

ALIMENTOS, SAÚDE E PERCEPÇÃO PÚBLICA  
SOBRE AS ALEGAÇÕES DE SAÚDE DOS ALIMENTOS  
FUNCIONAIS: UM ESTUDO DE CASO NO BRASIL

*Food, Health and Public Understanding  
on Health Claims of Functional Foods: A Case Study in Brazil*

Márcia GRISOTTI\*  
Fernando DIAS DE AVILA-PIRES\*\*

Fecha de recepción: noviembre del 2015  
Fecha de aceptación y versión final: agosto del 2016

RESUMO: Apesar da falta de consenso internacional sobre o termo alimentos funcionais, eles representam um dos setores do ramo alimentar com maior crescimento no mercado global e, ao mesmo tempo, uma das mais controversas áreas situadas nas fronteiras entre alimentos e medicamentos. Nesse artigo discutimos a definição do termo *alimentos funcionais* e o impacto do discurso institucional de promoção da saúde (e vida saudável) sobre o mercado e a percepção pública desses produtos. Questionários, grupos focais e entrevistas em profundidade foram aplicadas em grupos de idosos na cidade de Florianópolis, Brasil. Ao analisarmos o entendimento sobre os alimentos funcionais, especialmente aqueles com o selo da Sociedade Brasileira de Cardiologia, encontramos uma percepção mais ampla sobre: o papel dos alimentos no processo saúde-doença; quem orienta as mudanças dietéticas, as dificuldades em adotar essas mudanças; as estratégias usadas para combinar escolha individual e recomendações médicas; e o entendimento público das controvérsias e incertezas relacionadas ao consumo de alimentos.

PALAVRAS CHAVE: Brasil, alimentos funcionais, alegações de saúde, promoção da saúde, percepção pública.

---

\* Márcia GRISOTTI, Doutora em Sociologia, Professora Associada da Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil; coordenadora do Núcleo de Pesquisa: Ecologia Humana e Saúde.  
E-mail: grisotti@fastlane.com.br.

\*\* Fernando DIAS DE AVILA-PIRES, Doutor em Ciências Biológicas, Professor Titular de Departamento de Medicina Tropical, pesquisador titular aposentado da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro, Brasil. Núcleo de Pesquisa: Ecologia Humana e Saúde.  
E-mail: favila@matrix.com.br.

**ABSTRACT:** In spite of the lack of international agreement concerning the term functional food, it represents one of the food sectors with more significant growth in global markets and at the same time one of the most controversial area situated between the food and drug boundaries. In this paper we discuss the meaning of functional foods and the impact of health promotion discourse (and healthy life) on the market and on the public perception of these products. Questionnaires, focus groups and in-depth individual interviews were applied to groups of elderly people in Florianópolis, Brazil. Trying to analyze their understanding of functional food, especially with the Brazilian Association of Cardiology seal, we found a broader perception of the role of food in the health-illness process; who guides the dietary changes, the difficulties in carrying out these changes; the strategies used to combine individual choice and experts/medical recommendations; and the public understanding of the scientific controversies and uncertainties related to food.

**KEYWORDS:** Brazil, functional food, health claims, health promotion, public understanding.

## INTRODUÇÃO

Apesar da falta de consenso sobre o termo *alimentos funcionais*, eles representam um dos setores com maior crescimento significativo nos mercados globais e, ao mesmo tempo, um dos mais controversos temas de pesquisa e de regulação internacional, situados nas fronteiras entre alimentos e medicamentos, um território anteriormente dominado exclusivamente pela indústria farmacêutica. Alegações que os alimentos funcionais melhoram a saúde e promovem o bem-estar; que eles contribuem para a redução dos riscos de certas doenças, como as doenças do coração, certos tipos de câncer, alergias e disfunções intestinais, minam as fronteiras entre alimentos e medicamentos (Heasman, Mellantin, 2001). Esses produtos incluem, entre outros, iogurtes com adição de bactérias probióticas, bebidas ricas em fibras, itens enriquecidos com ácido fólico e margarinas com plantas esteróis que alegam reduzir os níveis de colesterol (Zeisel, 1999, Katan, Ross, 2003).

Ao mesmo tempo, especialistas advertem que há pouco entendimento em relação ao consumo de alimentos funcionais e se os grupos alvos estão, de fato, sendo alcançados. Essas incertezas provocam algumas questões: A quem são destinados os alimentos funcionais? Para os indivíduos saudáveis ou para aqueles que têm alguma doença específica? Será que esses alimentos fazem o que prometem fazer? Qual a quantidade e por quanto tempo

as pessoas devem consumi-los para obter algum benefício para a saúde? Além disso, quais são os efeitos cumulativos da sua utilização contínua? E, um nutriente utilizado como parte de um tratamento de uma doença específica deveria ser considerado como um medicamento ao invés de alimento?

Embora a relação saúde-dieta não seja uma invenção recente, a complexa rede de atores sociais (cada qual com interesses específicos) que surgiu nas últimas décadas, alterou a maneira de entender essa relação e possibilitou a proliferação de novos produtos no mercado. Neste contexto, os alimentos funcionais foram construídos socialmente.

