

A alimentação e as principais transformações no século XX

uma breve revisão

Iracema Santos Veloso
Maria do Carmo S. de Freitas

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

FREITAS, MCS., FONTES, GAV., and OLIVEIRA, N., orgs. *Escritas e narrativas sobre alimentação e cultura* [online]. Salvador: EDUFBA, 2008. 422 p. ISBN 978-85-232-0543-0. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.



All the contents of this chapter, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution-Non Commercial-ShareAlike 3.0 Unported.

Todo o conteúdo deste capítulo, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição - Uso Não Comercial - Partilha nos Mesmos Termos 3.0 Não adaptada.

Todo el contenido de este capítulo, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported.

**A alimentação e as principais
transformações no século XX**
uma breve revisão

Iracema Santos Veloso
Maria do Carmo S. de Freitas

Nas sociedades contemporâneas, as mudanças nos padrões de alimentação podem ser observadas a partir da “redução dos carboidratos complexos e fibras e do aumento da gordura saturada, açúcar e alimentos refinados” (POPKIN, 1994, p. 20). Com essas mudanças, observam-se também alterações corporais como, por exemplo, a redução dos índices de baixo peso e o aumento dos casos de sobrepeso (MONTEIRO; MONDINI; COSTA, 2000). Tais condições estão relacionadas a contextos socioeconômicos e culturais que, em linhas gerais, apresentam processos que envolvem crescimento e concentração de renda em meio à acelerada urbanização (DREWNOWSKI; POPKIN, 1997).

De fato, em diversos contextos históricos e sociais, observa-se uma transição alimentar e nutricional, ou seja, uma condição que se dá de modo simultâneo e/ou posterior a outros processos sociais, e que vêm ocorrendo lentamente nas sociedades: a transição demográfica – mudanças nas taxas de fertilidade e mortalidade – e a epidemiológica – mudanças no padrão de saúde/doença, com redução das doenças infecciosas associadas à desnutrição e ao aumento das doenças crônico-degenerativas associadas a um estilo de vida urbano-industrial. Com isso, nota-se uma inter-relação desses fenômenos sociais e biológicos que move de modo progressivo a vida das populações (POPKIN, 1994).

Sobre esses aspectos, Barry Popkin (1994) mostra que desde muito, ao lado dessas mudanças, surgem enfermidades. Para o autor, a qualidade dos alimentos está marcada pela lentidão dos processos históricos das populações até o século XIX, tendo o século XX registrado a aceleração em direção às mudanças alimentares¹. Estas alterações vêm se passando em todas as partes do mundo, relacionadas, como já citado, ao aumento da ingestão de gorduras e açúcares, alimentos de origem animal e os processados (POPKIN, 2001). Entretanto, o açúcar refinado talvez tenha sido o mais importante fenômeno alimentar da história moderna, tanto pela sua importância econômica, como pela suas conseqüências sociais e culturais² (CARNEIRO, 2003). A incorporação desses novos alimentos significou alterações dietéticas no preparo e sabor, resultando em novas preparações que proporcionaram uma maior diversidade no cotidiano alimentar dos indivíduos, diferentemente daquelas dietas ricas em carboidratos complexos que, embora saudáveis, proporcionam uma variedade limitada de opções; tornando a alimentação monótona (DREWNOWSKI; POPKIN, 1997).

A maior diversidade da alimentação tornou-se possível para ricos e pobres na medida em que os ricos puderam incorporar carnes, leite, ovos e queijos, ao seu consumo diário. Os pobres, com a disponibilidade de gorduras vegetais mais baratas, a partir da segunda metade do século XX, incorporaram ao seu cardápio diário, novos alimentos com preços mais acessíveis, à base de gorduras vegetais e açúcares simples, a exemplo de produtos de pastelaria e refrigerantes. O incremento na produção de gorduras vegetais foi responsável em grande parte pelas mudanças alimentares nos países em desenvolvimento, ou seja, pela adição de uma maior proporção de gorduras nas dietas (DREWNOWSKI; POPKIN, 1997). De uma forma geral, o aumento de novos produtos alimentares é um fenômeno global, por exemplo: dos 16 143 novos produtos introduzidos em supermercados do Reino Unido durante o ano de 1991, mais de 77% eram novos tipos de alimentos (CHOPRA; GALBRAITH; DARNTON-HILL, 2002).

