil, porque todos os tumores são diferentes e o importante é perceber qual a mutação das moléculas e dos genes para podermos

“desenhar medicamentos” (idem) que sejam mais eficazes. Nuno Gil, em entrevista à RTP, no programa Bom dia Portugal, refere que as pessoas com qualquer tipo de cancro na família devem estar em alerta. (ibidem)

“O Japão, Chile e Portugal são alguns dos países onde a incidência da patologia é maior. Isto porque há em média, nestes países, 29 mortes por cada 100 000 pessoas, por ano em cada ano. Em contraste, nos Estados Unidos, Reino Unido, França e Alemanha há apenas cerca de três mortes em 100 000 pessoas por ano devido ao cancro do estômago.”

Capítulo II:

Caracterização sócio-geográfica dos contextos de investigação e Metodologia

Nos finais do século XX já se previa que a obesidade reinasse e afectasse o mundo actual. Foi então que a Organização Mundial de Saúde declarou a obesidade como “epidemia do século XXI”, porque, de facto, o excesso de peso afecta cada vez mais pessoas. Segundo a OMS estima-se que em 2025 mais de metade da população mundial seja obesa. A obesidade é uma doença crónica, que atinge homens e mulheres sem qualquer distinção, bem como raças e culturas. É uma doença que denota mais intensidade nos países desenvolvidos. É a segunda causa de morte, a seguir ao tabagismo, passível de prevenção.

Nos Estados Unidos da América, segundo o investigador James O'hill, a maior parte dos cidadãos aumenta meio quilo por ano de forma inconsciente e nada faz para remediar ou alterar o seu estado. Para além de um estilo de vida sedentário, os cidadãos vão ficando cada vez mais pesados, favorecendo o aparecimento da Diabetes, doenças cardiovasculares e cancros. Assim, a probabilidade de morrer cada vez mais cedo é maior. O investigador alerta os portugueses para não seguirem o exemplo dos americanos, pois se o fizerem já sabem o que os espera.

Urge a necessidade de conhecer o estado da nossa população face a este problema. A realidade é verdadeiramente assustadora. Segundo dados da SPEO (Sociedade Portuguesa para o Estudo da Obesidade) a prevalência da obesidade em Portugal, em 1995, era de 49,6% e passou para 52,3% em 2005, afectando, já, mais de metade da população. O Professor Doutor Davide Carvalho afirma que 1/3 das crianças portuguesas sofre de obesidade e excesso de peso, distribuído pelas crianças entre os 2 e 5 anos de idade, em que cerca de 35,5% são afectadas, e 33,9% das crianças e/ou adolescentes dos 11 aos 15 anos. Carvalho aponta os “mais pobres, mais desprotegidos, e de nível sócio-cultural mais baixo” como sendo os obesos, parecendo haver um contra senso, mas que torna-se real quando a escolha dos alimentos não é acertada.

Carla Rodrigues, no sítio Médicos de Portugal, escreve que mais de metade da população portuguesa sofre de obesidade, mostrando que a prevalência desta situa-se em 53,6%, distribuindo-se em 14% de adultos, 31% das crianças e adolescentes, desta forma, o número de consultas pediátricas aumenta bruscamente; 1,4% dos adultos sofre de obesidade mórbida, no nosso país.

Neste sentido definiu-se a urgência de criar um Programa Nacional de Combate à Obesidade, integrado no Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Este programa centra-se em todas aquelas pessoas – homens ou mulheres, crianças ou jovens e ainda idosos - que evidenciam níveis de pré-obesidade, obesidade e obesidade mórbida. Esta luta passa por incentivar a população à prática de exercício físico, combater a publicidade de comidas açucaradas e com excesso de sal, objectivando a consciencialização para a prática de uma alimentação mais equilibrada. De facto, a questão da alimentação é um assunto muito importante na actualidade, pois está na base daquilo a que chamamos “vida saudável”. Grande parte das doenças hodiernas tem que ver ou está associada à alimentação quer por excesso ou privação (devido a razões estéticas, como é o caso da anorexia). Cada vez mais os produtos que ingerimos sofrem alterações antes de chegarem até nós e podem causar doença, se não tivermos em atenção as quantidades, variedade e qualidade. Até os produtos cosméticos reportam para a riqueza dos alimentos, nomeadamente o azeite da azeitona nutre a pele, o extracto de alperce nutre e repara o cabelo, entre outros.

Por norma, quando pensamos em compras associamo-las às mulheres, em prol dos homens. É nas mães que pensamos quando o filho está doente, pois quem mais participa e acompanha as crianças ao médico é a mãe ou a avó, normalmente uma figura feminina associada à proximidade e protecção, assumindo o papel, por vezes, de “enfermeira doméstica” (Fonssagrives, citado em Leandro, 2001b, p.88). Este tratamento assume maior importância e incidência nas fases da infância e adolescência. Cuidar, prevenir e promover a saúde é um papel que as mães desempenham face aos filhos, enquanto estão mais dependentes, sendo desta forma assim se criam os hábitos de higiene alimentar e saudável, que podem ter ou não seguimento. Foi criada a Roda dos Alimentos, uma espécie de gráfico ilustrado, para nos revelar o tipo de alimentos que devemos ingerir em maior quantidade (frutas, legumes, cereais) e os que devemos restringir (bolos, doces, bebidas açucaradas). A Roda dos Alimentos mostra-nos ainda que a água é vida, por isso, está contemplada no centro da roda.

A alimentação é constantemente alvo de grandes mudanças, a lembrar: culturais, sociais, religiosas, financeiras. Sentimos, por isso, necessidade de retomar a noção de cultura alimentar. Este conceito baseia-se nos aspectos de cada micro (regiões) ou mesmo macro (país) sociedade, nomeadamente, características sociais, culturais, económicas, geográficas, simbólicas e até religiosas.

Em Portugal, a cultura alimentar varia de região para região; por exemplo, no Minho, o porco é muito apreciado bem como a vaca, porém o borrego dificilmente será favorito. Por esta ordem, no Sul, dificilmente encontraremos as famosas Papas de Sarrabulho, tão apreciadas no Minho. Em contrapartida encontraremos a famigerada Carne de Porco à Alentejana. Na Nazaré e em Peniche rapidamente se encontram sardinhas e carapaus secos ao sol, ao passo que no resto do país esta prática não é frequente. O norte presenteia-nos com a famosa Caldeirada de Cabrito e o Sul com a deliciosa Caldeirada de Peixe.

A religião católica cristã apelava ao jejum e abstinência da carne como sacrifício, o que hoje não tem tanto significado, dando até uma maior valorização ao peixe. Isto, sem dizer que a carne perdeu totalmente o significado que lhe vinha sendo atribuído como expressão de poder económico e, conseqüentemente, estatuto social. Basta olhar para as ementas dos restaurantes, normalmente muito mais recheadas de carne do que peixe. Aliás, este tende a aparecer depois das ementas de carne, o que até vai contra a civilidade tradicional da mesa, em que o prato do peixe antecede o da carne. De igual forma, nos dias que correm as pessoas optam por fazer mais comida para guardarem para outro dia, ou pelas refeições “de partilha” – caldeiradas, feijoadas, jardineiras – de maneira a pouparem, já que o país atravessa grandes dificuldades financeiras e o desemprego disparou. Neste sentido, a cultura alimentar é uma expressão ou simulação do Homem da (des)valorização dos alimentos, num determinado espaço e tempo, tendo em conta as respectivas culturas culinárias.

Assim, torna-se aliciante conhecer como reagem os portugueses, de diferentes regiões, à importância que a alimentação exerce nas suas vidas; de que forma se organizam e que estratégias utilizam, de acordo com a sua cultura alimentar, para preservarem ou não a sua saúde e a dos que os rodeiam, nomeadamente, os filhos. Ressalta a necessidade de conhecermos os quatro concelhos envolvidos no presente estudo. Todavia, não podemos esquecer que o presente estudo tem por base os resultados do projecto “O contributo in (visível):

A gestão familiar dos cuidados de saúde”, assentando a investigação em famílias dos concelhos de Braga, Caldas da Rainha, Évora e Vila Real. Este foi desenvolvido no âmbito do projecto POCTI/2004, Financiado pela Fundação Ciência e Tecnologia (FCT), no quadro da investigação no interior do Centro de Investigação em Ciências Sociais (CICS), da Universidade do Minho, englobando investigadores de três diferentes universidades: Universidade do Minho, Universidade de Évora e Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. Os concelhos foram escolhidos de forma a abarcar os diferentes contextos: rural, urbano, interior e litoral, tendo em conta a diversidade social, regional, cultural e ainda económica.

A – Braga

Segundo o Diagnóstico de Situação do Concelho de Braga, a cidade é composta por 62 freguesias, faz fronteira a norte com Vila Verde e Amares, a nordeste e Este com a Póvoa de Lanhoso, a sul e sudeste esbate-se com Guimarães e Vila Nova de Famalicão e a oeste encontra-se com o concelho de Barcelos. Esta cidade tem uma área de 183,2 km², está situada na região norte de Portugal e a noroeste da Península Ibérica. Desta área, 37% é aproveitada pelo sector agrícola, 17,5% representa área florestal e 26,9% de área urbana. No ano de 2007 estimava-se que Braga tivesse 175,063 habitantes, o que correspondia a uma densidade populacional de 956hab/Km², representada da seguinte forma: para cada 100 mulheres havia 92.5 homens. Nesta altura, Braga apresentava-se como o concelho mais jovem de Portugal Continental. No entanto, com cerca de 4967 indivíduos que recebiam o Rendimento Social de Inserção (RSI), dos quais 2317 homens e 2650 mulheres. Já em Abril de 2008, o concelho apresentava 3886 homens e 5641 mulheres desempregados.

Quanto à escolarização, Braga apresenta uma taxa maior à dos outros concelhos, ainda que com algumas alterações. Contudo, quanto ao ensino superior apresenta “valores muito superiores aos verificados nas outras unidades territoriais analisadas. O concelho de Braga apresentava 73,8%, a Sub-Região do Cávado 32,3%, a Região Norte 24,7% e o Continente 29,3%” (Diagnóstico de Situação do Concelho de Braga: 17).

Em relação à gastronomia, Braga é bastante diversificada e rica; os bracarenses têm o bacalhau como peixe preferido, existindo várias formas de o confeccionar. Quanto à carne,

destaca-se “o arroz de pato à moda de Braga, o sarrabulho acompanhado com rojões, os farinhotes, a tripa enfarinhada, os figados e o verde (sangue) frito com alho” (idem: 21). Ao lanche recomenda-se as frigideiras recheadas com carne de vaca e presunto. Não podemos ainda esquecer os doces característicos da cidade como o “pudim Abade de Priscos, o Toucinho-Do-Céu, os doces de romaria e os fidalguinhos de Braga” (ibidem: 21). A acompanhar estas deliciosas ementas encontra-se o vinho verde.

A Unidade de Saúde Pública de Braga criou o “Programa de Salubridade Alimentar nas Cantinas Escolares do Concelho de Braga” de forma a controlar todas as cantinas da escola e todos os chamados serviços de “catering” que servem as escolas, tendo em conta as amostras de alimentos e os utensílios como unidades de observação; criou também o “Programa de Salubridade Alimentar nas Instituições Privadas de Solidariedade Social (IPSS)” de forma a controlar estas entidades (IPSS).

Para o presente trabalho, após uma breve e curta introdução da caracterização do concelho de Braga, é importante conhecer a realidade ao nível da saúde dos seus habitantes. De acordo com o Diagnóstico entre os anos 2005 a 2008, as principais causas de internamento dos habitantes bracarenses incidem em idades compreendidas entre os 25 e os 64 anos. Devem-se, essencialmente, à gravidez ou aos partos, doenças do aparelho digestivo, do aparelho respiratório e do aparelho circulatório, seguidas de tumores. “As causas mais frequentes de internamento hospitalar por doenças neoplásicas devem-se a tumores do estômago, da mama, do cólon e da bexiga” (ibidem: 32). A incidência da diabetes entre 2005 e 2006 aumentou em 15,9% nos bracarenses, já no aparelho circulatório aumentaram em 30% os internamentos por doenças isquémicas do coração e diminuíram em 6,6% as doenças cardiovasculares. No entanto, as doenças hipertensivas duplicaram. Desde 2005 até 2007 as doenças do aparelho digestivo também aumentaram, com a exceção das doenças crónicas de fígado (cirroses) que diminuíram cerca de 41,4%.

Em Braga registou-se, nestes períodos, uma taxa de mortalidade inferior face às restantes regiões estudadas. Todavia, a mortalidade prematura aumentou de 2007 para 2008 de 1,79% para 2,25%, respectivamente. A mortalidade prematura nos homens aumentou de 2,39% para 2,77% e nas mulheres de 1,19% para 1,74%, sendo que as principais causas de morte, em 2008, foram doenças do aparelho circulatório (30,4%, em que aumentou a

mortalidade por enfarte cardíaco e paragem cerebral), tumores (20,7%, onde se verificou um aumento acentuado de tumores do estômago, pulmão e mama), causas indefinidas (20,0%) e doenças do aparelho respiratório (16,1%, aumentando as mortes causadas por edema pulmonar e insuficiência respiratória).

B – Caldas Da Rainha

O concelho das Caldas da Rainha situa-se na região Centro/Estremadura, pertencendo ao distrito de Leiria e tem uma área de 255.87 km², acolhe 48.844 habitantes. É composto por 16 freguesias (CMCR, 2001). Este concelho define-se pela louça e bordados das Caldas, pelas águas termais e pela doçaria característica (Troupas de Ovos, Cavacas de Caldas e Beijinhos).

De acordo com o observatório estatístico no sítio da Câmara Municipal, em 2004, o número total de empresas registou-se nos 7275, distribuindo-se nos mais diversos sectores. O sector do comércio e reparação era o mais forte neste concelho, abrangendo 32,44%, seguido da construção (18,0%) e da pesca (11,27%). Os sectores que registaram menor número de empresas foram o sector da electricidade, gás e água (0,03%), o sector da indústria extractiva (0,05%), o sector dos transportes e comunicações (1,79%), imediatamente seguido, do sector das actividades financeiras (1,92%).

O mesmo observatório, através de fontes do INE, mostra como se estruturou o desemprego em 2005: 61,35% da taxa de desemprego recaiu sobre as mulheres; 28,07% dos desempregados encontravam-se já na fase qualidade de desempregados de longa duração; 5,6% estavam à procura do primeiro emprego e 6,13% eram mulheres com idades compreendidas entre os 30-50 anos, já como desempregadas de longa duração.

A taxa de analfabetismo caiu 3% desde 1991 até 2001, isto é, apresentava-se em 13,2% em 1991, tendo passado para 10,2% no ano de 2001.

Quanto à saúde, este concelho apresenta uma taxa de mortalidade infantil situada em 5,41% em 2003 contra 5,93% em 2002; em 2003, a taxa de mortalidade de doenças do aparelho circulatório também baixou face ao ano anterior (3,64% e 3,67%, respectivamente); porém, quanto à taxa de mortalidade por tumores malignos aumentou consideravelmente no ano

2002, dado que se situava nos 1,93% e em 2003 passou para os 2,24%. As doenças de declaração obrigatória também tiveram a sua queda de 2002 (0,34%) para 2003 (0,32%).

C – Évora

O concelho de Évora situa-se na região do Alentejo, a sul de Portugal, com uma área de 1,309km², composto por 19 freguesias (sete das quais em solo urbano e destas sete, três situadas no Centro Histórico, com uma população de cerca 44 806 indivíduos. Segundo o Diagnóstico Social de Évora, a população jovem nestas freguesias urbanas tem vindo a descer acentuadamente “só no período de 1991/2001 desceu 19,4% (2004, 21) e, inversamente, o número de idosos tem vindo a aumentar” nas restantes 12 zonas rurais. A sua população é constituída por cerca de 50.000 habitantes. Este concelho caracteriza-se pelo cultivo de arroz, vinho, azeite e cereais. É no seguimento destes cultivos que nasce uma gastronomia riquíssima em sabores e paladares. Os produtos regionais característicos são o pão, o porco e o borrego, devidamente temperados com sabores locais como os coentros, hortelã, poejos e orégãos. O queijo, o azeite e os vinhos são outras das marcas eborenses. O queijo de Évora rege-se ainda pela tradição queijeira do Alentejo e possui a “Denominação de Origem Protegida” (DOP); da mesma forma, os vinhos eborenses são igualmente conhecidos e celebrizados em todo o país, destacando-se a adega Cartuxa, a qual produz os vinhos Cartuxa, Pêra Manca e Monte dos Pinheiros; vinhos de “Denominação de Origem Controlada” (DOC). Estes vinhos estão à altura de regar pratos tipicamente eborenses como “Açorda Alentejana, Sargalheta de Toucinho à Moda de Évora, a sopa de Cação, o Coelho Manso à Moda do Convento de Santa Clara, as Migas com carne de porco e os Pezinhos de porco de coentrada”, seguidos de uma fatia deliciosa do queijo de Évora, ou do bolo de Joana do Convento de Santa Clara ou bolo Rolão, ou Queijadas, a Encharcada do Convento de Santa Clara e ainda as Sericaias. Uma gastronomia tipicamente forte e saborosa!

No concelho de Évora a taxa de desemprego, como no restante país, afecta sobretudo os mais jovens: de acordo com o Diagnóstico Social de Évora “em termos globais, a percentagem de mulheres à procura de emprego é maior, representando 55,4% do total do desemprego

registado (...), sendo o grupo etário dos 15-24 anos o mais afectado (em cerca de 31,4%), seguido do grupo 25-34” (DSE, 2004: 24).

D- Vila Real

“A cidade de Vila Real está situada a cerca de 450 metros de altitude, sobre a margem direita do rio Corgo, um dos afluentes do Douro. Localiza-se num planalto rodeado de altas montanhas, em que avultam as serras do Marão e do Alvão. Dista aproximadamente 85 km, em linha recta, do Oceano Atlântico, que lhe fica a Oeste, 15 km do rio Douro, que lhe corre a Sul e, para Norte, cerca de 65km da fronteira com a Galiza, Espanha. Vila Real é sede de concelho e capital de distrito” (sítio da CMVR). O concelho é composto por 30 freguesias com cerca de 50.000 habitantes, abrangendo uma área de 370 km².

O concelho é maioritariamente rural, assumindo a agricultura um lugar de destaque. A norte verifica-se um largo investimento na produção de “gado bovino e/ ou policultura virada para o consumo”; ao passo que a sul, a exploração centra-se nas vinhas, para a produção de “Vinho do Porto e agricultura familiar e de pequena escala” (Relatório da Cidade de Vila Real, 2003: 16). Quanto à gastronomia, o concelho apresenta como pratos tradicionais Tripas aos Molhos, Cabrito assado com arroz ao forno, Vitela assada e Joelho de Porca, entre outros pratos de bacalhau. Como doces, destacam-se as Cristas de galo, tigelinhas de laranja e os covilhetes.

Em Vila Real, segundo os Censos 2001, havia cerca de 1744 desempregados e “a maior parte das empresas desenvolvem a sua actividade no comércio, seguindo-se do alojamento e da restauração, representando 13% das empresas inquiridas. Os sectores da construção e das indústrias manufactureiras atingem, cada, cerca de 10% das empresas inquiridas” (idem).

Metodologia

Os dados utilizados neste trabalho não foram construídos em função do mesmo, mas sim no âmbito de projecto “O contributo in(visível). A gestão familiar dos cuidados de saúde”, financiado pela FCT. Faz parte do mesmo a integração de jovens investigadores a nível de Mestrado e de Doutoramento. Entre estes trabalhos, esta dissertação inscreve-se no conjunto dos mesmos pelo que os dados aqui apresentados são apenas uma parte da totalidade dos que foram recolhidos e tratados no seu todo.

Seleção da Amostra

Depois de caracterizarmos os quatro concelhos envolvidos no presente estudo, é pertinente conhecermos a selecção que foi feita para a amostra. Convém lembrar que este estudo tem por base resultados do projecto “O Contributo in(visível): A gestão familiar dos cuidados de saúde”, cuja unidade elementar foram as famílias dos quatro concelhos já destacados. Tratou-se de uma amostra probabilística de carácter aleatório cuja dimensão foi de 1067 famílias (num total de 107202 famílias existentes nos respectivos concelhos seleccionados), distribuindo-se em 47,7% em Braga, 17% nas Caldas da Rainha, 19,5% em Évora e 15,7% em Vila Real, considerando um nível de confiança de 95% e um erro máximo de 3%, proporcional à distribuição das famílias dos quatro concelhos. Para proceder à recolha de informação e para seleccionar os participantes recorreu-se à lista telefónica destes concelhos, cuja extensão ultrapassou a dimensão final e, desta forma, construiu-se uma lista de famílias dispostas a participarem. Estas famílias, num total de 1300, foram inquiridas no seu local de residência, por técnicos devidamente preparados para o efeito, sendo que apenas 1067 inquéritos foram considerados válidos. As pessoas que responderam ao questionário eram normalmente a mãe ou o pai, um dos cônjuges ou companheiros, em caso de viverem juntos ou, no caso de famílias monoparentais, o seu representante.

Técnicas de investigação

Numa investigação, assim como em qualquer outro trabalho, deve haver uma metodologia a seguir, isto é, sequencializar etapas, distinguir os diferentes métodos e tomar opções sobre estes, de forma a orientar o trabalho. “A escolha, a elaboração e a organização dos processos de trabalho variam com cada investigação específica. Assim, a metodologia e as respectivas técnicas não são mais do que formalizações particulares do procedimento, percursos diferentes concebidos para estarem mais adaptados aos fenómenos ou domínios estudados” (Quivy: 2008; 18).