Os elementos mais relevantes para a compreensão das condições para a emergência dos alimentos funcionais são: a) As mudanças no perfil dos consumidores em relação aos alimentos; b) O papel das indústrias de alimentos e dos meios de comunicação; c) As novas oportunidades de marketing para a distribuição de alimentos através de cadeias de supermercados globais; d) Os avanços na tecnologia de alimentos, especialmente nas áreas de biotecnologia e nutrição genômica, associada a novas descobertas científicas que ligam alimentação e saúde; e) A concepção mais ampla de saúde e doença e seu impacto sobre as políticas alimentares e de saúde (especialmente as políticas de promoção da saúde); e f) O papel essencial das alegações de saúde e das regulações internacionais.

Essas condições foram analisadas em outra publicação (Grisotti, 2010). Para as finalidades desse artigo, analisaremos com mais detalhes a condição “e” mencionada acima, isto é, o impacto da concepção ampliada de saúde e doença conferida por agências de saúde pública internacionais, sobre as políticas de saúde locais que, no caso brasileiro, traduziu-se na política de promoção da saúde.

A fim de compreender uma das premissas decorrentes do discurso (e da política) de promoção da saúde - por exemplo, certos alimentos/nutrientes e diminuição dos riscos de problemas cardíacos - questionários, grupos focais e entrevistas individuais em profundidade foram aplicadas em dois grupos de idosos inscritos em um programa de atividade física, desenvolvido em dois centros de saúde pública e em um grupo de pacientes de uma clínica de cardiologia privada na cidade de Florianópolis, SC, Brasil.

O artigo está dividido em três partes. A primeira trata da definição de alimentos funcionais e de alegações de saúde, assim como discute as controvérsias científicas envolvidas nos argumentos favoráveis ou contrários a esses produtos; a segunda trata do impacto do discurso institucional de promoção da saúde (e vida saudável) sobre o mercado, as políticas de saúde e a percepção pública desses produtos; e a terceira parte discute, com base em coleta de dados empíricos, o significado dos alimentos funcionais e do discurso de promoção da saúde através da percepção do público alvo (acima descrito).

Ao analisar o discurso desse grupo de idosos sobre os alimentos funcionais, encontramos uma percepção mais ampla do processo saúde-doença em relação: 1. ao papel e posição do alimento no processo saúde-doença; 2. a quem conduz as mudanças dietéticas, as dificuldades envolvidas nessas mudanças e as estratégias usadas para combinar escolhas individuais com as recomendações médicas/nutricionais; 3. ao entendimento público sobre as controvérsias científicas, as incertezas relacionadas aos padrões dietéticos e à caracterização do que significa a “alimentação/vida saudável”.

## 1. ALIMENTOS FUNCIONAIS, ALEGAÇÕES DE SAÚDE E SUAS CONTROVÉRSIAS

Apesar de sua recente popularidade em muitos países e da existência de uma revista científica exclusivamente dedicada a esse tema, a expressão “alimentos funcionais”, carece de um consenso internacional (Lawrence, Rayner, 1998; Hasler, 2002; Katan, Ross, 2003; Heasman, Mellantin, 2001; WHO, 2004). Há várias terminologias ao redor do termo alimentos funcionais, o que pode gerar muita confusão. Muitas vezes apresentado como sinônimo ou como pertencendo ao mesmo campo do termo “alimentos funcionais” estão os alimentos denominados: “nutracêuticos”, “suplementos alimentares”, “designer foods”, “positive nutrition”, “food with functional ingredients”, “health food”, etc.

Pela definição adotada pelo International Food Information Council, alimentos funcionais seriam aqueles alimentos que fornecem benefícios

à saúde além da nutrição básica. Alguns autores consideram essa definição como imprecisa, já que qualquer alimento pode trazer benefício para a saúde, até mesmo uma garrafa de água poderia ser considerada um alimento funcional porque a ingestão de água previne cistite, pedras nos rins e vesícula e talvez câncer de vesicular (Katan e Ross, 2004). Também consideram que “there is little clarity as to what types of foods they are, what types of healthful qualities they possess and how they differ from other foods” (Scrinis, 2008a: 541).

O Instituto de Medicina da Academia Nacional de Ciências norte-americano define alimentos funcionais como “those foods in which the concentrations of one or more ingredients have been manipulated or modified to enhance their contribution to a healthful diet” (Hasler, 2002). Alguns autores alegam que esta definição omite um importante aspecto: a íntima conexão entre o termo alimentos funcionais e o marketing de alimentos com alegações de saúde. Por essa razão, eles consideram que um alimento funcional é “a branded food which claims explicitly or implicitly to improve health and well-being” (Katan, Ross, 2004; Nestle, 2002; Scrinis, 2008b).

Alegação de saúde, por outro lado, é definida pelo Codex Alimentarius Commission como: “any representation that states, suggest or implies that a relationship exists between a food or a nutrient or other substances contained in a food and a disease or health-related condition” (Codex Alimentarius Commission, 2003: 38). Ressaltamos a forte conexão entre os alimentos funcionais e as alegações de saúde, já que são estas que possibilitam a diferenciação do produto e, provavelmente, o aumento nas vendas. Este vínculo é tão forte que no simpósio internacional sobre alimentos funcionais, realizado em Malta no ano de 2007, uma das propostas colocadas em debate pelos participantes foi substituir o termo alimentos funcionais por alimentos com alegações de saúde.