Dados da disponibilidade de alimentos para consumo, produzidos anualmente pela Food and Agricultural Organization (FAO) para quase todos os países do mundo, mostram que a disponibilidade calórica *per capita* mundial aumentou aproximadamente 450 Kcal *per capita*/dia entre os anos de 1960 e 1990, alcançando um valor de 2803 Kcal (quilocaloria) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003). Paralelamente, ocorreram alterações quantitativas e qualitativas na composição dos macronutrientes em que há uma tendência de crescimento das proteínas, porém com distribuição desigual entre os países. Houve um ligeiro aumento das proteínas de origem vegetal nos países em desenvolvimento e um valor três vezes maior de proteínas de origem animal nos industrializados. Em consequência, observou-se também um aumento de 20g *per capita*/dia na ingestão de gorduras. Assim, nesses países, cerca de 10% das calorias estão sendo fornecidas por ácidos graxos saturados. A energia proveniente dos cereais, embora tenha se mantido estável na maioria dos países, apresenta redução naqueles em desenvolvimento, onde populações mais pobres têm pouco acesso a alimentos como trigo e arroz (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003). Em relação aos dados da disponibilidade de frutas e vegetais para o consumo mundial, em 1998 apenas seis regiões do mundo tinham suficiência para o valor recomendado de 400 g *per capita*/dia (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

No Brasil, a realização de Pesquisas de Orçamentos Familiares (POF) (1962, 1988, 1996), com o objetivo de quantificar a despesa familiar com a compra de alimentos, permitiu caracterizar a evolução do padrão alimentar da população urbana brasileira³. Entre os dois últimos inquéritos realizados (1988–1996), os resultados da POF apontam para uma redução no consumo calórico *per capita* de aproximadamente 208 Kcal⁴. Como a POF quantifica os gastos com alimentos no domicílio, é possível que esta redução seja justificada pela crescente tendência de se realizar refeições fora do domicílio. Neste sentido, o inquérito registrou um gasto maior com alimentação fora de casa no Centro-Sul do Brasil (24,4 para 26,1%), o mesmo não ocorrendo no Norte-Nordeste (25,6 para 21,7%) conforme análise realizada por Carlos Monteiro, Lenise Mondini e Renata Costa (2000). Neste aspecto, ao nível do domicílio, o Brasil não acompanhou a tendência mundial de aumento da disponibilidade calórica na alimentação.

Ao analisar grupos de alimentos no consumo calórico total, entre as décadas de 1960 e 1990, observou-se um aumento aproximado de 45% no consumo de carnes e embutidos (9,1 para 13,2%), de 60% para leite e derivados (5,1 para 8,2%) e uma estabilidade no consumo de ovos (1,0%), gerando, conseqüentemente, valores elevados para o colesterol dietético em todo o Brasil, especialmente no Norte-Nordeste (114,5 e 118,9%). Estes valores estão acima dos limites estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (300mg/dia ou 100mg/1.000 Kcal) (MONDINI; MONTEIRO, 1994, MONTEIRO; MONDINI; COSTA, 2000). O aumento do consumo de produtos de origem animal, a exemplo de carnes e laticínios nos países em desenvolvimento, pode estar relacionado à maior produção proporcionada pelas novas tecnologias, gerando, por exemplo, o declínio do preço da carne e o aumento do consumo *per capita* desse produto em aproximadamente 150%, e dos laticínios em 60% (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

Também vale lembrar que no Brasil o aumento do consumo de proteínas de origem animal passou de cerca de 50% em 1962 para 63% em 1996; as calorias da dieta provenientes dos lipídios aumentaram em todo o País (26,0 para 27,5%), porém de forma diferenciada: redução nas gorduras de origem animal (60,7 para 44,4%) e aumento para as de origem vegetal (39,3 para 55,6%), este certamente causado pela maior disponibilidade e conseqüente redução nos preços. Embora as gorduras

animais tenham tido um declínio neste período, houve aumento no consumo dos ácidos graxos saturados (7,3 e 8,9%), pelas carnes e laticínios (MONDINI; MONTEIRO, 1994, MONTEIRO; MONDINI; COSTA, 2000).