Leituras exploratórias

A origem do presente estudo tem que ver essencialmente com as leituras que foram feitas, as notícias que ouvi e visualizei e que me despertaram o interesse pelo tema da alimentação e a sua influência na saúde.

À medida que se desenrolavam as leituras exploratórias, descortinavam-se conversas teóricas sobre o tema da alimentação com a orientadora, seguiam-se programas televisivos sobre o assunto em questão, surgindo algumas questões que, de certa forma, ajudam a encaminhar a investigação. De acordo com Quivy e Campenhoudt, “as leituras ajudam a fazer o balanço dos conhecimentos relativos ao problema de partida” (2008: 69), porque não é conveniente basearmos um estudo através “da ilusão da transparência”, pois esta não passará da “confirmação de ideias preconcebidas” (2008: 70). De seguida, apresentaremos as questões concebidas:

1. Qual o papel da mulher, no seio da família, nas sociedades ultra modernas?
2. Qual a importância da localização geográfica familiar face aos cuidados alimentares na família?
3. Que tipo de participação masculina existe no contexto familiar relativamente às tarefas domésticas? Haverá alguma relação entre as variáveis sócio-demográficas (escolaridade e idade), no que respeita à participação masculina?

Através das questões que orientam a presente investigação, visando um contributo para um conhecimento mais rico sobre a importância que a alimentação afigura, foram definidos os seguintes objectivos:

1. Conhecer a influência da região face às escolhas alimentares;
2. Determinar o grau de escolarização e a sua influência nas escolhas e práticas alimentares;
3. Verificar se as diferentes faixas etárias interferem com o contributo nas tarefas domésticas ou educadoras;
4. Sinalizar os problemas de saúde decorrentes das variadas ementas regionais.

É a partir destes pressupostos que visamos apreender e analisar criticamente a realidade alimentar, de forma a podermos contribuir para o avanço de conhecimentos neste domínio tão importante para a vida humana, sejam quais forem os contextos onde vivem as mulheres e os homens de todo o mundo. Tentaremos responder a estas e outras questões que, eventualmente, possam surgir no desenrolar da investigação, tendo por base alguns dos resultados do projecto “O Contributo In (Visível): A gestão familiar dos cuidados de saúde”, financiado pela Fundação, Ciência e Tecnologia (FCT), em 2004, sob a responsabilidade da Professora Maria Engrácia Leandro. Este projecto de carácter inter-universitário, comparativo e pluridisciplinar, integrou as Universidades do Minho, onde o mesmo foi realizado, de Évora e de Vila Real (Trás-os-Montes). Congregou investigadores da área científica da Sociologia, da Gestão da Saúde, da Economia e da Geografia.

Construção das Hipóteses

O figurino metodológico deste trabalho tem, essencialmente, por base o exposto no *Manual de Investigação em Ciências Sociais*, de Raymond Quivy e Campenhoudt. Tal como os autores defendem, para qualquer trabalho de investigação é importante definir metas, saber o que é que se quer estudar e perceber o fenómeno em si; depois analisar o fenómeno em questão, no caso, a alimentação e sua influência na saúde no contexto familiar. Para o efeito, formulamos a pergunta de partida (ver página 10) que serviu de fio condutor a este trabalho.

Quivy et al (2008:32) considera que é “através da qual o investigador tenta exprimir o mais exactamente possível o que procura saber, elucidar, compreender melhor”.

Os autores defendem ainda a criação de hipóteses, afirmando que com estas se “constitui a melhor forma de conduzir (o trabalho) com ordem e rigor (...). Além disso, um trabalho não pode ser considerado uma verdadeira investigação se não se estrutura em torno de uma ou de várias hipóteses” (idem, 2008: 119).

Posto isto, foram definidas as seguintes hipóteses que visam a orientação do trabalho:

H1 – Em virtude das grandes transformações sociais, culturais e familiares no interior do espaço doméstico, o homem participa cada vez mais nas tarefas relativas à alimentação.

H2 – Os homens mais jovens e com mais capital escolar participam mais do que os outros na preparação das refeições, no seio da família.

H3 – As culturas regionais influenciam grandemente as respectivas culturas alimentares, a que não é alheia a saúde das respectivas populações e famílias.

Inquérito por questionário

O inquérito por questionário permite-nos reunir um conjunto de informações sobre os indivíduos, contemplando uma larga escala de participantes, contudo, não é tão detalhado, tão profundo, tão qualitativamente curioso quanto as entrevistas.

Este inquérito divide-se em quatro partes distintas: a primeira dirige-se ao inquirido, as duas seguintes visam recolher dados sobre o cônjuge ou companheiro e sobre os filhos que partilham a mesma habitação. Nestas fases, o inquérito refere-se a comportamentos e cuidados necessários à manutenção da saúde e prevenção da doença. A última fase destina-se à recolha de dados sócio-demográficos sobre o inquirido, a família e sua habitação. Para este estudo foram apenas retiradas partes respectivas à identificação dos inquiridos e à alimentação.

Análise e Apresentação dos Resultados

Tabela 1- Caracterização da amostra

		Masculino	Feminino
Faixa etária	Menos de 30 anos	19,7%	18,4%
	Dos 30 aos 44 anos	29,2%	30,5%
	Dos 45 aos 59 anos	27,9%	32,7%
	60 ou mais anos	23,2%	18,4%
Idade	Média	45,81	45,30
	Desvio-padrão	16,18	14,79
Escolaridade	1º ciclo	18,8%	23,5%
	2º/3º ciclo	27,6%	27,7%
	Secundário	32,5%	27,2%
	Superior	21,1%	21,6%
Localidade	Braga	53,9%	45,1%
	Caldas da Rainha	10,3%	19,9%
	Évora	21,6%	18,7%
	Vila Real	14,1%	16,3%
Estado Civil	Solteira (o)	25,9%	20,8%
	Casada (o)/União de facto	65,9%	66,2%
	Separada (o)/ Divorciada (o)	5,0%	5,3%
	Viúva (o)	3,2%	7,7%
Amostra	Total	319	748

Nesta tabela podemos observar as características dos participantes na investigação. Tendo em conta a participação das 1067 famílias abordadas, verificamos que ambos os sexos participaram, ainda que haja muitas mais mulheres do que homens a participar. Para este trabalho tivemos, essencialmente, em consideração a faixa etária, a escolaridade e a localidade como valores influentes ou não no que concerne à preocupação com a alimentação. Embora o estado civil não seja uma variável independente tivemos-lo em conta, já que ao fazermos a comparação entre o género, é importante conhecermos as respostas dos inquiridos casados sobre os respectivos cônjuges.

É possível verificarmos que das 1067 famílias, 319 dos inquiridos são do sexo masculino e 748 são do sexo feminino. Dos homens inquiridos, percebe-se que a maior parte, cerca de 33%, possui o ensino secundário completo; depois seguem-se os homens com o 2º e 3º ciclo completos; em seguida, os homens que concluíram o ensino superior (21,1%) e com cerca de 19% os homens que concluíram o 1º ciclo. Quanto às mulheres, o grau de escolaridade mais elevado é o 2º e 3º ciclo, abarcando 27,7% das mulheres; logo de seguida, aparece a percentagem de mulheres que possuem o ensino secundário (27,2%), com 23,5% são as mulheres que têm o 1º ciclo concluído, seguidas das mulheres que concluíram o ensino superior, apresentando-se sob a taxa de 21,6 %.

A maioria dos inquiridos reside no concelho, onde teve lugar o estudo: em Braga 53,9% dos inquiridos são homens e 45,1% são mulheres. A restante amostra distribui-se da seguinte forma: 10,3% homens e 19,9% mulheres distribuídos pelo concelho das Caldas da Rainha, 21,6% são população masculina e 18,7% da população feminina pertencente ao concelho de Évora e 14,1% homens e 21,6% mulheres residentes no concelho de Vila Real.

Quanto ao estado civil, 65,9% dos homens participantes são casados ou vivem em união de facto, o que não é muito diferente no estado civil da população feminina, que se situa nos 66,2%. Nos restantes homens inquiridos, 25,9% são solteiros, 5,0% são separados ou divorciados e 3,2% são viúvos. Nas mulheres, 20,8% são solteiras, 7,7% viúvas e 5,3% separadas ou divorciadas.

Capítulo III:

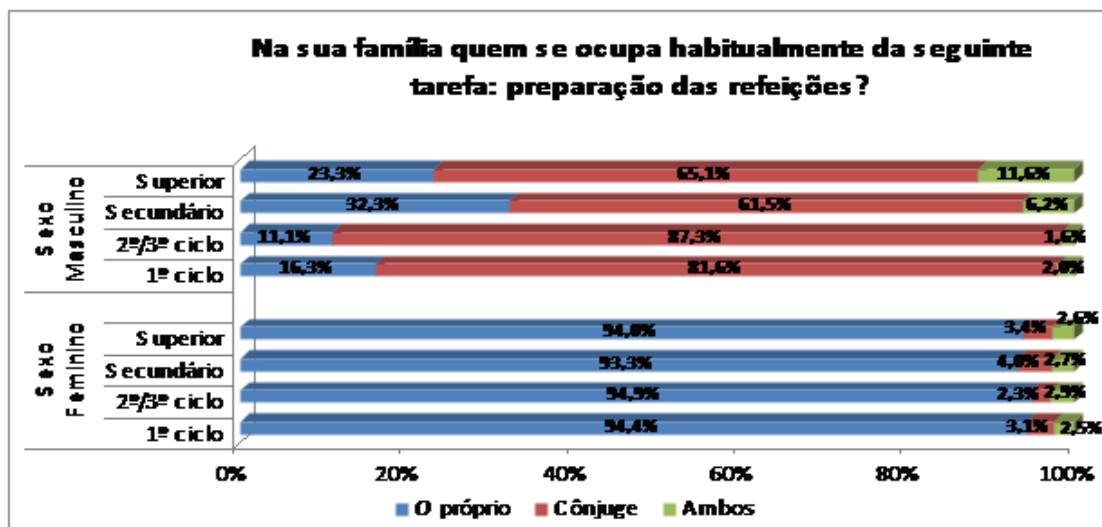
Intervenções familiares na alimentação

No presente capítulo analisaremos os dados recolhidos no âmbito do projecto indicado que servem de base para este estudo, de forma a “poder efectuar-se uma amostra” (Bardin, 1995: 97), generalizando as suas respostas ao universo em questão – as famílias de Braga, Caldas da Rainha, Évora e Vila Real. Procederemos, seguidamente, à análise dos elementos recolhidos de forma a podermos confirmar ou infirmar a validação das hipóteses já colocadas.

1 – Variável Escolaridade

1.1 Preparação das refeições

Gráfico nº 1 Preparação das refeições - variável Escolaridade



Os dados incertos neste gráfico reflectem as respostas dadas à questão “na sua família quem se ocupa habitualmente da seguinte tarefa: preparação das refeições?”. Tendo em consideração as distinções de género, os dados revelam que são as mulheres, sem dúvida alguma, as que mais se ocupam com a realização desta tarefa doméstica, independentemente,

dos graus de escolaridade. Verificamos, pois, que no conjunto, mais de 90% das mulheres revelam preparar as refeições no seio da família. Embora a diferença seja mínima, as mulheres que mais preparam refeições são as que possuem o 2º e 3º ciclo (94,9%), seguidas das que completaram o 1º ciclo (94,4%); depois as que terminaram o ensino superior (94,0%) e, finalmente, as que possuem o ensino secundário (93,3%). Podemos assim concluir, tendo em conta os graus de escolarização, que as mulheres continuam a ser as que mais se ocupam destas tarefas domésticas. Contudo, segundo algumas inquiridas, os companheiros também preparam as refeições. Entre estas, 4,0% das mulheres com o ensino secundário; 3,4% das que concluíram o ensino superior, 3,1% das que possuem o 1º ciclo e só 2,3% das que terminaram o 2º e 3º ciclo mostra que são os maridos/companheiros que se ocupam destas tarefas. As mulheres que indicam mais partilhar esta tarefa com os homens são as que possuem o 2º e 3º ciclo (2,9%), seguidas das que concluíram o ensino secundário (2,7%), o ensino superior (2,6%) e, finalmente, das que concluíram o 1º ciclo (2,5%). Embora o aumento da escolarização não tenha exercido uma influência crucialmente sentida, a verdade é que se denota alguma mudança, ainda que pouca significativa à medida que a escolarização aumenta.

Quanto aos homens, mais de metade dos inquiridos assume que é a esposa/companheira quem prepara as refeições. Segundo os dados do gráfico nº1, constatamos que 87,3% dos homens com o 2º e 3º ciclo, 81,6% dos que terminaram o 1º ciclo, 65,1% que acabaram o ensino superior e 61,5% que fizeram o secundário revelam que são precisamente as esposas/companheiras que preparam as refeições. Todavia, os homens que mais preparam as refeições em casa são os que possuem um nível escolar até ao secundário: 32,3%, seguidos dos que possuem o ensino superior: 23,3%; dos que têm o 1º ciclo: 16,3%; e daqueles que finalizaram o 2º/3º ciclo: 11,1%. Quanto à partilha desta tarefa com o cônjuge, os homens do ensino superior são aqueles que mais o fazem, atingindo os 11,6%, seguidos pelos que têm o ensino secundário com 6,2%. Os homens cuja escolaridade não ultrapassa o 2º e 3º ciclo são os que menos partilham estas tarefas com 1,6%, seguidos dos que concluíram o 1º ciclo com 2,0%.

Em suma, facilmente percebemos que se em ambos os sexos, os níveis de escolaridade não influenciaram grandemente a mudança de comportamentos e mentalidades sedimentadas, ela é mais significativa no caso dos homens do que nas mulheres. Assim, se continua a confirmar a máxima de que as mulheres estão mais associadas ao trabalho doméstico do que os homens. Não precisamos de ir muito longe para estabelecermos a seguinte relação: antes do 25

de Abril de 1974, o papel da mulher estava confinado exclusivamente às tarefas domésticas, porquanto o homem era quem sustentava a casa, trabalhando fora. Em grande parte, cabia às mulheres, às mães transmitirem e ensinarem às filhas as lides domésticas, inteiramente associadas ao seu futuro e, quanto aos meninos, estava-lhes reservado o direito à escolarização e ainda mais à escolarização mais prolongada. De facto, é visivelmente notória uma taxa de escolarização muito superior nos rapazes face às raparigas. Lembremo-nos, por exemplo dos nossos avós em que, normalmente, o avô sabia ler e escrever e a avó não detinha conhecimentos a este nível. Em 1970 havia em Portugal 30% de analfabetos. Destes, 38% eram mulheres e 25% eram homens (Leandro, 1984). Com a Revolução dos Cravos, a mulher começa a assumir um novo papel social ainda que muito lentamente.

Em finais do século XX, surge activamente o movimento feminista, que tenta estabelecer os mesmos direitos para ambos os géneros. De facto, as mulheres começam a trabalhar fora de casa, partilhando o seu rendimento com o marido para pagarem as despesas e vão educando os filhos de igual forma. Isto quer dizer que as tarefas domésticas já não estavam apenas destinadas às meninas, mas também aos meninos. Nos dias de hoje, é frequente, ouvirmos mães dizerem que ambos trabalham em casa. Tanto o rapaz como a rapariga arrumam a cozinha, o quarto e, muitas vezes, a própria casa. É na sequência desta educação que, embora vagarosamente, o homem começa a perceber que é necessário partilhar as tarefas domésticas com a esposa/companheira pois, de contrário, não há tempo para desfrutarem do tempo juntos, como um casal quer ou procura fazer. O facto de os rapazes saírem de casa para estudarem quando vão para a Universidade, longe de casa e da mãe, por exemplo, faz com que tenham que desenvolver a sua prática nestas tarefas e que as encarem com muita naturalidade, realizando-as sem qualquer preconceito. Há ainda aqueles jovens que decidem sair de casa para viverem sozinhos e que têm de cozinhar, lavar a roupa, passá-la a ferro, entre outras tarefas, bem como aqueles homens que à procura de uma vida melhor, procuram trabalho no estrangeiro, tendo todas as tarefas domésticas a seu cargo. É também graças a esta educação, mudanças de mentalidades e comportamento que se nota uma maior participação dos homens com menos de 30 anos na realização das tarefas domésticas, partilhando-as com as esposas/companheiras, percebendo que elas não são suas criadas, mas pessoas de direitos e deveres como eles.

1.2- Produtos alimentares consumidos

Quanto ao tipo de alimentos é que homens e mulheres mais consomem, foi colocada a seguinte questão “com que frequência consome com os seus familiares os seguintes produtos?”. A pertinência desta questão consiste em apreender o tipo de alimentação que estas famílias praticam e quais os alimentos ou nutrientes que caracterizam as diferentes regiões. Por outro lado, procuramos ainda perceber até que ponto a tradição influencia ou não a alimentação e se estas famílias tendem a procurar uma alimentação equilibrada. No leque dos alimentos exposto, encontram-se alimentos açucarados, carne, água, fritos, sal em excesso, peixe, bebidas alcoólicas, fruta, legumes frescos, produtos lácteos, produtos de fumeiros, gorduras e pão.

Tendo em conta as declarações dos inquiridos masculinos, a maior parte dos homens, independentemente dos seus níveis de escolaridade, consome diariamente e em maior quantidade água, pão, produtos lácteos e legumes frescos. Depois, em menor quantidade, surge o peixe e a carne pelo facto destes integrarem as refeições principais, nomeadamente, o almoço e o jantar. Tais dados permitem-nos prever que os homens alternam entre a carne e o peixe nestas refeições. A ingestão de bebidas alcoólicas também é diária e moderada, mas menos frequente nos homens que concluíram o ensino superior. Em geral, quando se referem aos alimentos consumidos, os homens indicam que raramente ou nunca incluem o sal em excesso.

Quando passamos ao nível semanal, a dieta alimentar dos homens altera-se. A maior parte dos homens, independentemente dos graus de escolaridade, diz consumir fruta e pão. Ao invés, os produtos lácteos diminuem bruscamente na sua dieta, dando lugar aos fritos, ao aumento do consumo de gorduras, bebidas alcoólicas, produtos de fumeiro e alimentos açucarados. Os alimentos que se mantêm, embora com ligeiro decréscimo do seu consumo, são os legumes frescos. A carne e o peixe permanecem. Uma situação interessante é que o aumento da ingestão de bebidas alcoólicas tende apenas a diminuir nos que têm o 1º ciclo e inversamente para os outros. Ora, tradicionalmente, as representações sociais vão em sentido contrário. No entanto, há cada vez mais informações que os grupos sociais de boa condição tendem a consumir mais bebidas alcoólicas de carácter destilado do que os outros. Tal facto prende-se, por um lado, com mais poder económico e, por outro, com questões de estatuto social e muito snobismo.

Mensalmente, a dieta alimentar dos homens também sofre mudanças. Seja qual for o grau académico destes homens, uma vez que aumentam o seu consumo de produtos de

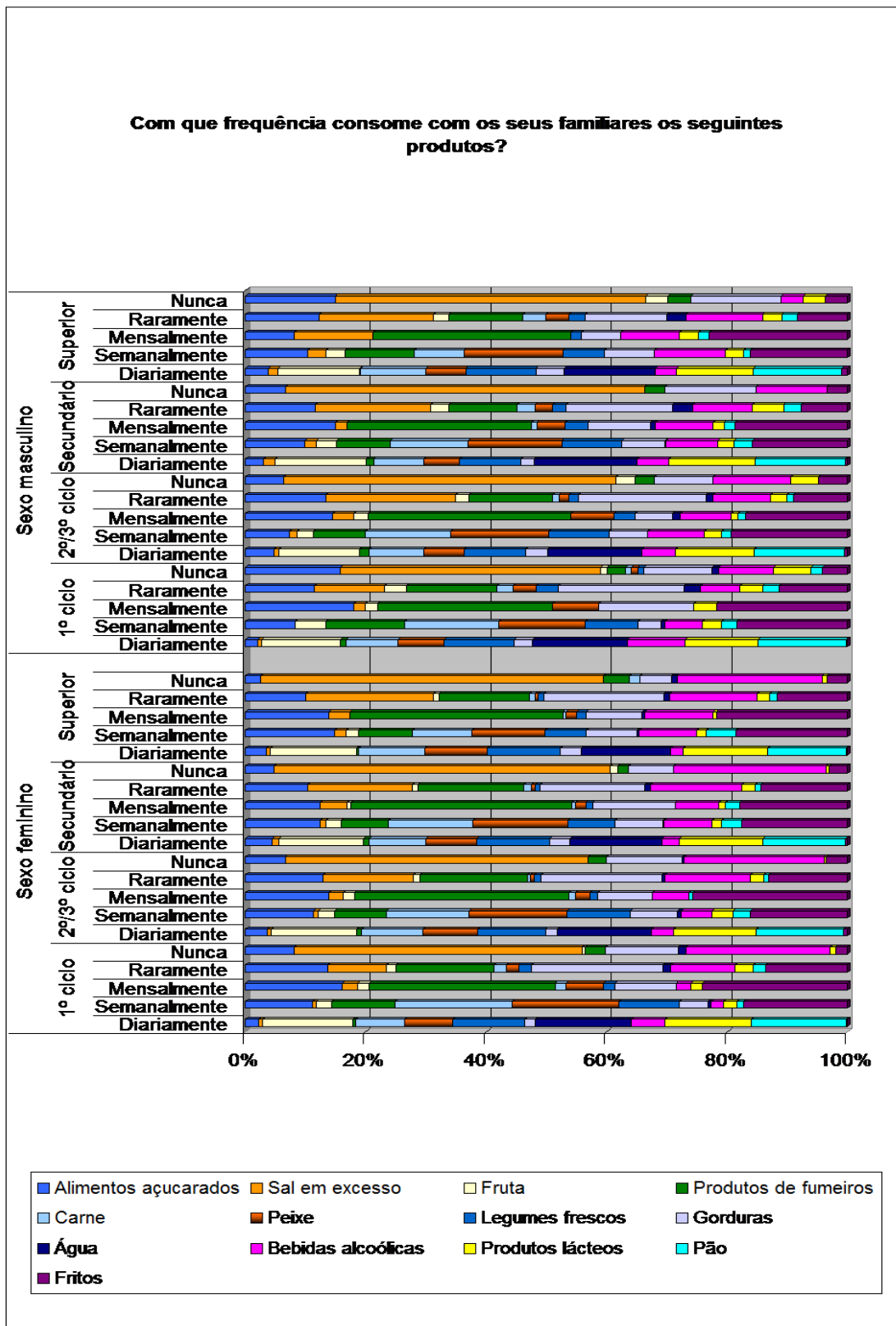
fumeiro e alimentos açucarados. Os homens que possuem o 2º e 3º ciclo, o ensino secundário e o superior aumentam ou mantêm o consumo de bebidas alcoólicas, gorduras, alimentos açucarados e fritos; à medida que o período alimentar observado se alonga vai perdendo expressão na dieta destas pessoas o pão, os produtos lácteos e a água e apenas os homens com o ensino superior é que diminuem o consumo de gorduras na sua dieta.