Apesar das incertezas em relação a essas diferentes definições, a descoberta, a fabricação e a comercialização desses produtos não surgiram ao acaso; elas fazem parte de uma construção histórica permeada por impasses e controvérsias políticas e econômicas.

Há um consenso na literatura de que o termo alimentos funcionais surgiu no Japão quando, em 1991, um sistema de alegações de saúde foi ins-

tituído para designar os produtos específicos reconhecidos pelo rótulo FOSHU (Foods for Specific Health Use). Esse sistema é fruto de uma estratégia do Ministério da Saúde e Bem-estar japonês que, em função do aumento dos custos de atenção à saúde, iniciou um sistema regulatório para aprovar certos alimentos e ingredientes que apresentavam benefícios à saúde da população idosa do país (Katan, 2004; Katan, Ross, 2003; Jones, 2002; Hasler, 2002). Porém, como adverte Katan e Ross (2004), mesmo no Japão o termo não foi adotado pelo fato de todos os alimentos serem considerados como funcionais. Além disso, o relatório internacional do Center for Science in the Public Interest (CSPI) aponta as fraquezas do sistema de alegações de saúde no Japão ao demonstrar que muitas companhias podem comercializar os chamados “health foods” sem obter a aprovação FOSHU e que, de 1991 a 1998, apenas 126 produtos receberam aprovação FOSHU, enquanto que, aproximadamente, 1000 outros produtos foram introduzidos no mercado japonês como “health foods”.

Embora a maior parte da literatura sobre o tema ressalte sempre a rigem japonesa dos alimentos funcionais, sugerimos que o mais importante, ou pelo menos o que teve mais impacto sobre o mercado e a saúde, não foi a experiência japonesa e sim o papel dos lobbies das indústrias de alimentos no processo de regulamentação dos suplementos dietéticos pela Food and Drug Administration (FDA) nos Estados Unidos, a partir de 1994. Através dessa regulação, em contraste com a dos medicamentos, os suplementos dietéticos não precisariam de aprovação do FDA para serem comercializados (Grisotti, 2010).

### **1.1. Argumentos controversos sobre os alimentos funcionais**

Alimentos funcionais são constituídos pelo conhecimento científico e tecnológico, pelo mercado e pelas regulações (nacionais e internacionais) e englobam um conjunto de atores sociais com interesses bastante distintos: cientistas (em diferentes áreas acadêmicas), epidemiologistas, médicos, nutricionistas, formuladores de políticas públicas, indústria alimentícia, mídia e consumidores, entre outros.

A ciência e a tecnologia são processos sociais e o significado ou justificação de suas premissas estão vinculados a um conjunto de posições e interesses dos atores sociais dentro de certas redes de ação (Kuhn, 1970; Latour, Woolgar, 1979). No caso dos alimentos funcionais, o conhecimento científico é ambivalente: ele pode ser usado tanto para justificar os argumentos a favor ou para justificar os argumentos contrários, dependendo da posição social, do campo e dos interesses nos quais os atores estão situados. Agências governamentais evocam a ciência para dar suporte às decisões regulatórias; a indústria alimentar (e seus advogados) também procura apoio nos argumentos científicos no momento de responder questionamentos, vindos de agências regulatórias, que podem ter um impacto sobre as vendas; a mídia publiciza diferentes “informações científicas”; enquanto que a população em geral parece estar cada vez mais confusa sobre o que elas deveriam comer e o que deveria ser evitado (Nestle, 2002).

Rayner (1998) enfatiza os limites da pesquisa científica devido ao seu status provisório e menciona várias falsas correlações relacionadas à dieta e diminuição dos riscos de doenças, encontradas no âmbito da divulgação científica. Incerteza é parte da pesquisa científica e, ao tentar solucionar ou explicar as incertezas encontradas em seu trabalho, os cientistas eventualmente encontram mais incertezas; o que é normal no trabalho experimental de laboratórios, já que as descobertas são sempre contingentes em relação às condições criadas pelo experimento. Devido a esse fato, “one could define scientific expertise not so much in terms of accumulation of knowledge but by the skill of recognizing and managing uncertainty” (Friedman, Dunwoody, Rogers, 1999: vii).

Nesse contexto ambivalente da produção do conhecimento científico sobre os alimentos funcionais, encontramos na literatura os seguintes argumentos:

Por um lado, cientistas alegam que: a) os alimentos funcionais melhoram a saúde através da fortificação dos alimentos com nutrientes; b) o aumento do conhecimento em relação ao perfil genético do ser humano, permitiria produzir alimentos funcionais específicos mais adaptados às necessidades individuais (Lawrence, Rayner, 1998); c) as alegações de saúde ao serem confirmadas tornariam possível a redução dos gastos com saúde, por meio de programas educacionais que informassem aos consumidores os benefícios fornecidos por certos produtos; d) a população acredita que certos produtos tem o potencial para melhorar a saúde e prevenir os riscos de

doenças (Jones, 2002); e) as alegações de saúde tem se transformado fundamentais para a indústria alimentar, ao criar um valor agregado na competição global por mercados. Algumas indústrias de alimentos, inclusive, se queixam da falta de incentivos em obter patentes ao tentarem provar as propriedades funcionais de alguns produtos alimentares (Heasman, Mellantin, 2001; Halsted, 2003; Katan, 2004; Katan, Ross, 2011).