De fato, o Brasil segue a tendência mundial no consumo de carboidratos com uma redução na disponibilidade global: de 62,1% em 1962 para 57,8% em 1996. Há um declínio na participação do grupo dos cereais e derivados, das leguminosas, raízes e tubérculos, verduras e legumes, frutas e sucos naturais (MONDINI; MONTEIRO, 1994, MONTEIRO; MONDINI; COSTA, 2000). Sobre isso, um estudo realizado com mulheres da área urbana da cidade de São Paulo, com o objetivo de avaliar a qualidade da alimentação, mostrou que 68,1% tinham baixo consumo no grupo de verduras e legumes, 57,6% no das frutas, 54,2% no dos feijões, 32,9% no dos cereais, pães e raízes e 60,75% no grupo do leite e produtos lácteos (GOMES, 2003). Ainda de acordo com os dados da POF é crescente a participação do açúcar refinado e de refrigerantes em todo o País e a conseqüente redução dos carboidratos complexos, notadamente no período entre 1996 e 1998. Vale destacar a redução no consumo de banha, toucinho e manteiga de 7,2% para menos de 1% e o aumento no consumo da margarina e gorduras vegetais de 8,15% para 12,4% (MONDINI; MONTEIRO, 1994, MONTEIRO; MONDINI; COSTA, 2000).

Pelos dados apresentados percebe-se que o Brasil se encontra em um estágio avançado da transição nutricional, com uma estrutura de dieta que se aproxima do padrão “ocidental” e atinge homens, mulheres e crianças indistintamente (MONTEIRO; MONDINI; COSTA, 2000). Esta ocidentalização da dieta, a globalização dos hábitos alimentares, a importação de alimentos, os *fast foods*, o *marketing* das grandes empresas transnacionais, além das transformações na produção e no processamento dos alimentos ocorridas nas últimas três décadas, têm contribuído para mudanças diversas na estrutura da alimentação (CARNEIRO, 2003). Na Europa e na América do Norte, mais da metade das calorias ingeridas são provenientes de gorduras e açúcares; além disso, o consumo de grãos integrais tem sido substituído por grãos refinados. Nos Estados Unidos, por exemplo, 98% da farinha de trigo consumida é refinada (CHOPRA; GALBRAITH; DARNTON-HILL, 2002). Para estes autores, as dietas tradicionais estão sendo abandonadas para serem substituídas por este novo padrão.

A contribuição de uma dieta saudável para a saúde e qualidade de vida das populações já está estabelecida na literatura. Assim, a alimentação é reconhecida por ocupar um papel de destaque na prevenção de doenças e manutenção da saúde, com evidências convincentes para inúmeras enfermidades. Sobre isso, situam-se os alimentos que se apresentam como protetores para doenças cardiovasculares (DCV): estes incluem o consumo de frutas e vegetais, cuja eficácia foi descoberta mais recentemente (NESS; POWLES, 1997), peixe e óleo de peixe, alimentos ricos em ácido linoléico (abundante no grão de soja e no óleo de girassol), e em potássio, que pode ser garantido com uma adequada ingestão de frutas e vegetais. Outros, como cereais integrais, fibra dietética (TRUSWELL, 2002) e castanha do Pará (não salgada) (KRIS-ETHERTON et al., 2001) são provavelmente protetores para DCV, embora os estudos ainda não sejam conclusivos.

As modificações nos hábitos alimentares e na estrutura da dieta citadas anteriormente acentuaram-se a partir da segunda metade do século XX. Aliadas à crescente redução da atividade física, podem tornar a alimentação um fator de risco importante para doenças crônicas. Segundo a World Health Organization (WHO) (2003), estas doenças incluem as cardiovasculares, diabetes melito não-insulino dependente (DMNID), câncer, osteoporose, doenças bucais e obesidade, esta uma doença crônica que tem o seu risco aumentado quando associada a outras enfermidades crônicas não transmissíveis. Na América do Norte e Europa Ocidental, meio milhão de pessoas morrem por ano de doenças relacionadas ao sobrepeso e a obesidade.

Essa ampla explanação sobre riscos da alimentação no mundo contemporâneo aponta para a necessidade de desenvolvimento de políticas e programas nutricionais de forma a direcionar a população para uma alimentação mais saudável. Sabe-se que os países mais ricos têm investido somas significativas em programas sociais, objetivando modificar o padrão dietético e os hábitos alimentares de suas populações (DREWNOWSKI; POPKIN, 1997). Ademais, há um avanço considerável na biotecnologia de alimentos com o aparecimento de micro-nutrientes sintéticos e substitutos de produtos alimentares, bem como equipamentos que melhoram o processo de cocção desses alimentos, tornando-os mais palatáveis. Outro aspecto a considerar é o aumento da expectativa de

vida e com isso uma maior população de idosos, fazendo-se necessário, portanto, o investimento em programas de promoção à saúde e de melhoria da qualidade de vida, de forma a transformar essas populações em comunidades saudáveis. Finalmente, a alimentação é apenas um dos muitos aspectos comportamentais que afetam a saúde. Particularmente, a atividade física está relacionada aos mesmos aspectos de saúde que a alimentação e os dois fazem parte das características do estilo de vida que podem, portanto, ser modificados.