Denota-se que a passagem do consumo alimentar, tendo em conta a dimensão temporal (dia, semana e mês), informa de várias contradições por parte dos inquiridos, designadamente, ao nível da ingestão de sal e bebidas alcoólicas. Quanto ao consumo de sal, os homens, são unânimes em afirmar que nunca ou raramente comem sal em excesso. Todavia, se tivermos em conta que o pão tem 3 a 4 vezes mais sal do que o recomendado, já para não falar nos produtos de fumeiro e que grande maioria dos alimentos ainda leva mais sal, torna-se efectivamente necessário relevar estas contradições ou então a falta de conhecimento a este propósito. Serão as pessoas que não sabem qual a quantidade de sal recomendada ou serão as pessoas que não têm noção da quantidade de sal que os alimentos já contêm? Esta é matéria que dá que pensar: a população já está viciada no sal e não se percebe que o ingere em excesso. Porém, não é por falta de informação, pois em Portugal já se vão promovendo campanhas neste sentido. Que mecanismos devem ser usados para remeter novamente estas questões às populações? Uma vez que o sal se torna um vício saboroso, a diminuição deste remete para a comida dos doentes ou dos hospitais, ou seja, insossa. Esta situação torna-se deveras urgente porque é, precisamente, ao hospital que está a cura da doença quando as pessoas adoecem e necessitam de internamento. Até porque nos hospitais, há todo um cuidado holístico, incluindo a dieta alimentar, o que favorece a recuperação da saúde do doente. Lá comemos aquela comida e habituámo-nos, mas quando voltámos ao dia-a-dia já não nos lembrámos do que passamos e o prazer imediato impera, ainda que possamos adoecer, novamente. Mas o que é deveras importante é que situações desta natureza estão extremamente associadas à família pois é esta, que desde tenra idade, mais contribui para a formação dos gostos alimentares. Ora, estes são intrinsecamente forjados pela cultura M.E. (Leandro e tal, 2010). Por exemplo, se em média os portugueses ingerem diariamente o triplo de sal relativamente aos europeus, mais uma vez nos apercebemos que estamos perante questões de culturas alimentares e não de qualquer determinismo biológico.

Quanto às mulheres, grande parte delas, independentemente do grau de escolaridade, refere ingerir, diariamente, água, fruta, produtos lácteos, pão, legumes frescos, peixe, carne, alimentos açucarados e bebidas alcoólicas. Semanal e mensalmente para as nossas inquiridas, as gorduras, os fritos e os produtos de fumeiro destacam-se como os alimentos mais consumidos, em detrimento do pão, dos produtos lácteos e da fruta. São as mulheres do ensino superior que, semanalmente, ingerem mais alimentos açucarados e bebidas alcoólicas, ao passo que as que possuem o 1º ciclo são as que semanalmente ingerem menos álcool. Daqui pode depreender-se que continuam a ser as mulheres que consomem mais nutrientes açucarados, ao invés dos homens, tendendo estes a ingerirem mais alimentos salgados e bebidas alcoólicas, tratando-se assim de duas vertentes correlativas. Ainda hoje se acompanham os aperitivos com salgados ainda que se vão introduzindo modificações em termos de misturas salgado-doce ou agri-doce; com os doces servem-se os licores.

Qualquer destas dimensões está muito sedimentada nas culturas tradicionais, nas divisões e atributos de género. Facto relevante para a cultura de género consiste numa maior reprovação das mulheres. Nesta óptica, não era propenso adoptarem os costumes dos homens, tanto com salgados ou com bebidas alcoólicas. Socialmente, as mulheres eram ainda consideradas estarem ou assimilarem-se mais às crianças. Ora, a estas, pelo menos em termos de cuidados de saúde, estaríamos longe de lhes serem dadas bebidas alcoólicas. Ao invés, era a coisa mais natural do mundo dar-se doces e outras guloseimas” (Engrácia Leandro, Outubro 2010). Aos homens está associado o consumo de bebidas alcoólicas, desde sempre e em qualquer lugar. Se pararmos nos cafés ao domingo, antes da hora de almoço, é frequente vermos os homens beberem mesmo que não comam, ao contrário das mulheres, mesmo se se vão introduzindo mudanças significativas a este propósito. Todavia, as mulheres mais jovens começam a estabelecer um contacto cada vez mais precoce com bebidas alcoólicas, tal como acontece com o tabaco. As jovens mulheres, enquanto estudantes, noctívagas e cidadinas consomem muito álcool nas saídas nocturnas, como um hábito socialmente aprovado e cultivado, o que, de certa forma, começa a moldar a vertente feminina. Porém, nas zonas rurais, é muito difícil encontrarmos mulheres sentadas numa mesa ou ao balcão a beberem uma bebida alcoólica.

Gráfico nº 2 Produtos alimentares consumidos - variável Escolaridade

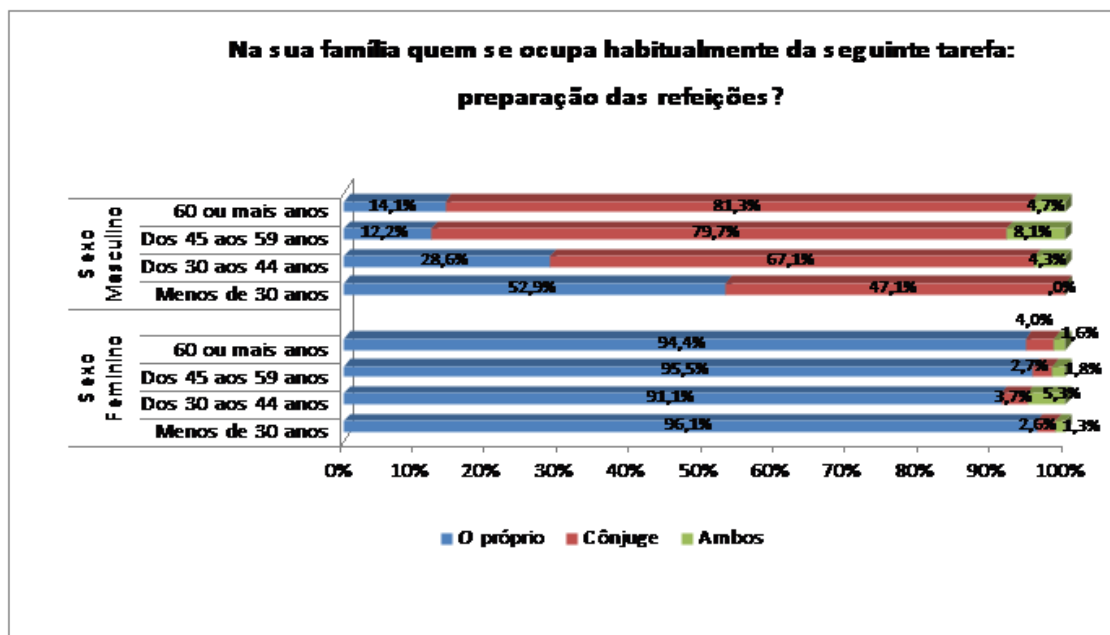


Passamos agora a analisar as questões idênticas às colocadas anteriormente, mas agora em função da idade. Vamos tentar apreender quais as influências da idade na realização destas tarefas e que tipo de preconceitos podem ou não estar subjacentes relativamente a estas questões.

2 – Variável Idade

2.1 Preparação das refeições

Gráfico nº 3 Preparação das refeições - variável Idade



As respostas à questão que se antecede, “na sua família quem se ocupa habitualmente da seguinte tarefa: preparação da refeição?”, contém também informações acerca da idade. Sem sombra de dúvida que os dados inseridos no gráfico nº 3 indicam que esta é, maioritariamente, uma tarefa realizada pelas mulheres no interior do casal. A exceção acontece nos casais mais novos (com menos de 30 anos) em que o homem assume uma participação ligeiramente maior do que a sua companheira (52,9%). Tal facto pode ter que ver com a situação dos homens viverem sozinhos algum tempo, quer por opção, quer por motivos de emigração, ou quando, por exemplo, estudam longe de casa ou até para aqueles que têm níveis de escolarização mais elevados. Afora estas situações, constata-se, claramente, que as mulheres são as que mais se dedicam à preparação das refeições em todas as idades da vida: atingem 96,1% nas mulheres com menos de 30 anos; 91,1% nas mulheres com idades entre 30-44 anos, 95,5% nas mulheres com idades entre 45-59 anos e 94,4% nas mulheres com mais de 60 anos. Contudo, há mulheres que consideram que esta tarefa também cabe aos homens. Ora, as

mulheres que afirmam contar com a execução masculina desta tarefa são as que têm mais de 60 anos (4%), seguidas das que têm idades compreendidas entre os 30-44 anos (3,7%), depois as que têm entre os 45-59 anos (2,7%) e, finalmente, as que têm menos de 30 anos (2,6%).

Quanto à partilha desta tarefa entre ambos, são as mulheres dos 30-44 anos que mais contam com a participação dos maridos, representando 5,3%, ao contrário das que têm menos de 30 anos de idade, que são as que menos podem contar com a ajuda do cônjuge. No caso masculino, como já vimos, são os homens com menos de trinta anos os que mais dizem executar esta tarefa: cerca de 52,9%, seguidos dos que têm idades compreendidas entre os 30-44 (28,6%), com 14,1% aparecem os homens com mais de 60 anos; com 12,2% os que têm entre os 45-59 anos. Mas são os homens com mais de 60 anos que mais atribuem esta tarefa à mulher: 81,3%. Os que menos afirmam adoptar esta posição são os homens com menos de 30 anos. Já os homens com idades entre 45-59 anos partilham mais esta tarefa com as mulheres: 8,1%, seguidos dos que têm mais de 60 anos: 4,7%, logo atrás os que têm entre 30-44: 4,3% e nem 1% dos homens com menos 30 anos partilham esta tarefa com a companheira.

Nestas declarações há algo contraditório, face aos homens e às mulheres com menos de 30 anos: eles afirmam que são eles maioritariamente quem prepara as refeições; elas, por outro lado, afirmam que só 2,6% dos seus companheiros é que cozinham e são ainda elas quem menos podem contar com a ajuda dos homens na partilha desta tarefa. Estas contradições permitem-nos dizer, ainda que a título de hipótese, que os homens tenderão a tomar a “parte pelo todo”, ou seja, o facto de participarem algumas vezes nestas tarefas lhes poderá dar a sensação de que participam mais do que as mulheres no exercício das mesmas. Na realidade, o que uns fazem por excepção, outros fazem-no como algo inscrito na sua condição sociocultural. A verdade é que se verifica que os homens cada vez mais mas muito lentamente começam a preparar as refeições porque gostam, porque foram já habituados pelas mães (o que até há 30 anos isso não acontecia), ou quando se deslocam para outra cidades e vivem sozinhos ou em grupos de outros homens, como acontece frequentemente com o caso dos estudantes. Actualmente, continua-se a (re)valorizar os Chefs de cozinha. Durante anos, Filipa Vacondeus apresentou-nos receitas na televisão e, actualmente, temos um programa televisivo de culinária em que o Chef é masculino: o jovem Chef Henrique Sá Pessoa. Desta forma, podemos inferir que uma vez mais a reeducação dos homens em função das tarefas domésticas não tem apenas que ver com o género mas também com o estatuto social associado à profissão: na invisibilidade

do espaço doméstico é um trabalho desvalorizado, gratuito e não profissionalizado o que, inversamente, acontece no espaço público. São os homens mais novos que mais preparam as refeições num casal e são também as mulheres com mais de 60 anos que confirmam a maior participação dos seus companheiros nesta tarefa, o que pode dever-se ao facto das mulheres atingirem um estado de morbilidade mais cedo e precisarem dos cuidados informais do companheiro.

2.2- Produtos Alimentares consumidos

A questão que é seguidamente colocada à nossa análise tem que ver com os alimentos que os inquiridos preferem ingerir, tendo em conta a idade, o género e último mês anterior à aplicação dos inquéritos.

Quanto à idade, no que diz respeito ao consumo alimentar, os homens, em todas as idades, dão preferência diariamente a alimentos açucarados, fruta, carne, peixe, legumes frescos, gorduras, água, produtos lácteos, pão, fritos e bebidas alcoólicas. São os homens com menos de 30 anos que revelam consumir mais produtos de fumeiro em relação aos restantes, mas são os que menos bebidas alcoólicas ingerem. Tal facto merece alguma reflexão, na medida em que se poderia pensar e valorizar ser o contrário. Os homens mais novos nascem e crescem num contexto onde o recurso às técnicas de refrigeração podiam fazer diminuir a socialização nestes gostos alimentares. Outro tanto se diga com os anteriores índices de ruralidade onde o recurso ao fumeiro e à salgadeira era a principal forma de conservação dos alimentos, o que parece não ser agora mudado. Daí a importância e a influência da cozinha tradicional portuguesa como o afirmam M.E. Leandro, A.S. Leandro e V. Henriques (2000) ao analisarem a construção social dos odores e sabores logo no seio da família desde a mais tenra idade e a sua tenacidade ao longo da vida.

Nas outras ocorrências inscrevem-se estas respostas, nota-se que todos os inquiridos aumentam a ingestão de alimentos açucarados, produtos de fumeiro, peixe, gorduras (excepto nos homens com mais de 60 anos), bebidas alcoólicas, principalmente nos homens com menos de 30 anos, e os fritos. O consumo de carne aumenta nos homens com mais de 45 anos. Os alimentos cuja redução é acentuada recaem sobre o pão, produtos lácteos e fruta.

Ao longo de um mês, verifica-se uma quebra de consumo de carne, peixe, fruta, produtos lácteos e pão, em prol do aumento dos produtos de fumeiro e gorduras nos homens de todas as idades. Os fritos são preferidos pelos homens cujas idades estão compreendidas entre os 30-44 anos e nos homens com mais de 60 anos. O consumo de bebidas alcoólicas é ainda mais elevado nos homens com menos de 30 anos e com idades entre os 45-59 anos. A redução das bebidas alcoólicas sente-se nos homens com mais de 60 anos. Esta relação pode, perfeitamente, estar ligada ao aparecimento de doenças controladas por medicação. Ora, o álcool não deve estar associado à ingestão de medicamentos porque combate o efeito dos mesmos. Logo, o consumo de álcool nos homens com mais de 60 anos é muito mais controlado, não só pelo facto de estarem doentes, mas também porque estas doenças quando provocam a dependência, determinam a impossibilidade e autonomia de cada um. Desta forma, a escolha do que é comido e bebido é frequentemente controlada e confeccionada por terceiros.

Quanto aos alimentos que as mulheres consomem diariamente é, mais ou menos semelhante em todas as idades: fruta, carne, peixe, água, legumes frescos, produtos lácteos, pão, alimentos açucarados, gorduras e bebidas alcoólicas. São as mulheres com idades entre os 45-59 e com mais de 60 anos que mais bebidas alcoólicas ingerem diariamente, ao contrário dos homens neste último caso. Quando analisamos os alimentos mais consumidos pelas mulheres no decorrer duma semana, os resultados são interessantes. As mulheres, em todas as idades da vida introduzem, semanalmente, na sua dieta os fritos e os produtos de fumeiro. Aumentam ainda a ingestão de bebidas alcoólicas, dos alimentos açucarados e das gorduras, ao passo que as mulheres com mais de 60 anos aumentam, claramente, o consumo de carne e peixe, em detrimento de pão, produtos lácteos e fruta.

Mensalmente, a maioria das inquiridas aumenta o consumo de produtos de fumeiro, gorduras, fritos, sal (ainda que seja considerado muito pouco)¹³ e alimentos açucarados. Contudo, verifica-se que as mulheres com menos de 30 anos reduzem o consumo de alimentos açucarados (prática frequente nestas idades graças à valorização e à preocupação com a estética nestas idades) e que as mulheres de 30-44 anos aumentam ligeiramente o consumo de bebidas alcoólicas, tal como as mulheres com 45-59 anos. A fruta, carne, peixe, legumes frescos, produtos lácteos, como podemos verificar no gráfico nº 4, vão diminuindo na preferência

¹³ Estes comportamentos contrariam precisamente o esperado, dado ser nestas idades da vida que os problemas de saúde relacionados tendem a aumentar ainda mais.

das mulheres, conforme a idade vai avançando. O mesmo não acontece com a ingestão de bebidas alcoólicas, onde se nota um aumento a partir dos 44 anos.

Vemos ainda que o aumento da ingestão de produtos fritos aumenta mensalmente consoante a idade, já que à medida que envelhecemos, sentimos necessidade de comidas mais apuradas e saborosas para nos deliciarmos. Daí a preferência por fritos, intensamente saborosos e salgados, em vez de cozidos ou grelhados. Aumentam, igualmente, os alimentos açucarados, as gorduras e os produtos de fumeiros, particularmente nos homens, ao invés das mulheres com mais de 60 anos. Porém, à medida que alargamos o prazo da ingestão dos alimentos, consoante o avanço da idade, podemos verificar que há determinados produtos que quase deixam de ter expressão na alimentação destas inquiridas, tais como a fruta, os produtos lácteos, a água e o pão. Este último, nem aparece como alimento consumido pelas mulheres com mais de 60 anos. É de referir que, com o aumento da idade, os alimentos mais preferidos pelos homens e pelas mulheres são as bebidas alcoólicas, os produtos de fumeiro, os alimentos açucarados, entre outros. Estes alimentos, muitas vezes, são proibidos pelos médicos quando surgem doenças como a diabetes, colesterol, hipertensão, anemia (Louise Berger, 1995: 215), entre outras, mas “o fruto proibido é o mais apetecido”.

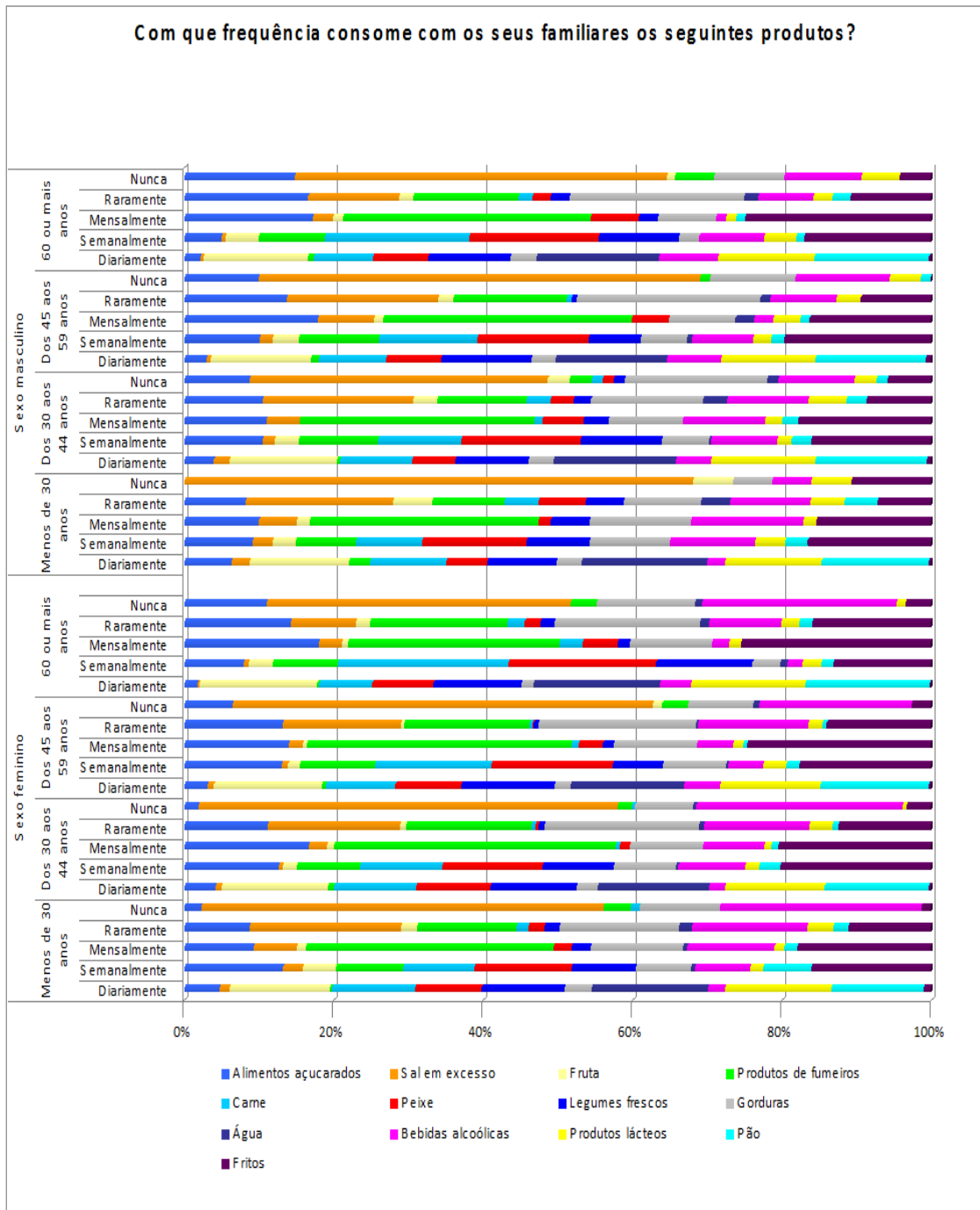
Estes comportamentos indicam uma menor preocupação em investir na promoção da saúde e na prevenção da doença, dado serem estes alimentos considerados de grande influência nefasta a este respeito.