Por outro lado, cientistas alegam que:

- a. as deficiências dietéticas, na maioria da população dos países subdesenvolvidos, estão associadas aos problemas socioeconômicos e não poderiam ser corrigidas apenas com a adição de nutrientes nos alimentos. Os alimentos funcionais seriam válidos para corrigir certas deficiências, mas não para resolver problemas de subsistência básica (Lawrence, Rayner, 1998). Além disso, é a dieta total, e não itens individuais ou “magic bullets”, que determina a saúde nutricional;
- b. as alegações de saúde podem aumentar as dificuldades para distinguir os alimentos dos suplementos alimentares e dos medicamentos. Katan e Ross fornecem um exemplo sobre as dificuldades para fazer esta distinção quando se trata dos mesmos ingredientes ativos: “a margarine with plant sterols is clearly a food, and a capsule with plant sterols is a supplement, but what is a chocolate with plant sterols – a food, or a chocolate-covered pill?” (Katan, Ross, 2004: 370);
- c. devido à falta de controle adequado, o mercado de alimentos nos ameaça com uma avalanche de falsas alegações e produtos (Halsted, 2003) possivelmente prejudiciais, além de uma tendência para a medicalização progressiva de nutrição (Heasman, Mellantin, 2001);
- d. Ignoramos as circunstâncias que cercam o consumo de alimentos funcionais: se os grupos alvos estão sendo atendidos?; se os programas educacionais e políticas de saúde devem ser implementadas? Há dúvidas sobre quem são os grupos-alvo: os indivíduos saudáveis ou aqueles com necessidades especiais? Por exemplo, alimentos integrais podem ajudar com constipação, mas se consumidos em excesso pode resultar em comprometimento do crescimento em crianças (Katan, Ross, 2004; Katan, 2004).
- e. não se sabe ao certo se as alegações dos alimentos funcionais são, realmente, verdadeiras e em qual quantidade e por quanto tempo eles devem ser usados (Heasman, Mellantin, 2001). Quais são os efeitos cumulativos



para os indivíduos que consomem vários tipos de itens alimentares com nutrientes adicionados? Quais são as interações sinérgicas de alimentos funcionais com medicamentos? (Lang, 2007). As inconsistências e ausência de evidência de apoio nas correlações dieta-doença, têm colocado novos desafios ao público consumidor para a compreensão e confiança das mensagens nutricionais (Jones, Jew, 2007).

- f. Há dúvidas sobre como esses alimentos são controlados. Por exemplo, alimentos e bebidas fermentadas possuem várias propriedades nutricionais e terapêuticas, e as bactérias do ácido láctico (LAB) desempenham um papel importante na determinação dos efeitos positivos para a saúde (Shiby, Mishra, 2013), porém, como manter a viabilidade de microorganismos probióticos durante o processo de transporte, armazenamento nas prateleiras de supermercados? Além disso, a confirmação da eficácia de qualquer produto desenvolvido com base na relação teórica entre dieta-doença teórica é vital, já que a colocação de um componente bioativo dentro de uma matriz alimentar particular pode afetar a sua eficácia, bem como a incapacidade de atingir uma dosagem limiar pode limitar a eficácia biológica do material bioativos (Lang, 2007), como o caso dos probióticos (onde a sobrevivência de bactérias probióticas através de condições ácidas de estômago são questionadas). Isso mostra quão importante é a exigência de que os biomarcadores devem ser adicionados para testar e responder essas perguntas, e por consequência, fundamentar as alegações relativas às propriedades funcionais.
- g. Há dúvidas sobre como os riscos são avaliados. O alimento ou o seu componente funcional deveriam ser considerados seguros de acordo com todos os padrões de avaliação do risco alimentar. Contudo, como ressalta Roberfroid (1999), a abordagem risco versus benefício, que é parte essencial do desenvolvimento de medicamentos, não pode ser aplicada aos alimentos funcionais.

## 2. O IMPACTO DA CONCEPÇÃO AMPLIADA DE SAÚDE E DOENÇA SOBRE AS POLÍTICAS DE SAÚDE: UMA DAS CONDIÇÕES DA EMERGÊNCIA DOS ALIMENTOS FUNCIONAIS

A definição mais elástica de saúde difundida pela Organização Mundial de Saúde como: “a state of complete physical, mental and social well-being, and not merely the absence of disease or infirmity” (WHO, 1946: 100), assim como as mais recentes diretivas dessa organização, tiveram um grande impacto nas políticas públicas de saúde. A Organização Mundial de Saúde (OMS) e Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura (FAO) têm defendido novas diretivas no sentido de uma melhoria do estilo de vida, dieta e saúde, promoção de produtos alimentares, com vista a uma redução dos riscos de doenças crônicas, como diabetes tipo 2, doenças cardiovasculares, câncer e obesity (WHO, 2003; WHO, 2004). As políticas de promoção da saúde foram difundidas em vários sistemas de saúde locais, que basicamente se concentraram nas mudanças dietéticas, no aumento de atividades físicas e na responsabilização do indivíduo pela sua própria saúde.