Notas

¹ Barry Popkin desenvolveu um modelo de cinco padrões para ilustrar as mudanças alimentares ao longo dos séculos: Collection of food, famine, Receding famine, Degenerative disease e behavioral change. (POPKIN, 1994).

² O açúcar tornou-se o principal produto de importação pela Inglaterra na segunda metade do século XVII e representou uma conexão entre as transformações na alimentação e a economia capitalista contemporânea. A escravização de milhares de africanos para trabalhar nos canaviais e nos engenhos de açúcar do Novo Mundo foi uma das principais conseqüências sociais do comércio açucareiro aliadas à forte influência gastronômica do açúcar que passou a ser uma necessidade básica de quase toda a população. (CARNEIRO, 2003).

³ Neste inquérito domiciliar, os alimentos integram em 15 subgrupos: cereais e derivados; leguminosas e derivados; verduras e legumes; raízes, tubérculos e derivados; carnes e embutidos; leite e derivados; açúcar e refrigerantes; óleos e gorduras vegetais; frutas e sucos naturais; oleaginosas; ovos; banha, toucinho e manteiga; bebidas alcoólicas; condimentos; outros alimentos e preparações. As regiões se agrupam em dois; Norte e Nordeste, para representar as regiões menos desenvolvidas e Centro-Sul (Centro-Oeste, Sudeste e Sul), as mais desenvolvidas do país. No primeiro grupo encontram-se Belém, Fortaleza, Recife e Salvador; no segundo estão Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo, Curitiba, Porto Alegre, Brasília e Goiânia.

⁴ Ente as regiões, o consumo calórico no Norte-Nordeste permaneceu estável (1704,4 e 1706,1 Kcal) e o Centro-Sul obteve uma acentuada redução (1965,1 e 1712,4 Kcal).

Referências

CARNEIRO, H. **Comida e sociedade: uma história da alimentação**. Rio de Janeiro: Campus, 2003.

CHOPRA, M.; GALBRAITH, S.; DARNTON-HILL, I. A global response to a global problem: the epidemic of overnutrition. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 80, n. 12, p. 952-958, 2002.

DREWNOWSKI, A.; POPKIN, B. The nutrition transition: new trends in the global diet. **Nutrition Reviews**, v. 55, n. 2, p. 31-43, feb. 1997.

GOMES, A. L. C. **Indicador da qualidade da alimentação em mulheres nos diferentes estratos sociais**. 2003. Dissertação (Mestrado em Nutrição Humana Aplicada) - Programa de Pós-graduação Interunidades: FCF/FEA/FSP, Universidade de São Paulo.

- KRIS-ETHERTON, P. M. et al. The effects of nuts on coronary heart disease risk. **Nutrition Reviews**, v. 59, n. 4, p. 103-111, apr. 2001.
- MONDINI, L.; MONTEIRO, C. Mudanças no padrão de alimentação na população urbana brasileira (1962-1988). **Revista de Saúde Pública**, v. 28, n. 6, p. 433-439, 1994.
- MONTEIRO, C. A.; MONDINI, L.; COSTA, R. Mudanças na composição e adequação nutricional da dieta familiar nas áreas metropolitanas do Brasil (1996-1998). **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 3, p. 251-258, jun. 2000.
- NESS, A; POWLES, J. Fruit and vegetables and cardiovascular disease: a review. **International Journal of Epidemiology**, v. 26, n. 1, p. 1-13, 1997.
- POPKIN, Barry. The nutrition transition in low-income countries: an emerging crisis. **Nutrition Reviews**, v. 52, n. 9, p. 285-298, sept. 1994.
- _____. Trends in diet, nutritional status, and diet-related noncommunicable diseases in China and India: the economic costs of the nutrition transition. **Nutrition Reviews**, v. 59, n. 12, p. 379-390, dec. 2001.
- TRUSWELL, A. S. Cereal grains and coronary heart disease. **European Journal of Clinical Nutrition**, v. 56, n. 1, p. 1-14, 2002.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Diet, nutrition and prevention of chronic diseases**. Geneva: W.H.O, 2003. 149 p. (WHO Technical Report, 916).