Daí poderem levantar-se questões acerca da valorização da saúde por um lado, e pela adopção de comportamentos de risco, por outro, o que se afigura deveras contraditório. Pode ter que ver com o facto de pessoas, à medida que a idade avança, perderem faculdades, nomeadamente, o paladar e o olfacto, reduzindo a capacidade de saborear os alimentos no seu estado mais natural. É por causa destas perdas sensoriais que os idosos tendem a pedir alimentos mais temperados e porque também precisam de recuperar energias. O grande problema é que a maioria dos idosos sofre simultaneamente de diabetes, colesterol, hipertensão, obesidade, subnutrição, doenças cardiovasculares, entre outras. Não obstante, a comida é uma espécie de consolo para os idosos, já que para eles o garantido é comer, beber, passar o tempo e descansar. Dizer-lhes que não podem comer o que lhes apetece é uma afronta, até porque, grande parte deles, enquanto crianças, passou fome e/ou privação de

alguns destes alimentos. O mesmo acontece com a ingestão de bebidas alcoólicas. Pode, igualmente, ter que ver, com o passar do tempo, como uma espécie de terapia, de medicamento para estimular o espírito da pessoa, é muito frequente os velhinhos pedirem vinho para se sentirem mais confortáveis e felizes.

É sabido que “o álcool acentua as perdas em minerais, no entanto, quando tomado em quantidades moderadas, pode ter um efeito estimulante no apetite” (Berger e Mailloux-Poirier, 1995: 227) e prevenir doenças cardiovasculares, devido aos agentes anti-oxidantes. Apesar deste efeito benéfico dum copo de vinho tinto às refeições, esta dose não deve ultrapassar porque a “tolerância dos idosos ao álcool é muito menor, manifestando rapidamente os seguintes sintomas: diminuição da velocidade de reacção, alteração da coordenação e da destreza manual, desorientação e confusão” (idem: 238). É muito natural nas pessoas mais velhas, que estão frequentemente por casa e sozinhas, afirmarem que o “copinho de vinho é sagrado”. Os próprios médicos recomendam que um copo de vinho tinto às refeições não é exagerado e que, se a pessoa estiver só e num estado menos favorável, não se deve negar o vinho porque é uma espécie de consolação e, por vezes, até dos últimos desejos.

Gráfico nº 4 Produtos alimentares consumidos - variável Idade

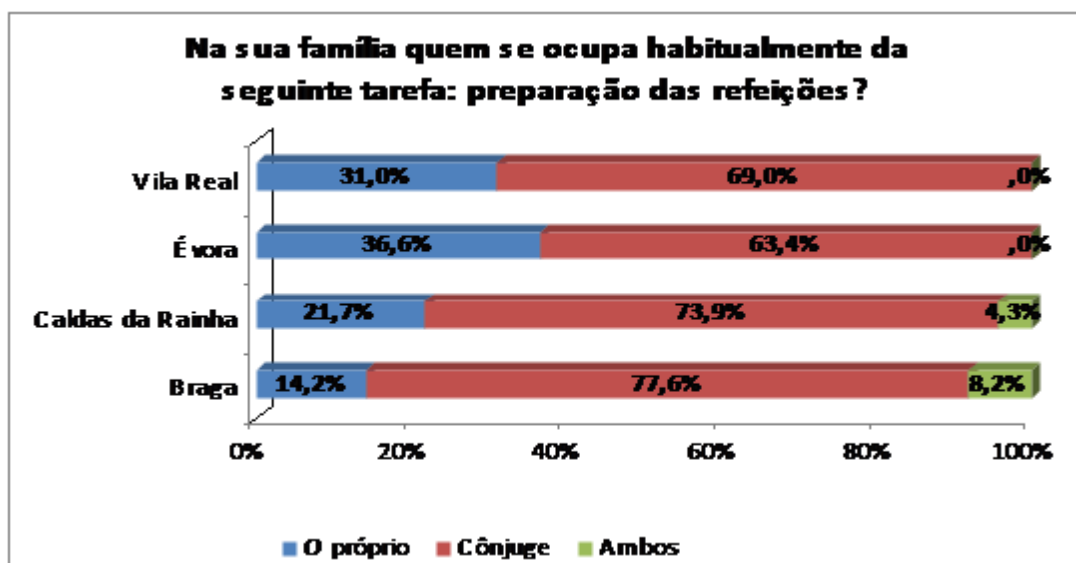


3. Variável Espaço Geográfico

3.1 Preparação das refeições

De seguida vamos estudar, a questão de quem prepara as refeições tendo em conta o espaço geográfico no quadro do inquérito, no âmbito do projecto referido anteriormente, no capítulo II.

Gráfico nº 5 Preparação das refeições - variável Espaço Geográfico



Constatamos, tanto em Vila Real como em Évora, que nenhum dos inquiridos afirma partilhar a preparação das refeições com o cônjuge: ou cozinha o próprio, ou o cônjuge. Em Vila Real, 31,0% dos inquiridos refere que são eles quem preparam as refeições, enquanto 69,0% aponta o cônjuge como operador desta tarefa. Em Évora, os inquiridos mostram que são os companheiros(as) quem mais prepara as refeições (63,4%), em que 36,6% dos inquiridos assumem assegurar esta tarefa doméstica. Nas Caldas da Rainha, 21,7% dos inquiridos mostra que esta tarefa faz parte do seu trabalho doméstico, ao passo que 73,9% destina esta tarefa ao cônjuge e 4,3% mostra que ambos partilham esta tarefa. Tal como nas Caldas da Rainha, em Braga alguns dos inquiridos mostram que partilham a preparação das refeições com os cônjuges (8,2%).

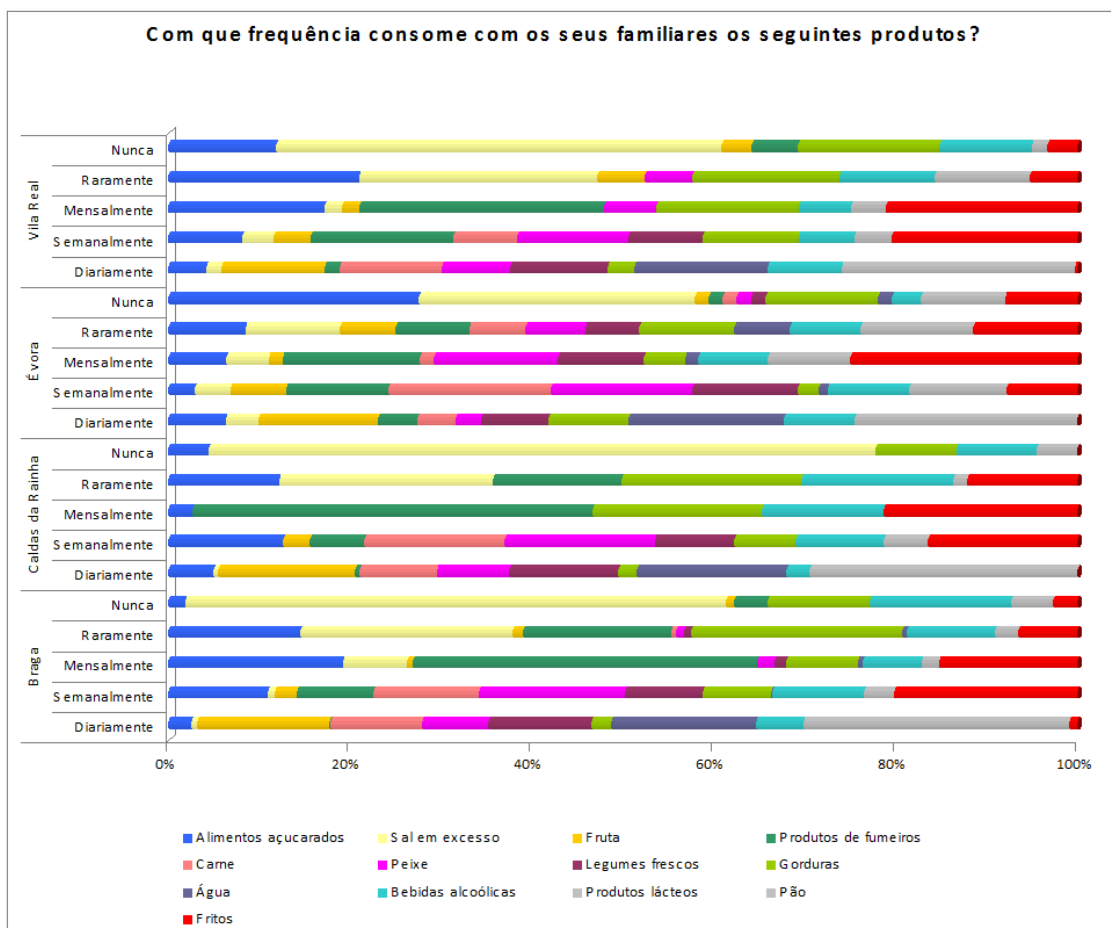
É, ainda, em Braga que esta tarefa requer maior participação por parte do cônjuge (77,6%) e conta com menos participação do próprio inquirido (14,2%). Em suma, Braga é o concelho que mais conta com a participação do cônjuge na preparação das refeições, podendo significar que há uma maior partilha/divisão deste trabalho entre o casal. Tal também tem que ver com o facto

de ser neste concelho que se revelam indicadores mais elevados de urbanidade e de escolarização superior, sendo que é também aqui que se revela um índice mais elevado de jovens inquiridos. Graças à entrada na universidade, os jovens passam a assumir uma conduta responsável que antes pertencia aos pais: eles têm que auto-controlar-se nos comportamentos, nas faltas, nas refeições, gerir dinheiro porque estão por sua conta. Já são maiores de idade e muitas vezes os pais estão em cidades diferentes e longínquas. Esta experiência é gratificante na medida em que aprendem a desenvolver competências ao nível das tarefas domésticas, preparando-se para o futuro. Para confirmar e corroborar esta ideia de que são os homens bracarenses quem mais partilham as tarefas domésticas surge a notícia que a cidade de Braga foi considerada a cidade mais jovem do país¹⁴. Como já afirmamos anteriormente, são os homens mais novos que mais partilham tarefas domésticas com as esposas ou companheiras. Nos outros concelhos mais ruralizados as mentalidades revelam-se mais persistentes sobre o ponto de vista da divisão tradicional do trabalho.

¹⁴ Em 180 mil habitantes, o concelho de Braga tem 85 mil jovens com residência fixa no município. Se a estes juntarmos os 17 mil alunos da Universidade do Minho, podendo muitos deles não viver em Braga, passam o dia na cidade, a Capital Europeia da Juventude, em 2012, vai ter um público muito vasto e numeroso. “Não podemos dizer que o concelho de Braga é o mais jovem do país mas é, com certeza, um dos que tem mais jovens a residir”, disse ao Jornal de Notícias fonte da câmara bracarense. Porém, mesmo não sendo a cidade mais jovem de Portugal, Braga é a capital do distrito mais jovem do país.

3.2 – Produtos alimentares consumidos

Gráfico nº 6 Produtos alimentares consumidos - variável Espaço Geográfico



Procurando interpretar a questão: “Com que frequência consome com os seus familiares os seguintes produtos?”, temos em conta as singularidades nos diferentes contextos de investigação. Os dados recolhidos permitem-nos constatar que, diariamente, os alimentos consumidos em Braga, Caldas da Rainha, Évora e Vila Real, não são assim tão díspares. Diariamente, os inquiridos valorizaram a fruta, pão, água, legumes, gorduras (estas últimas mais consumidas em Évora) e bebidas alcoólicas, sendo que os inquiridos das Caldas da Rainha são os que menos as ingerem diariamente.

Semanalmente, em Braga, segundo os inquiridos, há um aumento da ingestão de alimentos açucarados, fritos, peixe, carne, produtos de fumeiro e uma redução significativa do consumo de pão. A este, juntam-se os fritos, as bebidas alcoólicas, o peixe e os legumes quando

nos referimos aos alimentos ingeridos ao longo de um mês, ao passo que aumenta o consumo de alimentos açucarados, produtos de fumeiro, sal e gorduras.

Nas Caldas da Rainha, semanalmente, registam-se na dieta alimentar os alimentos açucarados, carne, peixe, fritos, bebidas alcoólicas, gorduras e produtos de fumeiro. A fruta, os produtos lácteos e os legumes são alimentos que diminuem quando nos referimos ao prazo semanal; o mesmo acontece com a carne e o peixe, mensalmente.

Por sua vez, em Évora ao longo de uma semana, os inquiridos aumentam o consumo de carne, peixe, produtos de fumeiro, legumes e fritos (embora os fritos sejam menos consumidos em Évora face aos outros concelhos), em detrimento da fruta, gorduras, água e pão. Quando o prazo se refere ao mês, os produtos de fumeiro, os fritos, as gorduras e os alimentos açucarados destacam-se, uma vez mais, ao passo que os inquiridos referem consumir menos carne e fruta.

Em Vila Real, semanal e mensalmente, aumenta o consumo de peixe, fritos, produtos de fumeiro, alimentos açucarados e gorduras, respectivamente. Comparando as respostas de todos os inquiridos, percebemos que, semanalmente, todos referem reduzir o consumo de pão e de fruta e aumentar o consumo de peixe. É interessante verificar que em Vila Real, semanalmente os inquiridos reduzem o consumo de carne e bebidas alcoólicas enquanto nos outros concelhos aumentam o consumo destes ingredientes bem como do sal. Os inquiridos, em Évora, afirmam aumentar, semanalmente, o consumo de legumes e fruta, ao passo que os restantes inquiridos revelam diminuir.

Este tipo de alimentação rica em gorduras poderá inscrever-se na alimentação mais moderna, já que fritos, gorduras e produtos de fumeiro, ainda que industrializados, são mais propensos nas sociedades desenvolvidas, voltando-se para uma lógica de alimentação “fast-food”: rápida e mais barata. A verdade é que as pessoas quando trabalham longe de casa não levam a “marmita”, como antes faziam, mas acabam por comer na zona de trabalho “qualquer coisa”, sem se aperceberem do grande risco que podem estar a correr.

Se observarmos as diárias nos restaurantes, tendem a conter sempre qualquer alimento frito, com muita gordura ou temperados com molhos industrializados. Ainda há pouco tempo, sensivelmente há 18 anos atrás, principalmente os homens que passavam o dia fora de casa levavam a comida em recipientes térmicos, para o dia de trabalho de forma a não gastarem

tempo, nem dinheiro em viagens, muito menos nas idas aos restaurantes porque desta forma acabavam por ter mais uma renda para pagar ao fim do mês. Hoje em dia, em Portugal, por causa da nossa forma de estar perante os outros, levar a “marmita” de casa não “pode” acontecer porque é sinal de desvalorização/pobreza, pelo que *parece* melhor almoçar num restaurante, fazendo deste comportamento uma prática corrente. Outra situação nova é o facto de as pessoas não tomarem o pequeno-almoço em casa, fazendo-o nas pastelarias ou cafés que, para além de ficar mais caro, a tentação é maior devido à oferta de bolos e pastéis, favorecendo uma escolha menos saudável.

Um dos aspectos curiosos e de certa forma preocupante é o consumo de sal. A maior parte dos inquiridos refere que raramente ou quase nunca come sal em excesso. Contudo, logo de seguida, vemos que os mesmos referem comer semanal e mensalmente produtos de fumeiro, gorduras, pão, carne e queijos; enfim, alimentos que são, tradicionalmente, temperados com sal e quando consumidos fora de casa, mais salgados são até com o objectivo de aumentar o consumo de bebidas. Basta-nos ter em conta que “os portugueses são dos maiores consumidores deste tempero: ultrapassam em duas a três vezes o recomendado” (Proteste, 2010: 22 artigo sal a mais).

Comparativamente, nas Caldas da Rainha é onde se comem mais produtos de fumeiro, mais gorduras e onde a quantidade ingerida de bebidas alcoólicas é maior. Évora é o concelho onde mais fritos e carne se come, ao passo que em Braga são os alimentos açucarados, propícios das especialidades ao nível da doçaria. Braga apresenta também, em relação aos outros concelhos, o local onde se come mais sal em excesso. A questão do sal é curiosa, pois os restantes concelhos apresentam um nível mais baixo deste mineral e, no entanto, apresentam maior consumo de alimentos que à partida são salgados, como é o caso dos produtos de fumeiro, por exemplo. Refira-se, porém, que é no concelho de Braga que a população inquirida é mais jovem e mais escolarizada. Ora, estas condições tem nos mais jovens e mesmo “jovens adultos” mais impacto do que em populações com mais idade, como é o caso desta amostra no seu conjunto.

Quanto aos alimentos consumidos, podemos inferir que devido à evolução da indústria alimentar e a alegada falta de tempo, aliada à facilidade com que se fazem refeições fora de casa, as práticas alimentares estão cada vez mais parecidas, seja qual for a região. No entanto,

as características da alimentação de cada região mantêm-se. Apesar das mudanças ao nível da alimentação com a entrada da alimentação dita moderna, a tradição ainda se mantém, por exemplo, se olharmos para o gráfico nº 6, percebemos que é em Évora que se come mais carne e, tendo em conta a gastronomia tradicional de Évora, os pratos prendem-se realmente com carnes de borrego, porco e coelho.

Quanto a Braga, a tradição remete-nos para o Bacalhau (peixe salgado), porco, pato e as tradicionais frigideiras de massa folhada, recheadas com presunto e carne de vaca, indo ao encontro do que os inquiridos afirmaram quanto ao consumo de excesso de sal. Podemos, assim, considerar a confirmação da hipótese 3, pelo facto da cozinha tradicional se reger pelos produtos típicos de cada região.

Finda a análise dos dados que retivemos para este trabalho podemos concluir que, de facto, a participação masculina tem vindo a aumentar ainda que lentamente no espaço doméstico e que os homens mais novos e com mais capital escolar são os que mais participam na preparação das refeições. Vimos que 32,3% dos homens que concluíram o ensino secundário e 23,3% dos que terminam um curso superior afirmam preparar as refeições no seio da família e que são ainda os homens com menos de 30 anos e com idades compreendidas entre os 30-44 anos que mais o fazem (52,9% e 28,6%, respectivamente), o que nos permite corroborar as hipóteses 1 e 2.

Observámos ainda que os homens começam a desempenhar um papel importante no espaço doméstico, por exemplo, a acompanhar um familiar doente a uma consulta médica, que era uma tarefa praticamente feminina; os homens que terminaram o ensino secundário são os que mais acompanham (34,8%), seguidos dos homens que concluíram o ensino superior (32,6%). Quanto aos idosos constatamos que, apesar de terem uma maior propensão para as doenças, são eles que dão preferência às comidas temperadas precisamente porque vão perdendo as suas faculdades gustativas lentamente.

De forma a enriquecer e sustentar este trabalho serão, ainda, tidas em conta nove entrevistas realizadas no concelho de Évora. Destas entrevistas só a informação considerada importante para o presente estudo será recolhida e analisada, nomeadamente no que se refere às práticas e cuidados alimentares. No decorrer das entrevistas surge a questão “o que faz para ter uma vida saudável?”. É sobre esta que debruçaremos a nossa atenção a fim de

encontrarmos referências sobre a questão da influência da alimentação face à saúde, perspectivando os estilos de vida que “prendem-se com práticas quotidianas e formas de consumo que envolvem escolhas particulares e identitárias em domínios tão díspares como a habitação, a alimentação, os usos do corpo, o vestuário, a aparência, os hábitos do trabalho, o lazer, a religião, a arte, a organização do espaço e do tempo ou o convívio com outros actores sociais” (A.Gnçalves, 2004: 47).

Afirma a senhora A, “eu sei que não tenho uma vida tão saudável quanto isso. Mas procuro (...) beber bastante água (...), ter uma alimentação mais rica e variada que possa, mas que não tenho levado a bom porto porque acabo por comer qualquer coisa à pressa, onde calha e onde dá jeito (...)”.

Já a senhora B mostra que procura “ter uma alimentação saudável. Uma alimentação equilibrada. Não sempre porque algum exagerozinho uma vez por outra e tento também fazer algum exercício físico, principalmente caminhada. (...)” quanto a evitar certos problemas de saúde, o inquirido revela que não faz “assim nada de especial. Quer dizer, na verdade, ter certos equilíbrios, portanto na questão da alimentação, saber o que no meu caso pode fazer melhor ou pior.”