Paralelamente às mudanças ocorridas no âmbito das políticas de saúde, o discurso de promoção da saúde, também teve como consequência, ainda pouco analisada, a abertura das estratégias de mercado (no setor alimentício) para a introdução de novos produtos (os chamados alimentos funcionais/alimentos saudáveis) e o surgimento de novos atores sociais, vinculados à sua produção e difusão.

Nosso interesse não é investigar as novas estratégias de mercado, mas analisar como dois fatos, um discurso político (da promoção de saúde) e uma estratégia de mercado (alimentos funcionais), não necessariamente convergentes em seus princípios, dissimulam erros de interpretações, controvérsias e confusões públicas sobre o que é uma alimentação saudável.

O discurso da promoção de saúde, que encoraja as mudanças na dieta alimentar, assim como os dados que fundamentam a produção e comercialização dos alimentos funcionais baseiam-se em estudos epidemiológicos, ou seja, em estudos de abrangência geral, válidos para análise populacional. O problema, enfatizado nesse artigo, ocorre quando há uma transposição de

um padrão ideal de dieta (construído e válido apenas de acordo com parâmetros epidemiológicos) para casos individuais. A falta de percepção sobre as diferenças entre dados individuais (casos clínicos) e dados epidemiológicos (estudos populacionais), explicam as incorretas interpretações (e prescrições) realizadas pelos médicos, dos dados epidemiológicos quando aplicados a casos individuais (Grisotti, 2010; Avila-Pires, 2013). Um bom exemplo é a utilização de dados epidemiológicos sobre os níveis de colesterol no tratamento e prevenção de casos individuais de doenças cardiovasculares. Os dados que mostram uma correlação entre altos níveis de colesterol no sangue e enfarte (parada da circulação arterial) são válidos apenas no nível populacional (Sachs, 1996). No nível individual, fatores biológicos (por exemplo, como individualmente a pessoa acumula placas de gordura nas paredes das artérias), psicológicos e sociais devem ser levados em consideração. Em seu trabalho de campo, Sachs (1996) mostrou como os pacientes de uma clínica foram estigmatizados e pressionados pelos profissionais de saúde, na tentativa (sem sucesso) de fazê-los reduzir os níveis de colesterol, mesmo estando seguindo uma estrita dieta prescrita pelos médicos.

Na mesma direção, Pollan (2008) cita o exemplo dos cortadores de cana de açúcar em Cuba, que consomem 6.000 calorias por dia; uma quantidade que tornaria qualquer um de nós diabético, enquanto que para eles esse consumo não resulta necessariamente em obesidade ou em outras doenças relacionadas ao consumo de alimentos pois eles estariam “queimando” essas calorias diariamente no trabalho pesado da lavoura da cana.

Um estudo de caso realizado entre 1993 e 1998 em 40 clínicas norte-americanas, (com uma amostra controlada randomizada de 48,835 mulheres entre 50 a 79 anos, pós-menopausa) testou a hipótese, divulgada em vários estudos epidemiológicos, de que uma intervenção dietética diminuiria o risco de doenças cardiovasculares e câncer de mama e cólon. Um grupo foi submetido a intensivas mudanças comportamentais, orientadas para a redução no consumo de gorduras e aumento do consumo de vegetais, frutas e grãos, e posteriormente comparado com outro grupo que manteve uma dieta normal. Ao final da pesquisa, os autores concluíram uma insignificante redução daquelas doenças (Howard, 2006; Prentice, 2006; Beresford, 2006).

Esses estudos mostram que a maior parte das classificações, que tentam indicar se um alimento é saudável ou não, é uma simplificação da complexa relação de vários fatores que, juntos, constituem uma dieta saudável. Essa abordagem reducionista dos alimentos, focada nos nutrientes, foi denominada como ideologia do nutricionismo, que de acordo com Scrinis “has come to dominate, to undermine and to replace other ways of engaging with food and of contextualizing the relationship between food and the body” (Scrinis, 2008b: 39). A classificação daquilo que é ou não saudável não é determinada apenas pelo consumo de um produto, mas também pela soma consumida, pela posição do produto dentro da dieta total, pelas atividades do consumidor, pelo seu corpo e pelos seus hábitos culturais.

### 3. ALIMENTOS FUNCIONAIS, SELOS DE APROVAÇÃO E PERCEPÇÃO PÚBLICA – UM ESTUDO DE CASO

Apesar das ambigüidades e controvérsias acima apontadas, é crescente a quantidade de produtos vendidos em supermercados brasileiros com alegações de propriedades funcionais. Nesse artigo destacamos o caso do selo de qualidade criado pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), o qual procura aliar o discurso da promoção da saúde ao estímulo da comercialização de certos produtos pela indústria de alimentos.

Esse selo, criado em 1991 como “marca de saúde”, avalia os padrões da composição de produtos enviados à SBC pelas empresas de alimentos interessadas na aquisição desse selo. A SBC alega (em seu site) que criou o selo para contribuir com a melhor qualidade de vida da população, garantindo que os produtos caracterizados com o selo têm a característica de auxiliar a prevenção e o controle de doenças relacionadas ao coração.

Nos questionários aplicados aos grupos de idosos que participavam de um programa de atividade física em dois centros de saúde públicos e em uma clínica de cardiologia privada, dos 23 produtos com o selo da SBC, 4 deles eram considerados alimentos funcionais: a margarina *Becel Pro-activ* (Unilever), que contém plantas esteróis e alega ajudar na redução do colesterol, a margarina *Qualy Vita* (Sadia), que contém Omega 3 e 6, vitaminas A, D, E, B6, B12 e ácido fólico e duas bebidas baseadas em soja: *Ades* (Unile-

ver) e *Suprasoy (Josapar)*. Em relação ao conhecimento desses produtos pelos participantes da pesquisa citamos dois exemplos: dos 65 questionários aplicados, todos os participantes responderam que conheciam a margarina Becel, sendo que 48 deles consumiam regularmente e 17 não consumiam. Em relação ao suco Ades, dos 65 questionários, 63 participantes responderam que conheciam e duas pessoas não conheciam, sendo que 54 usavam regularmente o produto e 11 não usavam. Nos grupos focais identificamos que os participantes consumiam esses produtos muito mais devido à propaganda (marketing) pela mídia do que propriamente devido ao caráter funcional de sua alegação (que, em geral, eles desconheciam o significado). Os demais produtos que contêm o selo da SBC eram pouco conhecidos pelos participantes e não entravam na categoria de alimentos funcionais. Nos grupos focais emergiram algumas questões: “Por que eles colocam o selo nesse arroz?” “Por que eles colocam o mesmo selo sobre verduras e bolachas?”, as quais colocaram em dúvida a real intenção do selo: a saúde pública ou aumento dos lucros das empresas? Eles também mencionaram o fato de que qualquer alimento pode ser considerado como funcional, por exemplo: “se eu não comer sal ou se eu não beber água, eu poderei ter vários problemas de saúde e até morrer”.

Para uma avaliação mais detalhada sobre as estratégias (e desafios) envolvidos na gestão desse selo, assim como o significado atribuído aos participantes da pesquisa encontram-se em Grisotti *et. al.*, (2009). Para as finalidades desse artigo, centramos o foco nas narrativas dos participantes da pesquisa sobre o papel dos alimentos na saúde, as estratégias e as incertezas, percebidas por eles, em relação ao significado de uma vida saudável. Através das perguntas: O que você não pode mais comer? O que você deve comer? E o que você gostaria de comer?, discutidas durante os grupos focais encontramos uma percepção mais ampla do processo saúde-doença em relação: i) ao papel e posição do alimento no processo saúde-doença; ii) a quem conduz as mudanças dietéticas, as dificuldades envolvidas nessas mudanças e as estratégias usadas para combinar escolhas individuais com as recomendações médicas/nutricionais; iii) ao entendimento público sobre as controvérsias científicas e iv) as incertezas relacionadas aos padrões dietéticos e à caracterização do que significa “alimentação/vida saudável”.

### 3.1. O papel e a posição dos alimentos no processo saúde-doença

Os participantes apresentaram vários exemplos de alimentos com efeitos positivos sobre a saúde. Porém, nos grupos focais, ao serem mais questionados sobre o papel dos alimentos no processo saúde-doença, eles colocaram mais ênfase nos aspectos sociais e emocionais do que nos alimentares.

Na verdade, eu não como muito, nem tenho um histórico familiar [de doença ligada à alimentação] que pudesse justificar a minha doença. Eu acho que tudo veio de problemas emocionais.

No tempo em que eu comia “matambre” e “cupim” [um tipo de carne] e outras coisas gordurosas eu não tinha nada. Eu deixei de comer isso alguns anos atrás e agora apareceu problemas do coração. Para mim, eu acho que o stress foi a causa.

Não é bom confiar nos exames de laboratório se você não está bem emocionalmente.

Amar a si mesmo antes de tudo e comer moderadamente, porque há muitas coisas que gostamos de comer. Se eu não gostasse de mim e não me controlasse para comer, eu estaria pesando 200 quilos agora.

A comida é muito importante para a saúde da família, mas o mais importante para a saúde é a harmonia familiar, porque se há harmonia, se cada um se ajuda, você come melhor e também fica em paz (...) as pessoas aceitam mais as coisas que acontecem e não se estressam tanto. (...) Eu acho que é o estado da mente que conta mais.

Alimento é apenas uma parte da saúde.

Quando perguntamos se o aumento da incidência de doenças cardíacas estava relacionado ao consumo de gordura animal, especialmente a “banha de porco”, foram mencionados outros produtos, considerados por eles como mais prejudiciais à saúde, assim como compararam os alimentos do passado (considerados mais saudáveis e frescos) com os do presente.

Há um monte de problemas com o amido do arroz e as massas também.

Hoje as pessoas usam margarina e também tem problemas de colesterol.