“Não tenho muito cuidado com a alimentação, nem com hábitos de vida saudável”, cita a senhora C.

“Tento ter uma alimentação mais ou menos equilibrada” refere a senhora E; relativamente aos comportamentos para adquirir uma vida saudável afirma “a prática de desporto e esforço-me com a alimentação”. Este argumenta também que se fosse ministro de educação tentava “estipular regras de alimentação, principalmente nos miúdos da escola, que comem bolicas e batatas fritas (...) actuar também ao nível das escolas, sensibilização dos miúdos para as doenças e que o bolicao não é só saber o chocolatinho ali na altura...”

“Pessoalmente... para já tenho cuidado com a alimentação”. O senhor G tem cuidado com aquilo que come “como sou diabético não posso comer açúcar e não posso comer uma série de hidratos de carbono e coisas dessas, portanto tenho algum cuidado. Também como tenho alguma hipertensão, não como sal, não como essas coisas...”.

Enquanto o senhor H argumenta: “tento fazer uma boa alimentação e é só a única preocupação que tenho”. Seguindo a mesma máxima, a senhora I diz “zelo, sobretudo por fazer uma boa alimentação e controlar o stress”. Acredita que pode ser “através de uma boa alimentação” que pode evitar determinadas doenças.

Tendo em conta a questão “o que faz para ter uma vida saudável?”, percebemos rapidamente, que os inquiridos associam uma alimentação equilibrada, a prática de desporto e a ingestão de líquidos, nomeadamente, a água à vida saudável. Consciencializados, confessam cuidar da alimentação e, a maior parte, pratica exercício físico e a regulação do stress. Contudo, referem cometer alguns exageros de vez em quando ou mais regularmente quando acabam por comer qualquer coisa à pressa, fora de casa. Tendo em conta estas considerações, a verdade é que o conhecimento, ainda que supérfluo, existe. A população sabe a importância que a alimentação saudável exerce na nossa saúde e no nosso bem-estar tal como a prática frequente do exercício físico e a ingestão de água, mas a verdade é que ainda não tomaram consciência de que pode ser o elixir da qualidade de vida, não lhe dando, portanto, a maior importância e deixando sempre para “a próxima segunda-feira” o início da dieta alimentar ou o início de uma actividade física desportiva.

Quanto às crianças, um dos entrevistados refere que é necessário “estipular regras” na alimentação dos miúdos. Para além de ser benéfico à sua saúde, trata-se igualmente da educação alimentar, da educação para a saúde ao nível da alimentação. É também importante educar, sensibilizar e criar hábitos alimentares saudáveis nas crianças para que os interiorizem como os mandamentos de práticas de boa saúde.

Quem, porventura, é doente, tem obrigatoriamente que importar-se e cuidar da alimentação para implementar qualidade e, conseqüentemente, longevidade na sua vida, como é o caso dos diabéticos e hipertensos, por exemplo, adoptando uma postura defensiva. Com o aparecimento destas doenças em pessoas cada vez mais novas e tendo em conta a alimentação como um factor favorável ao seu aparecimento, verificamos que as pessoas estão mais atentas e fazem exames de rotina para vigiar e controlar a saúde. Quando, por exemplo, os níveis de colesterol, estão elevados, a dieta alimentar é iniciada imediatamente sem qualquer interrogação ou hesitação, porém, quando os exames mostram que os valores de colesterol, graças a esta

dieta, recompuseram-se, a alimentação volta a ser o que era aos poucos, esquecendo a dieta e os seus benefícios, conduzindo metaforicamente um vaivém da alimentação.

Contudo, nem todos revelam ter cuidados que proporcionem uma vida saudável, tal como a senhora C refere que não mostra preocupar-se com o que fazer para ter uma vida saudável, o seu comportamento é mais na lógica do *Carpe Diem*, viver o presente, aproveitando um dia de cada vez. Este é um tipo de comportamento que afecta, de certa forma, os mais novos, principalmente do sexo masculino, indo de encontro ao acto de heroísmo individual que se consagra com as afirmações como “eu sou novo e para já nada me afecta”.

Concluindo a análise das entrevistas é, claramente, notório que a maior parte dos entrevistados determina a alimentação (primeiro factor) e a prática de exercício físico como condição *sine qua non* para uma vida saudável.

Conclusão

Ao longo dos séculos, a vivência conjugal tem sido caracterizada por uma rígida hierarquia entre homens e mulheres, sendo atribuído a cada um funções e tarefas diferentes, consideradas “complementares”. Porém, as mudanças sobretudo desde a segunda metade do século XX são mais que muitas. Claro que estas devem-se, em grande parte, ao desenvolvimento económico e, conseqüentemente, social e cultural das sociedades ultramodernas (G. Balandier, 1988). É importante observar estas mudanças no seu contexto e perceber o porquê do seu acontecimento. Neste sentido, o facto mais marcante foi o ingresso da mulher no mercado de trabalho. Com esta entrada, a mulher passa a estar tão ocupada durante o horário de trabalho quanto o homem, contribuindo, também, para as despesas da casa. Em alturas como estas, em que só ouvimos falar em crise, em endividamento, é crucial as mulheres contribuírem para as despesas. Os ritmos de vida são cada vez mais alucinantes, há cada vez mais pressa para sair de casa em direcção ao trabalho, as horas para as refeições tornam-se curtas, e com o trânsito, chega-se mais tarde a casa, o que, numa família, requer ajuda entre todos para que o dia termine bem e o mais cedo possível, pois é preciso preparar o dia seguinte. Será, por isso, que a mulher dedica menos tempo às tarefas domésticas? Que conseqüências podem advir para a família, pelo facto da mulher trabalhar fora de casa? Que importância se dá agora à alimentação no espaço doméstico? Estará a “sociedade masculina” mentalizada e capaz de participar e entender as mulheres face às tarefas domésticas? Estarão as mulheres, desta forma, a deixar escapar-lhe conhecimentos medicinais, que elas tão bem dominavam em relação às ervas, por exemplo?

De acordo com os resultados estudados, permanece a realidade de que é a mulher que, apesar da sua entrada no mercado de trabalho, continua a ocupar-se das tarefas domésticas, com mais ou menos tempo, com mais ou menos atenção. Estará a alimentação dos dias de hoje relacionada com a entrada da mulher no mercado de trabalho? É certo que quando a mulher apenas se ocupava da casa e da horta, havia tempo e carinho para dedicar a todas as tarefas. Hoje em dia, com o ritmo da evolução, é de esperar que ao fim dum dia de trabalho, as mulheres estejam, naturalmente, cansadas e com pouca vontade de cozinhar, arrumar e passar a ferro, ao que pode tornar-se num vício a procura de comida já pronta a levar, ou então optar

por comida pré-cozinhada e refeições mais rápidas, recorrendo aos fritos. É assim que o mercado da restauração afirma-se nas diferentes sociedades. Não que as mulheres sejam culpadas pela alimentação dos dias de hoje, ou que ela deixe de ser importante, mas, como temos uma oferta gigantesca ao nível dos alimentos e de restauração e ambos os cônjuges trabalham fora de casa, torna-se mais fácil para a família conjugá-los com o dia-a-dia. Há ainda o aparecimento dos mesmos alimentos o ano todo, o que só é possível com a ajuda de produtos químicos, prejudiciais para a nossa saúde mas, principalmente, pela refrigeração que até pode ser benéfica. Surgem ainda os enlatados, o pão-de-forma, os corantes e conservantes, venenosos mas práticos e rápidos. Todavia, nota-se um ligeiro aumento da participação masculina na realização da preparação do jantar, sobretudo nos homens mais jovens e mais qualificados. Contudo, apesar da qualificação e da informação que entra diariamente nas nossas casas, não chega para travar a alimentação hodierna que é bastante calórica, excessivamente temperada, o que se repercute na saúde dos indivíduos.

Denota-se ainda uma falta de percepção sobre o uso excessivo do sal. Como é que a Autoridade de Segurança Alimentar e Económica não actua neste sector? Assistimos inúmeras vezes à actuação da ASAE nos mais variados estabelecimentos pelo facto de optarem por confeccionar animais criados nos seus quintais, mas que não pode acontecer porque não foram inspeccionados, nem vacinados, e não os vemos, por exemplo, nas escolas a inspeccionar os alimentos que estão dentro das máquinas, ou a controlarem os óleos que se esgotam a fritar. Quem controla os alimentos pré-cozinhados, os bolos de pastelaria, o pão, aqueles alimentos que se encontram depositados nas máquinas? Serão estes controlados quanto ao sal que comportam? Sendo o excesso de sal potenciador de muitas doenças, esta devia ser uma questão incansavelmente trabalhada e implementada entre os diversos actores sociais. É urgente controlar as quantidades de sal que ingerimos porque, segundo os inquiridos nunca ou raramente comem sal em excesso, o que é uma falsa questão, sendo que Portugal é dos países europeus cujo consumo de sal ultrapassa o dobro do recomendado pela OMS. Claro que o consumo excessivo de sal, tradicional e culturalmente, faz parte da nossa gastronomia, no entanto, é urgente regular e controlar, de forma a educar os portugueses a adoptarem refeições com menos sal, mais ligeiras e sobretudo “mediterrânicas”.

Nota-se, claramente, que as culturas e tradições gastronómicas de cada região portuguesa são bem vincadas, porém com as transformações sociais tendem a uniformizar-se,

salvo em dias de festa. É nestes dias que há tempo e vontade para preparar e saborear calmamente os pratos típicos de cada localidade. A população mais velha tende a preferir alimentos salgados ou açucarados porque, naturalmente, perdem faculdades ao nível do paladar, também preferem o vinho em detrimento da água porque é mais saboroso e rega bem as refeições. O vinho, quando moderado, não constitui problemas de saúde mas se não for controlado pode debilitar a saúde destes indivíduos, uma vez que favorece a perda de minerais importantes ao organismo. O copo de vinho significa ainda um consolo para muitos velhinhos. Não obstante o consumo de sal não ser relevante para os inquiridos, o consumo de água também o não é, uma vez que tendem a diminuir o seu consumo, consoante o prazo a que se inscreve e idade dos inquiridos. Ora o excessivo consumo de sal provoca a retenção de líquidos, o que para regular o nosso organismo é preciso, por isso, beber 1,5 a 2 litros de água, por dia. Como os inquiridos revelam diminuir o consumo de água favorecem o aparecimento de doenças cardiovasculares, obesidade, hipertensão, o que é uma verdadeira questão, tendo em conta os números de doentes que aumentam diariamente com este número de doenças.

A questão sobre a alimentação está a tornar-se num grave problema ao nível da saúde para a sociedade, o que acompanha, por um lado, a entrada da mulher no mercado de trabalho e, por outro, novos desafios e riscos forjados pelas sociedades de consumo. Não se trata de culpabilizar a mulher mas, de requerer mais partilha e co-responsabilidade entre os cônjuges e para todas as tarefas domésticas para que a concentração na alimentação seja mais cuidada. Os números em Portugal de doentes relacionados com hipertensão, obesidade, diabetes são assustadores e é urgente pensar que estas doenças decorrem de comportamentos que adoptamos a par da (in)evolução das sociedades: maus hábitos alimentares, sedentarismo, hábitos tabágicos e alcoólicos.

É urgente pensar em alternativas, pois já percebemos que não basta alertar a população para estes problemas, uma vez que o número de doentes tende a aumentar. É certo que os cônjuges homens começam a colaborar na realização do trabalho doméstico, principalmente aqueles que têm menos de 30 anos e concluíram o ensino secundário. Esta evolução masculina deve-se sobretudo ao facto dos jovens serem mais socializados nesta matéria e saírem de casa mais cedo porque vão estudar para longe de casa, vendo-se obrigados a organizarem a sua vida doméstica com a vida social e profissional. Percebe-se que “o casamento tem sido objecto de várias remodelações, sendo a mais significativa a que consagra a igualdade entre os esposos”

(M.E.Leandro, 2004:47). Esta intervenção masculina é necessária e importante mas ainda é para uma minoria. É, portanto, necessário (re)educar os Homens, mostrando-lhes que, uma vez que partilham um espaço com outras pessoas, têm que intervir na organização e realização das tarefas domésticas. Este é um papel que os educadores, encarregados de educação e pais têm que assumir e não passar a pasta a qualquer outra entidade, que é mais uma das dificuldades destes actores sociais, porque tendem a passar sempre a responsabilidade uns contra os outros. É igualmente importante pensar a alimentação sobre o ponto de vista da saúde e, talvez, incluir, pelo menos 2 vezes por ano, consultas de nutrição para todos os portugueses a par das consultas de rotina. É urgente criar bons hábitos alimentares porque uma população doente não trabalha, logo não produz, bem pelo contrário, requer tratamentos, cirurgias, acompanhamento. Não será mais vantajoso ao país monitorizar a alimentação dos portugueses em vez de custear os tratamentos que passam pelas consultas de especialidade, comparticipação dos medicamentos, cirurgias, recuperação e acompanhamento?

Para terminar o trabalho, recorri às sábias palavras proferidas outrora por Buda: “Os homens perdem a saúde para juntar dinheiro, depois perdem o dinheiro para recuperar a saúde. Por pensarem ansiosamente no futuro, esquecem o presente de tal forma que acabam por nem viver no presente nem no futuro; vivem como se nunca fossem morrer e morrem como se nunca tivessem vivido”.

Bibliografia

Bardin, Laurence (1995), *Análise de Conteúdo*, Lisboa: Edições 70

Barros, Henrique (2007), *Obesidade. O essencial da Saúde*, Matosinhos: Edição e Conteúdos, S.A.

Baudrillard, Jean (1995), *A Sociedade de Consumo*, Lisboa: Edições 70.

Brandão, Isabel (2007), *Anorexia e Bulimia. O essencial da Saúde*, Matosinhos: Edição e Conteúdos, S.A.

Beauvoir, Simone (2008), *Le Deuxième Sexe II*, Paris: Gallimard.

Carvalho, Dina, (2002), “*Cuidar e Prevenir. Os Saberes Familiares e Medicinais Acerca da Saúde e da Doença*”, Dissertação de Mestrado, Universidade do Minho.

Corbeau, J-P e Poulain, J-P. (2002), *Penser l' Alimentation entre imaginaire et rationalité*, Toulouse: Ed. Privat.

Gavina, Cristina e Pinho, Teresa (2007), *Enfarte Agudo do Miocárdio. O essencial da Saúde*, Matosinhos: Edição e Conteúdos, S.A.

Gerschenfeld, Ana (2009) “Isto é Sal e está a matar-nos”, *Revista Pública*, 1 de Março, pp. 12-15

Gonçalves Ferreira, F. A. (1994), *Nutrição Humana*, Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Hugo, Victor (2005), *Os Miseráveis*, Mem-Martins: Publicações Europa-América.

Leite Viegas, José Manuel e Firmino da Costa, António (1998); *Portugal, que Modernidade?*, Oeiras: Celta

Leandro, Maria Engrácia et al, (2010) “Alimentação familiar: Os fabulosos odores, (dis)sabores e saúde”, *Sociologia Problemas e Práticas*, nº 62, pp. 57-80.

Lopes, Policarpo (2006), *A Modernidade Alimentar – In(E)volução Simbólica do Acto Alimentar*, Lisboa: Edições Colibri/ CEOS.

- Louise Berger e Mailloux-Poirier, (1995), *Pessoas Idosas*, Lisboa: LUSODIDACTA.
- Maia et al, (2004), *Dicionário de Sociologia*, Porto: Porto Editora.
- Marc, Augé (1994), *Não Lugares. Introdução a uma Antropologia da sobremodernidade*, Lisboa: Bertrand Editora.
- Mauss, Marcel. (1998), *Ensaio Sobre a Dádiva*, Lisboa: Edições 70.
- Medina, José (2007), *Diabetes. O essencial da Saúde*, Matosinhos: Edição e Conteúdos, S.A.
- Oliveira e Silva, António (2007), *AVC. O essencial da Saúde*, Matosinhos: Edição e Conteúdos, S.A.
- Oliveira, Maria das Dores (2003), *Consumidores de palmo: a criança e a família perante o consumo*, Dissertação de Mestrado: Universidade do Minho.
- Palha, António (2007), *Alcoolismo. O essencial da Saúde*, Matosinhos: Edição e Conteúdos, S.A.
- Peres, Emilio (2003), *Saber Comer para Melhor Viver*, Lisboa: Editorial Caminho S.A.
- Piedrola, Gil (2002), “Epidemiologia y Prevencion de las Enfermedades Mentales”, in *Medicina Preventiva y Salud Publica*, 10ª edicion. Ed. Masson.
- Proteste, Deco (2010), *Sopas embaladas*, nº 318, pp22.
- Quivy, Raymond e Campenhoudt, Luc Can (1995), *Manual de Investigação em ciências Sociais*, Lisboa: Gradiva.
- Simões, Manuel Sobrinho et all (2007), *Cancro. O essencial da Saúde*, Matosinhos: Edição e Conteúdos, S.A.
- Saúde em revista, “Saúde e Bem-Estar”, *Jornal Público*, edição Maio de 2008.
- Vala, Jorge e Maria Benedicta Monteiro (coordenadores), (1993); *Psicologia Social*, col. “ Serviço de Educação”, Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

LINKS

[http://A emancipação da Mulher na Idade Contemporânea.mht](http://A%20emancipa%C3%A7%C3%A3o%20da%20Mulher%20na%20Idade%20Contempor%C3%A2nea.mht)

<http://andreiatorres.blogspot.com/2007/05/nutrio.html>

http://europa.eu/legislation_summaries/employment_and_social_policy/equality_between_men_and_women/index_pt.htm

http://pt.wikipedia.org/wiki/Marie_Curie

<http://www2.seg-social.pt/left.asp?03.06.06>

<http://pt.rajasthanvoyage.com/outras-informacoes/as-vacas-sagradas.html>

<http://www.roche.pt/sites-tematicos/infocancro/index.cfm/tipos/cancro-do-estomago/cde-causas/>

http://medicosdeportugal.saude.sapo.pt/action/2/cnt_id/3123/

<http://tv1.rtp.pt/noticias/index.php?t=Obesidade-em-Portugal-aumentar.rtp&headline=20&visual=9&tm=2&article=189772>

http://www.saudepublica.web.pt/TrabPedro/ACES-Brg_DS-2009-2.pdf

http://www.cm-caldas-rainha.pt/portal/pls/portal/portal.galeria_pkg.ShowImg?pThingId=24412

http://www.cm-caldas-rainha.pt/portal/pls/portal/portal.galeria_pkg.ShowImg?pThingId=244

<http://www.cm-evora.pt/pt/conteudos/concelho/Caracterizacao+do+concelho/>

<http://www.cm->

[evora.pt/pt/conteudos/areas+tematicas/apoio+ao+investimento/Produtos+Tradicionais+e+Artesanato/Produtos+Tradicionais+e+Artesanato.htm](http://www.cm-evora.pt/pt/conteudos/areas+tematicas/apoio+ao+investimento/Produtos+Tradicionais+e+Artesanato/Produtos+Tradicionais+e+Artesanato.htm)

<http://www2.cm-evora.pt/redesocial/aux%20files/PDF/DIAGNÓSTICO%20SOCIAL.pdf>

http://www.cm-vilareal.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=218&Itemid=164

http://home.utad.pt/~des/mt/relatorios/Vila_Real.pdf

http://frases.netsaber.com.br/cat_252/frases_de_saude

http://www.jn.pt/paginainicial/pais/concelho.aspx?Distrito=Braga&Concelho=Braga&Option=Interior&content_id=1546149

<http://www.iapmei.pt/iapmei-leg-03.php?lei=2306>

Anexos

Anexo 1 – A Roda dos Alimentos



Uma das consequências mais visíveis dos actuais erros alimentares nas sociedades desenvolvidas é a obesidade que, a nível mundial, é tão frequente que a OMS considerou esta doença como a epidemia global do séc. XXI. Em Portugal, o excesso de peso afecta 1/3 das crianças e 1/2 dos adultos. Uma alimentação saudável, associada à prática regular de actividade física ajuda na prevenção e controlo do peso. É pois importante que, além de ensinar ao seu filho as regras sociais e de bom comportamento (como se deve vestir, como estar à mesa, etc.), o ajude a ter prazer em fazer uma alimentação saudável e a optar por um estilo de vida bastante activo, contrariando a actual tendência de alimentação descuidada, aliada a um sedentarismo crescente.

1. ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

O equilíbrio da energia ingerida obtém-se com uma alimentação completa, equilibrada e variada, como sugere a Roda dos Alimentos, composta por água e por 7 grupos de alimentos, cujo tamanho indica a proporção em que devem entrar diariamente na alimentação saudável. A água deve ser tomada em quantidade suficiente para que a urina se mantenha sempre clara e com pouco cheiro (ou seja, pelo menos 1,5 a 3L/dia). Os cereais, derivados e tubérculos devem ser consumidos com conta, peso e medida e repartidos pelas diversas refeições ao longo do dia.

Uma criança dos 3 anos poderá ingerir diariamente cerca de 200g de pão (escuro ou de mistura) ou equivalente. Um adolescente ou adulto poderá necessitar de cerca de 400 g.

*** Equivalências a 50 g de pão = 40 g arroz = 40 g massa= 160 g batata = 60 g de feijão = 60 g de grão**

Os produtos hortícolas, preferencialmente da época, devem ser ingeridos em grande quantidade, ao almoço e ao jantar, quer através da sopa, quer através do 2º prato, num total de 400 a 800g/dia, dependendo da idade. A fruta deve ser variada, da época, e consumida sempre com outros alimentos (entre 2 ou 5 peças/dia), ou seja, a fruta deverá ser ingerida sempre, ou como sobremesa do almoço e jantar, ou com um qualquer produto cerealífero não açucarado, nomeadamente o pão. O leite e seus equivalentes devem ser tomados nas quantidades ajustadas à idade, preferindo os que têm menos teor em gordura (geralmente cerca de 0,5 l/dia; apenas as grávidas, aleitantes, crianças, adolescentes e idosos deverão aumentar o consumo de leite para cerca de 0,75 l - 1 l /dia). No que diz respeito aos equivalentes do leite, podemos referir que:

*** 2,5 dl de leite = 200g iogurte (2 sólidos) = 30 g de queijo curado = 50 g de queijo fresco = 100g de requeijão.**

Os alimentos do grupo pescado, carne e ovo devem ser ingeridos com muita moderação, sempre limpos de peles e de gorduras visíveis, preferindo peixe ou carne de ave, por terem menos gordura, embora se deva privilegiar o peixe. Os ovos podem ser consumidos até 3 a 4 por semana, desde que confeccionados com pouca gordura e a substituir refeições de carne. Uma criança de 3 anos poderá comer cerca de 50g/dia de peixe /carne ou equivalente, enquanto um adulto pode necessitar de cerca de 100 g. *** Equivalências: 1 ovo (55g) = 30 g de peixe= 30gr carne**

As leguminosas (feijão, grão, ervilhas, lentilhas, favas, soja) devem ser consumidas diariamente, nomeadamente integradas nas sopas. As leguminosas são alimentos muito ricos em proteínas de origem vegetal, minerais, vitaminas e fibras. Para diminuir a sensação de gases intestinais que algumas pessoas têm, recomenda-se o consumo das leguminosas com arroz e sem casca.

Os óleos e gorduras que se adicionam aos alimentos devem ser consumidos moderadamente, dando preferência ao azeite quer para temperar quer para cozinhar. Os molhos gordurosos que

adicionamos à comida, devida à gordura e sal que contêm, também devem ser evitados. O açúcar e os produtos açucarados (bolos, guloseimas, refrigerantes e sumos não naturais) devem ser consumidos esporadicamente. O sal deve ser utilizado com moderação, devendo recorrer-se à utilização sistemática de ervas aromáticas. Os alimentos fast-food (pizzas, hamburguers, cachorros, batatas fritas), porque são muito ricos em gordura e sal, devem ser consumidos apenas ocasionalmente. As bebidas alcoólicas são proibidas a crianças, adolescentes, grávidas e aleitantes. A toma de bebidas alcoólicas por crianças provoca danos irreversíveis, tais como degradação da personalidade e deterioração neurológica entre outros problemas. O intervalo entre as refeições não deve exceder as três horas e meia e o jejum nocturno deve ser limitado a 10 horas, sendo portanto desejável fazer várias refeições ao longo do dia: pequeno-almoço, merenda(s) da manhã, almoço, merenda(s) da tarde, jantar e ceia. As preparações culinárias devem ser pobres em gorduras, preferindo cozidos, estufados e grelhados e evitando assados no forno, fritos, refogados e guisados. É bom comer lentamente, mastigando bem os alimentos: a digestão é mais fácil e a saciedade surge em tempo útil, evitando comer para além das necessidades.

Para isso convém:

1. * Comer sentado à mesa e mastigar bem os alimentos;
2. Começar por uma sopa;
1. * Pousar os talheres durante a mastigação;
2. * Partilhar as refeições com familiares ou amigos/colegas;
3. * Evitar outras actividades enquanto se come (ler, TV)
4. * Comer pouco de cada vez.

<http://www.arsalgarve.min-saude.pt/pais/iframe/alimentacaogeral.htm>

Anexo 2 – Vaca: animal sagrado na Índia



Existem na Índia aproximadamente duzentos e cinquenta milhões de vacas, que são respeitadas e veneradas por setecentos e cinquenta milhões de pessoas da crença Hindu!

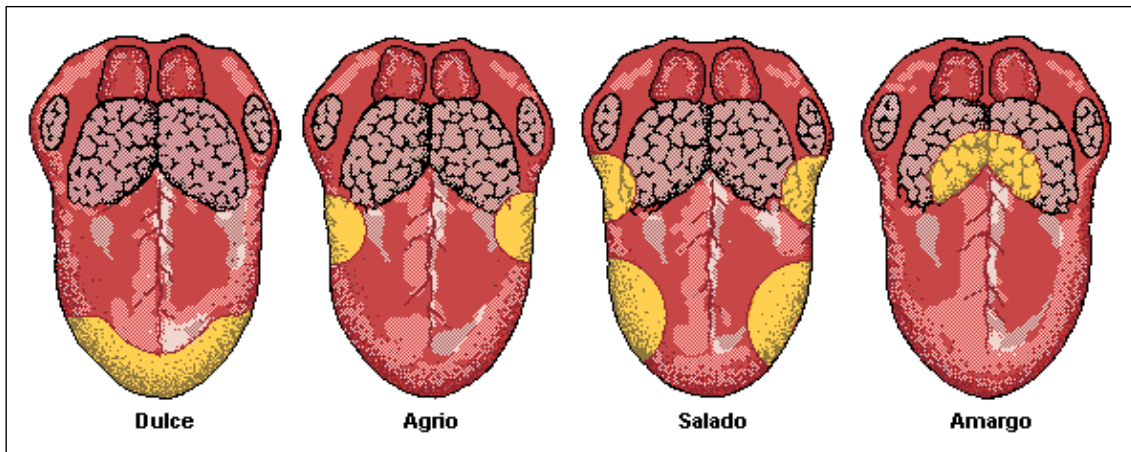
A vaca é um animal sagrado na Índia e é adorada durante certas festas religiosas. Isso se relaciona com um antigo culto da fertilidade; nos Vedas, há hinos à vaca, pois ela fornece tudo o que é necessário para sustentar a vida; a vaca tornou-se um símbolo da vida e não é permitido matá-la.

Na Índia, a vaca é considerada um animal sagrado, responsável pela renovação. Ela seria o animal que transportava o deus Shiva e controlava seus impulsos. Essa crença vem do hinduísmo, considerada a religião mais antiga existente, antecedendo até os registos históricos. Shiva é o deus mais conhecidos entre nós Ocidentais, e ele, para os indianos, é responsável pela renovação e pela transformação. Abaixo uma representação do deus Shiva acompanhado da vaca.

<http://ciencis.blogspot.com/2009/01/saiba-por-que-vaca-sagrada-na-ndia.html>

Anexo 3 - As Papilas Gustativas

As **papilas gustativas** presentes principalmente na **língua** e também em algumas partes do nariz, mas também em menor número no céu-da-boca, na garganta e no esófago são responsáveis pelo reconhecimento do **sabor** das diferentes **substâncias**. São elevações do epitélio oral e nasal e lâmina própria da língua. Existem seis tipos de papilas, com diferentes formas e funções: fungiformes, foliáceas, circunvaladas, filiformes, circunvolaformes, filgaformes. Elas são classificadas de acordo com suas formas



http://pt.wikipedia.org/wiki/Papila_gustativa

Anexo 4 – Menu-Crise

No restaurante "Cisterna", em Lisboa, os tempos que correm são de adaptação à recessão que já bateu à porta. A clientela começou a escassear nas semanas mais recentes, o que deu origem à inclusão na lista de um "menu de crise".

Por 2,5 euros - sim, leu bem, são dois euros e meio - os consumidores que estejam a conter as despesas, cêntimo a cêntimo, podem ter acesso a uma refeição constituída por ovo estrelado, salsichas e batatas fritas. As bebidas e sobremesas pagam-se à parte". É assim que começa o artigo de opinião de João Cândido e Silva, publicado no Jornal de Negócios, onde se descreve adaptação de um restaurante aos tempos de crise.

16 Fevereiro de 2009

João Cândido da Silva - joaosilva@negocios.pt

Anexo 5 - Lei do Tabaco

Lei n.º 37/2007 de 14 de Agosto

Aprova normas para a protecção dos cidadãos da exposição involuntária ao fumo do tabaco e medidas de redução da procura relacionadas com a dependência e a cessação do seu consumo.

A Assembleia da República decreta, nos termos da alínea c) do artigo 161.º da Constituição, o seguinte:

CAPÍTULO I

Disposições gerais

Artigo 1.º

Objecto

A presente lei dá execução ao disposto na Convenção Quadro da Organização Mundial de Saúde para o Controlo do Tabaco, aprovada pelo Decreto n.º 25-A/2005, de 8 de Novembro, estabelecendo normas tendentes à prevenção do tabagismo, em particular no que se refere à protecção da exposição involuntária ao fumo do tabaco, à regulamentação da composição dos produtos do tabaco, à regulamentação das informações a prestar sobre estes produtos, à embalagem e etiquetagem, à sensibilização e educação para a saúde, à proibição da publicidade a favor do tabaco, promoção e patrocínio, às medidas de redução da procura relacionadas com a dependência e a cessação do consumo, à venda a menores e através de meios automáticos, de modo a contribuir para a diminuição dos riscos ou efeitos negativos que o uso do tabaco acarreta para a saúde dos indivíduos.

Artigo 2.º

Definições

Para efeitos da presente lei e demais legislação sobre a prevenção do tabagismo, entende-se por:

- a) «Advertência complementar» qualquer das advertências referidas no anexo II da presente lei;
- b) «Advertência geral» o aviso relativo aos prejuízos para a saúde decorrentes do uso do tabaco, a apor na face mais visível das embalagens de tabaco;

- c) «Alcatrão ou condensado» o condensado de fumo bruto anidro e isento de nicotina;
- d) «Áreas de trabalho em permanência» os locais onde os trabalhadores tenham de permanecer mais de 30 % do respectivo tempo diário de trabalho;
- e) «Embalagem de tabaco» qualquer forma de embalagem individual e qualquer embalagem exterior utilizada na venda a retalho de produtos do tabaco, com excepção das sobre embalagens transparentes;
- f) «Ingrediente» qualquer substância ou componente, que não as folhas e outras partes naturais ou não transformadas da planta do tabaco, utilizado no fabrico ou na preparação de um produto do tabaco e presente no produto final, ainda que em forma alterada, incluindo o papel, o filtro, as tintas e os adesivos;
- g) «Local de trabalho» todo o lugar onde o trabalhador se encontra e em que esteja, directa ou indirectamente,
- h) «Local de venda de tabaco» qualquer local onde sejam colocados à venda produtos do tabaco;
- i) «Nicotina» os alcalóides nicotínicos;
- j) «Produto do tabaco» qualquer produto destinado a ser fumado, inalado, chupado ou mascado, desde que seja, ainda que parcialmente, constituído por tabaco, geneticamente modificado ou não;
- k) «Produtos do tabaco para uso oral» os produtos que se destinam a uso oral constituídos total ou parcialmente por tabaco sob a forma de pó ou de partículas finas ou qualquer combinação destas formas, nomeadamente os que se apresentam em doses individuais ou pacotes porosos ou sob forma que evoque um género alimentício, com excepção dos produtos para fumar ou mascar;
- l) «Publicidade ao tabaco» qualquer forma de comunicação feita por entidades de natureza pública ou privada, no âmbito de uma actividade comercial, industrial, artesanal ou liberal, com o objectivo directo ou indirecto de promover um produto do tabaco ou o seu consumo;

n) «Recinto fechado» todo o espaço limitado por paredes, muros ou outras superfícies e dotado de uma cobertura;

o) «Serviço da sociedade da informação» qualquer serviço prestado à distância, por via electrónica, mediante pedido individual de um destinatário de serviços e contra pagamento de um preço, entendendo-se, nesta conformidade, por:

«À distância» um serviço prestado sem que as partes estejam física e simultaneamente presentes;

«Por via electrónica» um serviço enviado desde a origem e recebido no destino através de instrumentos electrónicos de processamento (incluindo a compressão digital) e de armazenamento de dados, que é inteiramente transmitido, encaminhado e recebido por cabo, rádio, meios ópticos ou outros meios electromagnéticos;

«Mediante pedido individual de um destinatário de serviços» um serviço fornecido por transmissão de dados, mediante pedido individual;

p) «Suporte publicitário» o veículo utilizado para a transmissão da mensagem publicitária;

q) «Tabaco» as folhas, parte das folhas e nervuras das plantas *Nicotiana tabacum* L. e *Nicotiana rustica* L., quer sejam comercializadas sob a forma de cigarro, cigarrilha ou charutos quer picadas para cachimbo ou para a feitura manual de cigarros, seja com a forma de rolo, barra, lâmina, cubo ou placa ou reduzidas a pó ou a grãos;

r) «Tele venda de produtos do tabaco» a difusão de ofertas directas ao público, realizada por canais televisivos, com vista ao fornecimento de cigarros ou outros produtos derivados do tabaco, mediante remuneração;

s) «Uso de tabaco» o acto de fumar, inalar, chupar ou mascar um produto à base de tabaco, bem como o acto de fumar, mascar ou inalar os produtos referidos nos n.º 8 e 9 do artigo 81.º do Decreto-Lei n.º 566/99, de 22 de Dezembro.

CAPÍTULO II

Limitações ao consumo de tabaco

Artigo 3.º

Princípio geral

O disposto no presente capítulo visa estabelecer limitações ao consumo de tabaco em recintos fechados destinados a utilização colectiva de forma a garantir a protecção da exposição involuntária ao fumo do tabaco.

Artigo 4.º

Proibição de fumar em determinados locais

1 – É proibido fumar:

- a) Nos locais onde estejam instalados órgãos de soberania, serviços e organismos da Administração Pública e pessoas colectivas públicas;
- b) Nos locais de trabalho; c) Nos locais de atendimento directo ao público; d) Nos estabelecimentos onde sejam prestados cuidados de saúde, nomeadamente hospitais, clínicas, centros e casas de saúde, consultórios médicos, postos de socorros e outros similares, laboratórios, farmácias e locais onde se dispensem medicamentos não sujeitos a receita médica;
- e) Nos lares e outras instituições que acolham pessoas idosas ou com deficiência ou incapacidade;
- f) Nos locais destinados a menores de 18 anos, nomeadamente infantários, creches e outros estabelecimentos de assistência infantil, lares de infância e juventude, centros de ocupação de tempos livres, colónias e campos de férias e demais estabelecimentos similares;
- g) Nos estabelecimentos de ensino, independentemente da idade dos alunos e do grau de escolaridade, incluindo, nomeadamente, salas de aula, de estudo, de professores e de reuniões, bibliotecas, ginásios, átrios e corredores, bares, restaurantes, cantinas, refeitórios e espaços de recreio;
- h) Nos centros de formação profissional;
- i) Nos museus, colecções visitáveis e locais onde se guardem bens culturais classificados, nos centros culturais, nos arquivos e nas bibliotecas, nas salas de conferência, de leitura e de exposição;

- j) Nas salas e recintos de espectáculos e noutros locais destinados à difusão das artes e do espectáculo, incluindo as antecâmaras, acessos e áreas contíguas;
- k) Nos recintos de diversão e recintos destinados a espectáculos de natureza não artística;
- l) Nas zonas fechadas das instalações desportivas;
- m) Nos recintos das feiras e exposições;
- n) Nos conjuntos e grandes superfícies comerciais e nos estabelecimentos comerciais de venda ao público;
- o) Nos estabelecimentos hoteleiros e outros empreendimentos turísticos onde sejam prestados serviços de alojamento;
- p) Nos estabelecimentos de restauração ou de bebidas, incluindo os que possuam salas ou espaços destinados a dança;
- q) Nas cantinas, nos refeitórios e nos bares de entidades públicas e privadas destinados exclusivamente ao respectivo pessoal;
- r) Nas áreas de serviço e postos de abastecimento de combustíveis;
- s) Nos aeroportos, nas estações ferroviárias, nas estações rodoviárias de passageiros e nas gares marítimas e fluviais;
- t) Nas instalações do metropolitano afectas ao público, designadamente nas estações terminais ou intermédias, em todos os seus acessos e estabelecimentos ou instalações contíguas;
- u) Nos parques de estacionamento cobertos; x) Nos elevadores, ascensores e similares; z) Nas cabinas telefónicas fechadas; *Diário da República, 1.a série—N.º 156—14 de Agosto de 2007*

5279

- aa) Nos recintos fechados das redes de levantamento automático de dinheiro;
- ab) Em qualquer outro lugar onde, por determinação da gerência ou de outra legislação aplicável, designadamente em matéria de prevenção de riscos ocupacionais, se proíba fumar.

2 – É ainda proibido fumar nos veículos afectos aos transportes públicos urbanos, suburbanos e interurbanos de passageiros, bem como nos transportes rodoviários, ferroviários, aéreos, marítimos e fluviais, nos serviços expressos, turísticos e de aluguer, nos táxis, ambulâncias, veículos de transporte de doentes e teleféricos.

Artigo 5.o

Excepções

1 – Sem prejuízo do disposto na alínea *d)* do n.º 1 do artigo anterior, podem ser criadas áreas exclusivamente destinadas a pacientes fumadores em hospitais e serviços psiquiátricos, centros de tratamento e reabilitação e unidades de internamento de toxicodependentes e de alcoólicos desde que satisfaçam os requisitos das alíneas *a)*, *b)* e *c)* do n.º 5.

2 – Sem prejuízo do disposto no artigo anterior, podem ser criadas nos estabelecimentos prisionais unidades de alojamento, em celas ou camaratas, para reclusos fumadores desde que satisfaçam os requisitos das alíneas *a)*, *b)* e *c)* do n.º 5, sendo ainda admitido fumar nas áreas ao ar livre.

3 – Nos locais mencionados nas alíneas *a)*, *b)*, *c)*, *d)*, *e)*, *h)*, *i)*, *j)*, *k)*, *m)*, *n)*, *o)*, *p)*, *q)*, *r)* e *t)* do n.º 1 do artigo anterior, bem como nos locais mencionados na alínea *g)* do n.º 1 do artigo anterior que integrem o sistema de ensino superior, é admitido fumar nas áreas ao ar livre.

4 – Nos locais mencionados na alínea *s)* do n.º 1 do artigo anterior é admitido fumar nas áreas ao ar livre, com excepção das zonas onde se realize o abastecimento de veículos.

5 – Nos locais mencionados nas alíneas *a)*, *b)*, *e)*, *j)*, *k)*, *n)*, *o)*, *p)* e *t)* do n.º 1 do artigo anterior, bem como nos locais mencionados na alínea *g)* do n.º 1 do referido artigo que integrem o sistema de ensino superior e nos locais mencionados na alínea *h)* do n.º 1 do mesmo artigo que não sejam frequentados por menores de 18 anos, pode ser permitido fumar em áreas expressamente previstas para o efeito desde que obedeçam aos requisitos seguintes:

a) Estejam devidamente sinalizadas, com afixação de dísticos em locais visíveis, nos termos do disposto no artigo 6.o;

b) Sejam separadas fisicamente das restantes instalações, ou disponham de dispositivo de ventilação, ou qualquer outro, desde que autónomo, que evite que o fumo se espalhe às áreas contiguas;

c) Seja garantida a ventilação directa para o exterior através de sistema de extracção de ar que proteja dos efeitos do fumo os trabalhadores e os clientes não fumadores.

6 – Nos locais mencionados na alínea *q)* do n.º 1 do artigo anterior com área destinada ao público inferior a 100 m², o proprietário pode optar por estabelecer a permissão de fumar desde que obedeça aos requisitos mencionados nas alíneas *a)*, *b)* e *c)* do número anterior.

7 – Nos locais mencionados na alínea *q)* do n.º 1 do artigo anterior com área destinada ao público igual ou superior a 100 m² podem ser criadas áreas para fumadores, até um máximo de 30 % do total respectivo, ou espaço fisicamente separado não superior a 40 % do total respectivo, desde que obedeçam aos requisitos mencionados nas alíneas *a)*, *b)* e *c)* do n.º 5, não abranjam as áreas destinadas exclusivamente ao pessoal nem as áreas onde os trabalhadores tenham de trabalhar em permanência.

8 – Nos locais mencionados na alínea *p)* do n.º 1 do artigo anterior podem ser reservados andares, unidades de alojamento ou quartos para fumadores, até um máximo de 40 % do total respectivo, ocupando áreas contíguas ou a totalidade de um ou mais andares, desde que obedeçam aos requisitos mencionados nas alíneas *a)*, *b)* e *c)* do n.º 5.

9 – Sem prejuízo do disposto no n.º 2 do artigo anterior e das limitações constantes dos regulamentos emitidos pelas empresas transportadoras ou pelas capitánias de portos, é permitido fumar nas áreas descobertas nos barcos afectos a carreiras marítimas ou fluviais.

10 – Sem prejuízo do disposto no n.º 6, a opção pela permissão de fumar deve, sempre que possível, proporcionar a existência de espaços separados para fumadores e não fumadores.

11 – A definição das áreas para fumadores cabe às entidades responsáveis pelos estabelecimentos em causa, devendo ser consultados os respectivos serviços de segurança, higiene e saúde no trabalho e as comissões de segurança, higiene e saúde no trabalho, ou, na sua falta, os representantes dos trabalhadores para a segurança, higiene e saúde no trabalho.

Artigo 6.º

Sinalização

1 — A interdição ou o condicionamento de fumar no interior dos locais referidos nos artigos 4.º e 5.o devem ser assinalados pelas respectivas entidades competentes, mediante a afixação de dísticos com fundo vermelho, conformes ao modelo A constante do anexo I da presente lei e que dela faz parte integrante, sendo o traço, incluindo a legenda e a cruz, a branco e com as dimensões mínimas de 160 mm x 55 mm.

2 — As áreas onde é permitido fumar são identificadas mediante afixação de dísticos com fundo azul e com as restantes características indicadas no número anterior, conformes ao modelo B constante do anexo I.