Eu acho que quando a gente cozinhava com banha, quando a gente vivia no campo, as gorduras não causavam tanto mal quanto as coisas que a gente come hoje em dia; hoje nós comemos com agrotóxicos e outras coisas não naturais; antes a gente comia coisas gordurosas mas também coisas naturais que compensavam.

Os alimentos eram mais frescos, mais puros. Hoje a gente evita comer gorduras, mas e as outras coisas ruins que a gente come hoje?

Na época que a gente não tinha geladeira, a minha mãe matava o porco e eles tinham a banha numa lata e botavam a carne ali [nesse momento alguns participantes dizem: “Nós também”]...e ia depositando; quando a gente queria carne ia lá e cor-

tava um pedaço, aquilo ali escorria banha...” [alguém intervém: “Era o jeito que tinha de guardar”...]...pois é, eu fui criada assim, aí depois comecei a ter problemas de saúde e mudei, de vez em quando a gente ainda faz com banha, mas usa menos.

Eu não tenho nenhuma dúvida de que os alimentos antigos eram mais saudáveis do que os de hoje; começando pela galinha e a carne de vaca. Hoje tudo é a base de hormônios. Alguns alimentos duram 8 meses, como é possível isso?

Essas narrativas, as quais comparam os alimentos do passado (considerados como mais saudáveis) com os alimentos do presente (considerados não tão saudáveis) precisam ser relativizados porque nunca saberemos exatamente (e não há método confiável para investigar) o impacto dos alimentos do passado sobre as condições de saúde do presente. No entanto, o que nos interessa, nesse artigo, é demarcar quais os significados atribuídos pelos sujeitos pesquisados aos alimentos por eles consumidos.

### **3.2. Quem conduz ou influencia as mudanças na dieta?**

Em relação às fontes das recomendações relacionadas às mudanças dietéticas (como parte do discurso de promoção da saúde), os participantes mencionaram em escala decrescente: eles próprios, a mídia, médicos, nutricionistas, família/amigos e outros. Esse resultado mostra que, aparentemente, os *experts* (profissionais) possuem uma importância secundária em relação às escolhas pessoais e a influência da mídia. Mas, não podemos esquecer que muitas informações que circulam na mídia, e que embasam as escolhas pessoais, provêm de pontos de vistas de *experts* difundidos pela própria mídia. Ou seja, as escolhas pessoais são formadas (ou deformadas) através do contexto sociocultural, no qual vários agentes e interesses jogam um papel e estabelecem campos simbólicos.

### **3.3. As dificuldades para alterar a dieta e as estratégias usadas para combinar as escolhas individuais e a recomendação médica**

Ambos os grupos (públicos e privados) mencionaram as mudanças relacionadas ao comportamento alimentar que eles deveriam seguir. Muitos deles mencionaram típicas mudanças já apontadas pela literatura em outras pesquisas: as categorias de alimentos permitidos e proibidos e os desafios para realizar as mudanças dietéticas sem perder o sabor dos alimentos.

Para os participantes que tinham problemas cardíacos ou altos níveis de colesterol, uma dieta bastante restrita foi prescrita pelos médicos. Eles disseram ter seguido essas prescrições, mas que ao longo do tempo criaram estratégias alternativas para reduzir o impacto social provocado pela mudança no consumo alimentar:

Eu parei de comer “feijoada” mas eu não deixo de comer churrasco com meus filhos em casa; eu evito gorduras, mas eu como churrasco com eles.

De vez em quando eu como um pouco doce para matar a saudades.

A gente nunca para completamente, eu não consigo, por exemplo, acompanhar a mesa em casa, eles não fazem uma comida separada para mim, evito comer aquilo ali que eles fizeram porque os médicos me pediram... Eu evito alguns pratos, mas não totalmente.

Essas estratégias adotadas mostram que as pessoas não aderem totalmente às recomendações médicas, como se fosse a única escolha para ser saudável. O termo “evitar”, que aparece inúmeras vezes nas narrativas, representa bem a forma como os sujeitos acomodam as escolhas individuais com as recomendações médicas.

Algumas narrativas salientam que certas mudanças alimentares, exigidas pelos médicos, provocam novas situações no contexto familiar quando, por exemplo, as refeições diárias são compartilhadas entre os membros da família e alguém que está doente. Durante a pesquisa uma mulher relatou que deixou de comer alguns alimentos que ela gostava, a fim de acompanhar e estimular a dieta de seu marido, que tinha níveis elevados de colesterol. No entanto, esta ação teve um efeito inesperado: o marido começou a sentir-se culpado da mudança alimentar de sua esposa, desnecessária de acordo com ele. Ele se tornou depressivo e estava em tratamento, pelo menos, até o final dessa pesquisa.



### **3.4. A percepção pública sobre as controvérsias científicas e as incertezas relacionadas com a relação alimento/nutrientes e saúde**

Durante os grupos focais os participantes relataram várias histórias relacionadas às controvérsias científicas e às incertezas do tratamento médico:

Os médicos dizem para não comer um monte de alimentos e depois de um certo tempo eles permitem de novo. Meu médico disse para eu não comer um monte de coisas por causa de meu colesterol alto; então depois de uma cirurgia que tive que fazer, eu fiz alguns exames e estava com anemia. O médico me enviou para outro especialista que me disse: “Você parou de comer muitos alimentos que davam força para você, por isso você ficou anêmico”. E agora, o que eu como?