3 — Aos dísticos referenciados nos números anteriores deve apor-se, na parte inferior do modelo, uma legenda identificando a presente lei.

4 — O dístico referido no nº 1 deve ainda conter o montante da coima máxima aplicável aos fumadores que violem a proibição de fumar.

5 — Nos casos previstos nos nº 6, 7 e 8 do artigo anterior, os dísticos devem ser afixados de forma a serem visíveis a partir do exterior dos estabelecimentos.

Artigo 7.o

Responsabilidade

1 — O cumprimento do disposto nos artigos 4.º a 6.º deve ser assegurado pelas entidades públicas ou privadas que tenham a seu cargo os locais a que se refere a presente lei.

2 — Sempre que se verificarem infracções ao disposto nos artigos 4.o a 6.o, as entidades referidas no número anterior devem determinar aos fumadores que se abstenham de fumar e, caso estes não cumpram, chamar as autoridades

5280

Diário da República, 1.a série—N.o 156—14 de Agosto de 2007

Administrativas ou policiais, as quais devem lavrar o respectivo auto de notícia.

3 — Todos os utentes dos locais referidos no n.º 1 têm o direito de exigir o cumprimento do disposto nos artigos 4.o a 6.o, podendo apresentar queixa por escrito, circunstanciada, usando para o efeito, nomeadamente, o livro de reclamações disponível no estabelecimento em causa.

CAPÍTULO III

Composição e medição das substâncias contidas nos cigarros comercializados

Artigo 8.o

Teores máximos de alcatrão, nicotina e monóxido de carbono dos cigarros

Os cigarros comercializados ou fabricados em território nacional não podem ter teores superiores a:

a) 10 mg por cigarro, para o alcatrão; b) 1 mg por cigarro, para a nicotina; c) 10 mg por cigarro, para o monóxido de carbono.

Artigo 9.o

Métodos de medição

1 — Os teores de alcatrão, nicotina e monóxido de carbono dos cigarros são medidos segundo as normas ISO 4387 para o alcatrão, ISO 10315 para a nicotina e ISO 8454 para o monóxido de carbono.

2 — A exactidão das menções relativas ao alcatrão e à nicotina apostas nos maços de cigarros é verificada segundo a norma ISO 8243.

3 — O disposto nos números anteriores deve ser efectuado ou verificado por laboratórios de ensaio acreditados pelo Instituto Português de Acreditação (IPAC), nos termos do n.º 1 do artigo 6.o do Decreto-Lei n.o 125/2004, de 31 de Maio, ou pelas autoridades competentes dos outros Estados membros.

4 — A lista dos laboratórios é comunicada pelo IPAC à Direcção-Geral da Saúde, dela constando os critérios utilizados para a acreditação de cada um.

5 — A Direcção-Geral da Saúde comunica à Comissão Europeia a lista dos laboratórios, nos termos do n.º 4, bem como as alterações que ocorram.

6 – Os cigarros são submetidos às medições pelo fabricante ou importador de produtos do tabaco, que é responsável pelos respectivos encargos.

7 – Sempre que a Direcção-Geral da Saúde o determine, os fabricantes ou importadores de produtos do tabaco devem realizar testes, a fim de avaliar o teor de outras substâncias produzidas pelos seus produtos do tabaco, por marca e tipo individuais, e os efeitos dessas substâncias sobre a saúde, tendo nomeadamente em conta o respectivo perigo de dependência.

8 – Os resultados dos testes efectuados nos termos deste artigo devem ser apresentados pelo fabricante ou importador de produtos do tabaco à Direcção-Geral da Saúde, até 30 de Setembro de cada ano.

9 – A Direcção-Geral da Saúde assegura a divulgação, por qualquer meio adequado, dos dados apresentados em conformidade com este artigo, a fim de informar os consumidores, tendo em conta, sempre que seja caso disso, as informações que constituam segredo de fabrico, a especificar pelo fabricante ou importador de produtos do tabaco.

10 – A Direcção-Geral da Saúde comunica à Comissão Europeia, até 31 de Dezembro de cada ano, todos os dados e informações decorrentes das medições previstas neste artigo.

Artigo 10.o

Outras informações relativas ao produto

1 – Os fabricantes ou importadores de produtos do tabaco devem apresentar à Direcção-Geral da Saúde, anualmente, até 30 de Setembro, em suporte informático, a lista de todos os ingredientes e respectivas quantidades utilizados no fabrico dos seus produtos do tabaco, por marca e tipo individuais.

2 – A lista referida no número anterior deve ser acompanhada de uma declaração que exponha as razões da inclusão desses ingredientes nos produtos do tabaco, com indicação da sua função e categoria, e de informação sobre os dados toxicológicos de que o fabricante ou importador disponha sobre esses ingredientes, com ou sem combustão, conforme for o caso, mencionando em especial os seus efeitos sobre a saúde, nomeadamente o risco de dependência, elaborada por ordem decrescente do peso de cada ingrediente incluído no produto.

3 — Os fabricantes ou importadores de produtos do tabaco devem especificar as informações que entendam não dever ser divulgadas, nos termos do número seguinte, por constituírem segredo de fabrico.

4 — A lista referida no n.º 1, com indicação dos teores de alcatrão, nicotina e monóxido de carbono, é divulgada pela Direcção-Geral da Saúde aos consumidores, com salvaguarda das informações relativas a fórmulas de produtos específicos que constituam segredo de fabrico.

5 — A Direcção-Geral da Saúde comunica anualmente à Comissão Europeia, até 31 de Dezembro, os dados e informações decorrentes das medições previstas neste artigo.

CAPÍTULO IV

Rotulagem e embalagem dos maços de cigarros

Artigo 11.º

Rotulagem

1 — Os teores de alcatrão, nicotina e monóxido de carbono dos cigarros medidos em conformidade com o artigo 9.º devem ser impressos numa face lateral dos maços, em língua portuguesa, de forma a abrangerem pelo menos 10 % da superfície correspondente, ou, noutras embalagens de cigarros, de forma igualmente visível.

2 — Todas as unidades de embalagem dos produtos do tabaco devem apresentar as seguintes advertências:

a) Advertências gerais:

«Fumar mata»;

«Fumar prejudica gravemente a sua saúde e a dos que o rodeiam»;

b) Uma advertência complementar escolhida da lista constante do anexo II da presente lei e que dela faz parte integrante.

3 — Cada uma das advertências gerais e complementares deve aparecer regularmente, pelo que a sua aposição deve ser alternada.

Diário da República, 1.ª série—N.º 156—14 de Agosto de 2007

5281

4 — A advertência geral deve ser impressa na face mais visível das unidades de embalagem e as advertências complementares na outra face destas unidades, devendo estas advertências constar, obrigatoriamente, das unidades de embalagem e de qualquer embalagem exterior utilizada na venda a retalho do produto, excluindo as sobre embalagens transparentes.

5 — As advertências gerais previstas na alínea *a)* do n.º 2 devem cobrir pelo menos 30 % da área externa da superfície correspondente da unidade de embalagem do tabaco em que é impressa.

6 — A advertência complementar exigida na alínea *b)* do n.º 2 deve cobrir pelo menos 40 % da área externa da superfície correspondente da unidade de embalagem de tabaco em que é impressa.

7 — A superfície das advertências a que se refere o presente artigo, no caso das unidades de embalagens destinadas aos produtos que não os cigarros cuja face mais visível exceda 75 cm², deve ser de, pelo menos, 22,5 cm² para cada face.

8 — O texto das advertências gerais, das advertências complementares e das indicações dos teores deve ser:

a) Impresso em língua portuguesa e em minúsculas, com exceção da primeira letra da mensagem e das exigências gramaticais;

b) Impresso em corpo negro «*Helvética*» sobre fundo branco, de modo a ocupar o maior espaço possível da superfície reservada para o texto em questão;

c) Centrado na área em que o texto deve ser impresso, paralelamente ao bordo superior da embalagem;

d) Rodeado de uma moldura negra com 4 mm de largura, que não interfira com o texto da advertência ou da informação prestada.

9 — No caso de produtos do tabaco que não os cigarros, as advertências mencionadas no presente artigo podem ser apostas por meio de autocolantes, desde que estes sejam inamovíveis.

10 – É proibida a impressão dos textos especificados neste artigo nos selos fiscais das unidades de embalagem e em local susceptível de ser danificado pela abertura dessas embalagens, devendo ser impresso de modo inamovível, indelével, não dissimulado, velado ou separado por outras indicações ou imagens.

11 – Para além das exigências previstas nos números anteriores, deve ainda constar em cada unidade de embalagem o respectivo número de lote ou equivalente, de modo a permitir identificar o local e o momento de produção.

Artigo 12.o

Embalagem

As unidades de embalagem de cigarros não podem ser comercializadas contendo menos de 20 unidades.

Artigo 13.o

Denominações do produto

Não podem ser utilizados em embalagens de produtos do tabaco textos, designações, marcas e símbolos figurativos ou outros sinais que sugiram que um determinado produto do tabaco é menos prejudicial do que os outros, com excepção do disposto no n.º 1 do artigo 11.o

Artigo 14.o

Tabacos destinados ao uso oral

É proibida a comercialização de tabacos destinados ao uso oral.

CAPÍTULO V

Venda de produtos do tabaco

Artigo 15.o

Proibição de venda de produtos do tabaco

1 – É proibida a venda de produtos do tabaco:

a) Nos locais a que se referem as alíneas a), d), e), f), g), h) e i) do n.º 1 do artigo 4.º e nas instalações referidas na alínea m) do mesmo artigo;

b) Através de máquinas de venda automática, sempre que estas não reúnam cumulativamente os seguintes requisitos:

i) Estejam munidas de um dispositivo electrónico ou outro sistema bloqueador que impeça o seu acesso a menores de 18 anos;

ii) Estejam localizadas no interior do estabelecimento comercial, de forma a serem visualizadas pelo responsável do estabelecimento, não podendo ser colocadas nas respectivas zonas de acesso, escadas ou zonas similares e nos corredores de centros comerciais e grandes superfícies comerciais;

c) A menores com idade inferior a 18 anos, a comprovar, quando necessário, por qualquer documento identificativo com fotografia;

d) Através de meios de televenda.

2 — A proibição referida na alínea c) do número anterior deve constar de aviso impresso em caracteres facilmente legíveis, sobre fundo contrastante, e afixado de forma visível nos locais de venda dos produtos do tabaco.

3 — É proibida a comercialização de embalagens promocionais ou a preço reduzido.

4 — Por portaria conjunta dos Ministros das Finanças e da Saúde, poderá ser proibida a venda de produtos do tabaco a preço inferior a um preço mínimo de referência.

CAPÍTULO VI

Publicidade, promoção e patrocínio de tabaco e de produtos do tabaco

Artigo 16.º

Publicidade e promoção

1 — São proibidas todas as formas de publicidade e promoção ao tabaco e aos produtos do tabaco, incluindo a publicidade oculta, dissimulada e subliminar, através de suportes

publicitários nacionais ou com sede em Portugal, incluindo os serviços da sociedade de informação, salvo o disposto nos n.os 3, 4 e 7.

2 — É proibida a publicidade ao tabaco, ou ao seu uso, em máquinas de venda automática.

3 — O disposto no n.o 1 não é aplicável à informação comercial circunscrita às indicações de preço, marca e origem exibida exclusivamente no interior dos estabelecimentos que vendam produtos do tabaco, desde que

5282

Diário da República, 1.a série—N.o 156—14 de Agosto de 2007

esta não seja visível no exterior dos estabelecimentos, designadamente nas respectivas montras.

4 — A publicidade na imprensa e noutros meios de comunicação impressos só é permitida em publicações destinadas exclusivamente aos profissionais do comércio do tabaco ou em publicações impressas e editadas em países terceiros, desde que não se destinem principalmente ao mercado comunitário.

5 — É proibida a distribuição gratuita ou a venda promocional de produtos do tabaco ou de quaisquer bens de consumo, que visem, ou tenham por efeito directo ou indirecto, a promoção desses produtos do tabaco.

6 — É proibida a distribuição de brindes, atribuição de prémios ou a realização de concursos, ainda que exclusivamente destinados a fumadores, por parte de empresas directa ou indirectamente relacionadas com o fabrico, a distribuição ou a venda de produtos do tabaco.

7 — É apenas admitida a promoção de produtos do tabaco quando esta se destine exclusivamente aos profissionais do comércio do tabaco e seja realizada fora do âmbito da actividade de venda ao público.

8 — É proibida a introdução de cupões ou outros elementos estranhos nas embalagens e sobre embalagens de produtos do tabaco, ou entre estas e aquelas, para além do próprio produto do tabaco e respectiva rotulagem.

9 — É proibida a promoção de vendas e a introdução no consumo de embalagens miniatura de marcas já comercializadas ou a comercializar.

Artigo 17.o

Publicidade em objectos de consumo

1 — Em acções publicitárias, é proibido colocar nomes, marcas ou emblemas de um produto do tabaco em objectos de consumo que não os próprios produtos do tabaco.

2 — Exceptuam-se da proibição prevista no número anterior os bens e serviços que façam uso de nomes ou marcas idênticos aos de produtos do tabaco, desde que preenchidos os seguintes requisitos:

- a) A sua venda ou patrocínio não estejam relacionados com a venda de produtos do tabaco;
- b) Tais bens ou serviços tenham sido introduzidos no mercado português previamente à data de publicação da presente lei;
- c) O método de uso de tais nomes e marcas seja claramente distinto do dos nomes e marcas de produtos do tabaco.

3 — É proibido o fabrico e a comercialização de jogos, brinquedos, jogos de vídeo, alimentos ou guloseimas com a forma de produtos do tabaco, ou com logótipos de marcas de tabaco.

Artigo 18.o

Patrocínio

1 — É proibida qualquer forma de contributo público ou privado, nomeadamente por parte de empresas cuja actividade seja o fabrico, a distribuição ou a venda de produtos do tabaco, destinado a um evento, uma actividade, um indivíduo, uma obra audiovisual, um programa radiofónico ou televisivo, que vise, ou tenha por efeito directo ou indirecto, a promoção de um produto do tabaco ou do seu consumo.

2 — É proibido o patrocínio de eventos ou actividades por empresas do sector do tabaco que envolvam ou se realizem em vários Estados membros ou que tenham quaisquer outros efeitos transfronteiriços.

3 — É proibida a distribuição gratuita ou a preços promocionais de produtos do tabaco, no contexto do patrocínio referido no número anterior, que vise ou tenha por efeito directo ou indirecto a promoção desses produtos.

CAPÍTULO VII

Medidas de prevenção e controlo do tabagismo

Artigo 19.o

Campanhas de informação, de prevenção ou de promoção de vendas

São proibidas campanhas ou outras iniciativas promovidas ou patrocinadas pelas empresas produtoras, distribuidoras, subsidiárias ou afins, de produtos do tabaco, que visem, directa ou indirectamente, a informação e a prevenção do tabagismo.

Artigo 20.o

Informação e educação para a saúde

1 — O Estado, designadamente os sectores da saúde, da educação, da juventude, do desporto, da defesa do consumidor, do ambiente, do trabalho, da economia e da cultura, bem como as regiões autónomas e as autarquias locais, devem promover a informação dos cidadãos, utilizando, sempre que possível, a língua gestual e a linguagem *Braille*, e contribuir para a criação de condições favoráveis à prevenção e ao controlo do tabagismo.

2 — Os serviços de saúde, independentemente da sua natureza jurídica, designadamente centros de saúde, hospitais, clínicas, consultórios médicos e farmácias, devem promover e apoiar a informação e a educação para a saúde dos cidadãos relativamente aos malefícios decorrentes do consumo de tabaco e à importância da cessação tabágica, através de campanhas, programas e iniciativas destinadas à população em geral ou a grupos específicos, designadamente crianças e jovens, grávidas, pais, mulheres em idade fértil, pessoas doentes, professores e outros trabalhadores.

3 — A temática da prevenção e do controlo do tabagismo deve ser abordada no âmbito da educação para a cidadania, a nível dos ensinos básico e secundário e dos *curricula* da formação

profissional, bem como da formação pré e pós-graduada dos professores destes níveis de ensino.

4 — A temática da prevenção e do tratamento do uso e da dependência do tabaco deve fazer parte dos *currícula* da formação pré e pós-graduada dos profissionais de saúde, em particular dos médicos, dos médicos dentistas, dos farmacêuticos e dos enfermeiros, enquanto agentes privilegiados de educação e promoção da saúde.

Artigo 21.o

Consultas de cessação tabágica

1 — Devem ser criadas consultas especializadas de apoio aos fumadores que pretendam deixar de fumar, destinadas aos funcionários e aos utentes, em todos os centros de saúde integrados no Serviço Nacional de Saúde e nos serviços hospitalares públicos, em particular nos serviços de cardiologia, pneumologia, psiquiatria, nos institutos e serviços de oncologia, serviços de obstetria, hospitais psiquiátricos e centros de atendimento a alcoólicos e toxicodependentes.

2 — Sempre que a dimensão dos serviços e da população atendida não justifique a criação de uma consulta especializada, devem ser estabelecidos protocolos com outras consultas especializadas, de modo a garantir o acesso adequado dos fumadores que necessitem deste tipo de apoio para deixarem de fumar.

Diário da República, 1.a série—N.o 156—14 de Agosto de 2007

5283

Artigo 22.o

Grupo técnico consultivo

1 — É criado, na dependência directa do director-geral da Saúde, um grupo técnico consultivo, visando prestar assessoria técnica, bem como prestar colaboração na definição e implementação de programas e outras iniciativas no domínio da prevenção e controlo do tabagismo.

2 — O grupo técnico consultivo, designado por despacho do director-geral da Saúde, é constituído, paritariamente, por representantes da Administração Pública e da sociedade civil, e, quanto a esta, nomeadamente de ordens profissionais da área da saúde, de associações sindicais e patronais, de sociedades científicas, por personalidades de reconhecido mérito no domínio da prevenção do tabagismo e ainda por representantes de outras organizações não governamentais.

Artigo 23.o

Dever de colaboração

A Direcção-Geral da Saúde promove o cumprimento do disposto na presente lei, com a colaboração dos serviços e organismos públicos com responsabilidades nesta área.

Artigo 24.o

Estudo estatístico

1 — A Direcção-Geral da Saúde, em articulação com o Observatório Nacional de Saúde e com o grupo técnico consultivo, assegura o acompanhamento estatístico e epidemiológico do consumo de tabaco em Portugal, bem como o impacte resultante da aplicação da presente lei, designadamente quanto ao seu cumprimento, à evolução das condições nos locais de trabalho e de atendimento ao público, a fim de permitir propor as alterações adequadas à prevenção e controlo do consumo do tabaco.

2 — Com o objectivo de avaliar o impacte da presente lei na saúde pública e na saúde dos trabalhadores, o Ministério da Saúde deve habilitar a Assembleia da República com um relatório contendo os elementos referidos no número anterior, de cinco em cinco anos.

3 — O primeiro relatório deve ser entregue na Assembleia da República decorridos três anos sobre a entrada em vigor da lei.

CAPÍTULO VIII

Regime sancionatório

Artigo 25.o

Contra-ordenações

1 — Constituem contra-ordenações as infracções ao disposto nos artigos 4.o a 6.o, no n.º 2 do artigo 7.o e nos artigos 8.o a 19.º, as quais são punidas com as seguintes coimas:

a) De € 50 a € 750, para o fumador que fume nos locais previstos nas alíneas a) a bb) do n.º 1 e no n.º 2 do artigo 4.o ou fora das áreas ao ar livre ou das áreas para fumadores previstas nos n.º 1 a 9 do artigo 5.o;

b) De € 50 a € 1000, para os proprietários dos estabelecimentos privados, pessoas colectivas, sociedades ainda que irregularmente constituídas, ou associações sem personalidade jurídica, bem como para os órgãos directivos ou dirigentes máximos dos organismos, estabelecimentos ou serviços da Administração Pública que violem o disposto no n.º 2 do artigo 7.o;

c) De € 2500 a € 10 000, para entidades referidas na alínea anterior que violem o disposto nos n.º 1 a 9 do artigo 5.o e no artigo 6.o;

d) De € 10 000 a € 30 000, para as infracções aos n.ºs 6, 7 e 8 do artigo 9.o e aos n.º 1 e 2 do artigo 10.o, sendo o valor reduzido para € 1500 e € 3000, respectivamente, se o infractor for pessoa singular;

e) De € 30 000 a € 250 000, para as infracções ao artigo 8.o, ao n.º 3 do artigo 9.o e aos artigos 11.o, 12.o, 13.o, 14.o, 15.o, 16.o, 17.o, 18.o e 19.o, sendo o valor reduzido para € 2000 e € 3750, respectivamente, se o infractor for pessoa singular.

2 — A negligência é punível, sendo os limites mínimos e máximos das coimas aplicáveis reduzidos a metade. 3 — Nos casos previstos na alínea e) do n.º 1, a tentativa é punível, sendo os limites mínimos e máximos das coimas aplicáveis reduzidos a metade. 4 — Quando a infracção implicar forma de publicidade oculta ou dissimulada, é aplicável a punição prevista nas normas gerais sobre a actividade publicitária.

5 — Às contra-ordenações previstas na presente lei e em tudo quanto nela se não encontre especialmente regulado são aplicáveis as disposições do Decreto-Lei n.º 433/82, de 27 de Outubro, com as alterações introduzidas pelos Decretos-Leis n.º 356/89, de 17 de Outubro, 244/95, de 14 de Setembro, e 323/2001, de 17 de Dezembro, e pela Lei n.º 109/2001, de 24 de Dezembro.

Artigo 26.o

Sanções acessórias

1 — No caso das contra-ordenações previstas nas alíneas *c)*, *d)* e *e)* do n.º 1 do artigo anterior, podem ainda ser aplicadas as sanções acessórias previstas nas alíneas *a)* a *g)* do n.º 1 do artigo 21.o do Decreto-Lei n.º 433/82, de 27 de Outubro, na redacção que lhe foi dada pelos Decretos-lei n.º 356/89, de 17 de Outubro, e 244/95, de 14 de Setembro.

2 — O incumprimento do disposto nos n.º 1 a 3 do artigo 15.o determina a aplicação da sanção acessória de interdição de venda de qualquer produto do tabaco.

Artigo 27.o

Responsabilidade solidária

1 — Pelo pagamento das coimas em que sejam condenados os agentes das infracções ao disposto nos n.º 6, 7 e 8 do artigo 9.o, nos n.º 1 e 2 do artigo 10.o, no artigo 11.o e no artigo 13.o são solidariamente responsáveis o fabricante e o importador de produtos do tabaco.

2 — Pelo pagamento das coimas em que sejam condenados os agentes das infracções ao disposto na alínea *b)* do n.º 1 do artigo 15.o e no n.º 2 do artigo 16.o são solidariamente responsáveis o proprietário da máquina de venda automática de tabaco e aquele que tenha a direcção efectiva do espaço em que o equipamento se encontra instalado.

5284

3 — Pelo pagamento das coimas em que sejam condenados os agentes das infracções ao disposto no artigo 17.o são solidariamente responsáveis o fabricante ou importador e o proprietário dos locais onde estes produtos sejam disponibilizados, de forma onerosa ou gratuita.

4 — Pelo pagamento das coimas em que sejam condenados os agentes das infracções ao disposto na alínea *d)* do n.º 1 do artigo 15.o, nos n.º 1, 6 e 8 do artigo 16.o e no n.º 1 do artigo 19.o são solidariamente responsáveis o promotor da venda ou da campanha, a agência de publicidade e as entidades proprietárias do suporte publicitário utilizado.

5 — Pelo pagamento das coimas em que sejam condenados os agentes das infracções ao disposto nos n.º 1 e 2 do artigo 18.o são solidariamente responsáveis a entidade patrocinadora e a entidade patrocinada.

6 — As entidades proprietárias do suporte publicitário utilizado, o comerciante ou o promotor da venda eximem-se da responsabilidade referida no n.º 4 caso demonstrem não ter tido prévio conhecimento da mensagem publicitária difundida.

Artigo 28.o

Fiscalização e tramitação processual

1 — Sem prejuízo das competências atribuídas pelo artigo 7.o às autoridades administrativas e policiais, a fiscalização do disposto na presente lei compete à Autoridade de Segurança Alimentar e Económica, à excepção da fiscalização do preceituado na alínea *d*) do n.º 1 do artigo 15.o, no n.º 1 do artigo 16.o, no n.º 1 do artigo 18.o e no artigo 19.o, que compete à Direcção-Geral do Consumidor.

2 — A instrução dos processos de contra-ordenação compete à Autoridade de Segurança Alimentar e Económica ou à Direcção-Geral do Consumidor, no âmbito das respectivas atribuições, e a quem devem ser enviados os autos levantados por outras entidades.

3 — A aplicação das coimas e sanções acessórias compete à Comissão de Aplicação de Coimas em Matéria Económica e de Publicidade, que delas dá conhecimento à Direcção-Geral da Saúde.

4 — O produto das coimas é distribuído da seguinte forma:

a) 60 % para o Estado; *b*) 30 % para a entidade que instruiu o processo; *c*) 10 % para a Comissão de Aplicação de Coimas em

Matéria Económica e de Publicidade. CAPÍTULO IX

Disposições transitórias e finais

Artigo 29.o

Regiões Autónomas

1 — As Regiões Autónomas exercem as competências previstas na presente lei através dos organismos definidos pelos órgãos de governo próprio.

2 — O produto das coimas aplicadas nas Regiões Autónomas constitui receita própria destas.

Diário da República, 1.a série—N.º 156—14 de Agosto de 2007 c) O Decreto-Lei n.º 393/88, de 8 de Novembro;

d) O Decreto-Lei n.º 287/89, de 30 de Agosto; e) O Decreto-Lei n.º 253/90, de 4 de Agosto; f) O artigo 18.º e o n.º 2 do artigo 24.º do Código da

Publicidade, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 330/90, de 23 de Outubro;

g) O Decreto-Lei n.º 200/91, de 29 de Maio; h) O Decreto-Lei n.º 276/92, de 12 de Dezembro;

i) O Decreto-Lei n.º 283/98, de 17 de Setembro; j) O artigo 95.º do Código dos Impostos Especiais de

Consumo, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 566/99, de 22 de Dezembro;

k) O Decreto-Lei n.º 25/2003, de 4 de Fevereiro; l) O Decreto-Lei n.º 138/2003, de 28 de Junho; m) O Decreto-Lei n.º 76/2005, de 4 de Abril; n) O Decreto-Lei n.º 14/2006, de 20 de Janeiro; o) Os n.º 2 a 5 da Resolução do Conselho de Ministros

n.º 35/84, de 11 de Junho; p) A Portaria n.º 165/84, de 26 de Março; q) A Portaria n.º 432/91, de 24 de Maio; r) A Portaria n.º 735/93, de 13 de Agosto; s) O despacho n.º 19/MS/88, de 25 de Janeiro de

1989; t) O despacho n.º 8/ME/88, de 8 de Fevereiro de

São revogados:

Artigo 30.º

Norma revogatória

a) A Lei n.º 22/82, de 17 de Agosto; b) O Decreto-Lei n.º 226/83, de 27 de Maio;

1989.

Artigo 31.º

Entrada em vigor

A presente lei entra em vigor no dia 1 de Janeiro de 2008.

Aprovada em 28 de Junho de 2007. O Presidente da Assembleia da República, *Jaime*

Gama.

Promulgada em 26 de Julho de 2007.

Publique-se.

O Presidente da República, ANÍBAL CAVACO SILVA.

Referendada em 2 de Agosto de 2007.

Pelo Primeiro-Ministro, *Luís Filipe Marques Amado*, Ministro de Estado e dos Negócios Estrangeiros.

ANEXO I

Diário da República, 1.a série—N.º 156—14 de Agosto de 2007

5285

ANEXO II

Lista das advertências complementares

- a) «Os fumadores morrem prematuramente».
- b) «Fumar bloqueia as artérias e provoca ataques cardíacos e enfartes».
- c) «Fumar provoca o cancro pulmonar mortal».
- d) «Se está grávida: fumar prejudica a saúde do seu filho».
- e) «Proteja as crianças: não as obrigue a respirar o seu fumo».
- f) «O seu médico ou o seu farmacêutico podem ajudá-lo a deixar de fumar».
- g) «Fumar causa elevada dependência. Não comece a fumar».

- h)* «Deixar de fumar reduz os riscos de doenças cardiovasculares e pulmonares mortais».
- l)* «Fumar pode provocar uma morte lenta e dolorosa».
- j)* «Para o ajudar a deixar de fumar, consulte o seu médico ou contacte o seu farmacêutico».
- l)* «Fumar pode reduzir o fluxo de sangue e provoca impotência».
- m)* «Fumar provoca o envelhecimento da pele».
- n)* «Fumar pode prejudicar o esperma e reduz a fertilidade».
- o)* «O fumo contém benzeno, nitrosaminas, formaldeído e cianeto de hidrogénio».

Anexo 6 – Lei do Álcool

Decreto-Lei nº 9/2002 de 24 de Janeiro de
2002

DR 20 - SÉRIE I-A

**Emitido Por Presidência do Conselho de
Ministros**

Estabelece restrições à venda e consumo de bebidas alcoólicas e altera os Decretos-Leis n.º 122/79, de 8 de Maio, 252/86, de 25 de Agosto, 168/97, de 4 de Junho, e 370/99, de 18 de Setembro

O consumo excessivo de bebidas alcoólicas acarreta graves consequências ao nível da saúde, designadamente dos fetos e dos lactentes, quando o consumo materno ocorre durante a gravidez e a amamentação, na indução de instabilidade e de perturbações emocionais e orgânicas em crianças, com interferência na aprendizagem escolar e na capacidade intelectual em geral, quer por integrarem famílias com consumidores excessivos e alcooldependentes quer por elas próprias consumirem bebidas alcoólicas; no acréscimo de perturbações nas relações familiares potenciadoras da violência conjugal, dos maus tratos a menores e da violência social; no acréscimo de acidentes de viação e de acidentes de trabalho, de doenças e em comportamentos de risco relacionados sobretudo com intoxicações agudas.

Em Portugal constata-se que o consumo de bebidas alcoólicas é frequentemente inadequado ou excessivo. Dados recentes apontam inclusivamente para um aumento global deste consumo. Simultaneamente, numerosos estudos têm vindo a demonstrar que a iniciação no consumo de álcool ocorre geralmente na adolescência. Quando a publicidade associa, de forma generalizada, as bebidas alcoólicas a acontecimentos agradáveis, como a participação em actividades desportivas, culturais e recreativas e em comemorações, frequentemente sugere que o álcool é uma parte indispensável para obtenção de prazer nestas actividades. Nas crianças e jovens reforça-se a convicção de que o consumo de bebidas alcoólicas facilita a sociabilização e conduz

à aventura, ao romance, sem consciência das consequências negativas deste consumo ou do risco de acidentes.

De igual modo, tem-se constatado que quer a delimitação de uma idade mínima legal para a aquisição de bebidas alcoólicas, quer a limitação do tempo passado em locais onde é vendido ou servido álcool, quer a existência de medidas que limitam ou impedem o acesso físico ao álcool, contribuem para a diminuição deste consumo e constituem igualmente um elemento fundamental numa política de defesa dos consumidores coerente e global.

Ciente de toda esta problemática, o Governo, através da Resolução do Conselho de Ministros n.º 166/2000, de 29 de Novembro, aprovou o Plano de Acção contra o Alcoolismo, que tem como objectivo fundamental a luta contra o consumo excessivo ou o abuso de bebidas alcoólicas, envolvendo, simultaneamente, uma componente de estudo e investigação do fenómeno do álcool e do seu consumo tendo em vista a promoção e a educação para a saúde. Com este diploma procura-se contribuir para o esforço horizontal de implementação das várias medidas aí preconizadas, aprofundando a cooperação interministerial que, desde cedo, enformou este projecto.

Foram ouvidas a Associação Nacional de Municípios Portugueses, a Confederação de Comércio e Serviços de Portugal e os órgãos de governo próprios das Regiões Autónomas.

Assim: Nos termos da alínea a) do n.º 1 do artigo 198.º da Constituição, o Governo decreta, para valer como lei geral da República, o seguinte:

Artigo 1.º Definições Para efeitos do presente diploma, considera-se bebida alcoólica toda a bebida que, por fermentação, destilação ou adição, contenha um título alcoométrico superior a 0,5% vol.

Artigo 2.º Restrições à venda e ao consumo de bebidas alcoólicas **1** - É proibido vender ou, com objectivos comerciais, colocar à disposição bebidas alcoólicas em locais públicos e em locais abertos ao público: *a)* A menores de 16 anos; *b)* A quem se apresente notoriamente embriagado ou aparente possuir anomalia psíquica. **2** - É proibido às pessoas referidas nas alíneas a) e b) do número anterior consumir bebidas alcoólicas em locais públicos e em locais abertos ao público. **3** - É ainda proibida a venda e o consumo de bebidas alcoólicas: *a)* Nas

cantinas, bares e outros estabelecimentos de restauração e de bebidas acessíveis ao público localizados nos estabelecimentos de saúde; *b)* Em máquinas automáticas. **4** - A violação do disposto na alínea *b)* do n.º 3 acarreta responsabilidade solidária entre o proprietário do equipamento e o titular do espaço onde aquele se encontra instalado.

Artigo 3.º Afixação de avisos **1** - A proibição referida nos n.º 1 e 3 do artigo anterior deve constar de aviso afixado de forma visível nos locais públicos e abertos ao público onde se venda e ou se possa consumir bebidas alcoólicas. **2** - Nos estabelecimentos comerciais de auto-serviço, independentemente das suas dimensões, devem ser delimitados e explicitamente assinalados os espaços de exposição de bebidas alcoólicas e de bebidas não alcoólicas. **3** - As mensagens referidas nos n.º 1 e 3 devem ser obrigatoriamente: *a)* Impressas; *b)* Escritas em caracteres facilmente legíveis e sobre fundo contrastante.

Artigo 4.º Venda e consumo de bebidas alcoólicas nos locais da Administração Pública **1** - Sem prejuízo do disposto na alínea *a)* do n.º 3 do artigo 2.º, a venda, a disponibilização e o consumo de bebidas alcoólicas no local de trabalho, refeitórios, bares, cafetarias e locais similares dos serviços e organismos da administração central e local, incluindo institutos públicos nas modalidades de serviços personalizados do Estado e de fundos públicos, e ainda dos serviços e organismos que estejam na dependência orgânica e funcional da Presidência da República, da Assembleia da República e das instituições judiciais é regulado por portaria conjunta dos Ministros da Saúde, do Ambiente e do Ordenamento do Território e da Reforma do Estado e da Administração Pública. **2** - O disposto no número anterior, quando aplicado a serviços e organismos existentes nas Regiões Autónomas, é definido por diploma próprio.

Artigo 5.º Fiscalização e instrução de processos **1** - A fiscalização do cumprimento do disposto nos artigos 2.º e 3.º é da competência da Inspeção-Geral das Actividades Económicas, sem prejuízo da competência atribuída a outras entidades. **2** - A instrução dos respectivos processos compete à entidade que levanta o auto.

Artigo 6.º Regime aplicável ao consumo de bebidas alcoólicas por menores de 16 anos **1** - A violação do disposto no n.º 2 do artigo 2.º por menores de 16 anos tem por consequência a notificação da ocorrência ao representante legal do menor. **2** - A notificação prevista no número

anterior à da competência das entidades referidas no n.º 2 do artigo anterior.

Artigo 7.º Contra-ordenações 1 - A violação do disposto no n.º 1 do artigo 2.º constitui contra-ordenação punível com as seguintes coimas: *a)* De (euro) 498,80 a (euro) 3740,98, se o infractor for uma pessoa singular; *b)* De (euro) 2493,99 a (euro) 29927,87, se o infractor for uma pessoa colectiva. 2 - A violação do disposto no artigo 3.º constitui contra-ordenação punível com as seguintes coimas: *a)* De (euro) 124,70 a (euro) 997,60, se o infractor for uma pessoa singular; *b)* De (euro) 498,80 a (euro) 4987,98, se o infractor for uma pessoa colectiva. 3 - Compete à Comissão de Aplicação de Coimas em Matéria Económica a aplicação das coimas e das sanções acessórias. 4 - O produto das coimas reverte em: *a)* 60% para o Estado; *b)* 20% para a Comissão de Aplicação de Coimas em Matéria Económica; *c)* 10% para a entidade fiscalizadora; *d)* 10% para a entidade que instrui o processo. 5 - Nas Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira as competências cometidas à Comissão de Aplicação de Coimas em Matéria Económicas são exercidas pelos correspondentes organismos das administrações regionais com idênticas funções e competências, constituindo receitas das Regiões Autónomas o produto das coimas aí cobradas.

Artigo 8.º Sanções acessórias Em função da gravidade e da reiteração das infracções previstas no n.º 1 do artigo anterior podem ser aplicadas, simultaneamente com a coima, as seguintes sanções acessórias: *a)* Perda do produto da venda através da qual praticou a infracção; *b)* Interdição, até um período de dois anos, do exercício de actividade directamente relacionada com a infracção praticada.

Artigo 9.º Alteração ao Decreto-Lei n.º 122/79, de 8 de Maio Os artigos 4.º e 22.º do Decreto-Lei n.º 122/79, de 8 de Maio, alterado pelos Decretos-lei n.º 282/85, de 22 de Julho, 283/86, de 5 de Setembro, 399/91, de 16 de Outubro, e 252/93, de 14 de Julho, passam a ter a seguinte redacção: «Artigo 4.º 1 - (Anterior corpo do artigo.) *a)*... *b)*... *c)*... *d)*... *e)* Exercer a sua actividade junto de estabelecimentos escolares dos ensinos básico e secundário, sempre que a respectiva actividade se relacione com a venda de bebidas alcoólicas. 2 - As áreas relativas à proibição referida no número anterior são delimitadas, caso a caso, pelos municípios, em colaboração com a direcção regional de educação. Artigo 22.º 1 - ... 2 - ... *a)* ... *b)* ... *c)* Exercício da actividade junto de estabelecimentos escolares do ensino básico e secundário,

sempre que a respectiva actividade se relacione com a venda de bebidas alcoólicas.»

Artigo 10.º Alteração ao Decreto-Lei n.º 252/86, de 25 de Agosto O artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 252/86, de 25 de Agosto, alterado pelos Decretos-Leis n.º 251/93, de 14 de Julho, e 259/95, de 30 de Setembro, passa a ter a seguinte redacção: «Artigo 3.º [...] 1 - (Anterior corpo do artigo.) 2 - É proibida a actividade de comércio de retalho a que se refere o artigo 1.º, sempre que esteja em causa a venda de bebidas alcoólicas junto de estabelecimentos escolares do ensino básico e secundário. 3 - As áreas relativas à proibição referida no número anterior são delimitadas, caso a caso, pelos municípios, em colaboração com a direcção regional de educação.»

Artigo 11.º Aditamento ao Decreto-Lei n.º 168/97, de 4 de Julho Ao Decreto-Lei n.º 168/97, de 4 de Julho, alterado pelos Decretos-Leis n.º 139/99, de 24 de Abril e 222/2000, de 9 de Setembro, é aditado o artigo 2.º-A com a seguinte redacção: «Artigo 2.º-A Proibição de instalação 1 - É proibida a instalação de estabelecimentos de bebidas onde se vendam bebidas alcoólicas para consumo no próprio estabelecimento ou fora dele junto de estabelecimentos escolares dos ensinos básico e secundário. 2 - As áreas relativas à proibição referida no número anterior são delimitadas, caso a caso, pelos municípios, em colaboração com a direcção regional de educação.»

Artigo 12.º Alteração ao Decreto-Lei n.º 370/99, de 18 de Setembro: Os artigos 5.º, 27.º e 28.º do Decreto-Lei n.º 370/99, de 18 de Setembro, passam a ter a seguinte redacção: «Artigo 5.º Requisitos de instalação 1 - ... 2 - ... 3 - ... 4 - ... 5 - Sem prejuízo do disposto no número anterior, é proibida a instalação de estabelecimentos abrangidos pelo presente capítulo onde se vendam bebidas alcoólicas para consumo no próprio estabelecimento ou fora dele, junto de estabelecimentos escolares dos ensinos básico e secundário. 6 - As áreas relativas à proibição referida no número anterior são delimitadas, caso a caso, pelos municípios, em colaboração com a direcção regional de educação. Artigo 27.º [...] 1 - ... a) ... b) ... c) A violação do disposto no n.º 5 do artigo 5.º 2 - ... 3 - ... 4 - A contra-ordenação prevista na alínea c) do n.º 1 é punível com coima de (euro) 249,40 a (euro) 2493,99, no caso de se tratar de pessoa singular, e de (euro) 1246,99 a (euro) 14963,94, no caso de se tratar de pessoa colectiva. 5 - Nos casos previstos nas alíneas a) e e) do n.º 1 a tentativa é punível. 6 - (Anterior n.º 5.) Artigo 28.º [...] 1

- ... a) ... b) ... 2 - Pode ser determinada a publicidade da aplicação das sanções previstas nas alíneas a) a c) do n.º 1 do artigo anterior, mediante: a) ... b) ...»

Artigo 13.º Estabelecimentos existentes: O disposto no artigo 2.º-A do Decreto-Lei n.º 168/97, de 4 de Julho, e no n.º 5 do artigo 5.º do Decreto-Lei n.º 37/99, de 18 de Setembro, não se aplica aos estabelecimentos já instalados e aos pedidos de instalação apresentados junto da câmara municipal competente à data de entrada em vigor do presente diploma.

Artigo 14.º Delimitação de perímetros nas Regiões Autónomas Compete aos órgãos próprios das Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira a delimitação, no respectivo território, das áreas relativas às seguintes proibições: *a)* Proibição de instalação de estabelecimentos de bebidas onde se vendam bebidas alcoólicas, para consumo no próprio estabelecimento ou fora dele, junto de estabelecimentos escolares dos ensinos básico e secundário; *b)* Proibição de actividade de comércio a retalho em feiras e mercados, sempre que esteja em causa a venda de bebidas alcoólicas junto de estabelecimentos escolares dos ensinos básico e secundário; *c)* Proibição de venda ambulante, sempre que a respectiva actividade se relacione com a venda de bebidas alcoólicas.

Artigo 15.º Entrada em vigor: O presente diploma entra em vigor no dia 1 de Fevereiro de 2002.

Visto e aprovado pelo Conselho de Ministros de 9 de Novembro de 2001. - António Manuel de Oliveira Guterres - Luís Garcia Braga da Cruz - Luís Manuel Capoulas Santos - Júlio Domingos Pedrosa da Luz de Jesus - António Fernando Correia de Campos - José Sócrates Carvalho Pinto de Sousa - Alberto de Sousa Martins - José Manuel Lello Ribeiro de Almeida - António José Martins Seguro. Promulgado em 15 de Janeiro de 2002. Publique-se. O Presidente da República, JORGE SAMPAIO. Referendado em 17 de Janeiro de 2002. O Primeiro-Ministro, António Manuel de Oliveira Guterres.