O médico diz para eu não comer isso e aquilo. Eu não como, mas também não me sinto melhor.

Chocolate era ruim, agora é bom. Ovos eram ruim, agora são bons.

Os participantes mencionaram criticamente o escopo de ação dos profissionais de saúde, especialmente dos médicos:

Nós somos animais de laboratório nas mãos dos médicos (...). Eu vejo os médicos como iguais, eu escuto eles, eu falo com eles, mas a metade das coisas que eles dizem para fazer eu não aceito. Eu levo para casa, testo e analiso eu mesma lembrando o que ele disse: “você não pode comer isso e isso....”

Eu digo: “Yes, sr.” e chego em casa e digo para mim mesma: “vou comer o que me faz bem (...). Amigos, não digam amém para os médicos! Isso é o que eu penso”.

“Os médicos falam em dieta para nós. Tu vai no médico e eles com a pança desse tamanho”.

“Os médicos, às vezes, entram em campos estranhos da área deles, como da nutrição. Eles estão ocupando o lugar dos nutricionistas”.

Nesse momento da discussão alguns participantes questionaram a validade das estatísticas epidemiológicas e das medidas de saúde pública recomendadas, corroborando o que foi mencionado por Sachs (1996) sobre a incorreta interpretação, pelos médicos, dos dados epidemiológicos (válidos para a população) quando aplicados a casos individuais.

“Eu tenho um irmão que come de tudo que é gorduroso e não tem colesterol alto, nem diabetes, nada”. Exemplos como esse foram muitas vezes repetidos durante os grupos focais.

Eu acho que é genético, não é por causa da comida.

Eu como ovos todo dia e não tenho nada, ela [a esposa] come tudo equilibrado e sem gorduras e teve um AVC [Acidente Vascular Cerebral].

Primeiro eles dizem para a gente parar de comer carne de porco, agora eles dizem que ela é melhor que a carne de vaca.

Eles tiram tanta coisa que depois eles pedem para botar de novo.

Quando eles [indústria alimentar] lançaram o extrato de tomate, fizeram uma campanha na imprensa dizendo que o colorau [um tipo de corante] era cancerígeno. Daí quase todo mundo deixou de usar colorau e trocaram por extrato de tomate. Hoje sabemos que é o oposto, colorau é mais saudável, é mais puro enquanto que o extrato de tomate tem um monte de coisas químicas.

A mesma coisa aconteceu com os adoçantes. De repente, eles passaram a ser os vilões da história. Eu usava e quando começaram a falar que eram ruins para a saúde eu joguei tudo fora... e a também parou de ter propagandas deles.

Tem um teste com as formigas: você dá adoçante e açúcar normal, e as formigas vão para o açúcar, não para o adoçante. Eu acho que elas vão na direção certa.

Eu acho que há falta de controle no Brasil. Quando eles produzem alguma coisa, eles deveriam testar melhor para ver se causa algum problema de saúde; se ele é ruim ou não.

Todas essas dúvidas deixam a gente muito confusa.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A relação entre saúde e dieta não é nova. O que é novo, nas sociedades contemporâneas (e no Brasil especificamente), são as redes e os interesses dos novos atores sociais que configuram tanto o conceito de alimentação saudável quanto os novos produtos disponibilizados nas prateleiras dos supermercados.

Nesse artigo discutimos a definição daquilo que está sendo denominado “alimentos funcionais” e o impacto do discurso institucional de promoção da saúde (e vida saudável) sobre o mercado e a percepção pública desses produtos. Se, por um lado, este discurso propiciou uma concepção mais ampla da relação entre dieta e processo saúde-doença, por outro lado, ele também permitiu a proliferação de fracas correlações de causalidades (com ou sem suporte das indústrias alimentares), como por exemplo, o papel dos alimentos/nutrientes na prevenção e/ou tratamento de certas condições mórbidas. Mais especificamente, analisamos a percepção de pessoas idosas sobre

as alegações de propriedades funcionais de alguns produtos que continham o selo da Sociedade Brasileira de Cardiologia.

Ao analisar o entendimento sobre os alimentos funcionais, especialmente aqueles com o selo da SBC, encontramos uma percepção mais ampla sobre: o papel dos alimentos no processo saúde-doença; quem orienta as mudanças dietéticas, as dificuldades em adotar essas mudanças; as estratégias usadas para combinar escolha individual e recomendações médicas; e o entendimento público das controvérsias e incertezas relacionadas ao consumo de alimentos.

As narrativas sobre o papel dos alimentos no processo saúde-doença, descritas pelos sujeitos da pesquisa, mostram o peso maior dos fatores sociais e psicológicos em relação aos fatores nutricionais e dietéticos. O conhecimento dos alimentos funcionais estava muito mais relacionado ao marketing desses produtos do que ao entendimento sobre o que as alegações de propriedades funcionais significavam para eles.

Como vimos nesse artigo, mesmo que a correlação entre alimentos funcionais e melhoria nas condições de saúde possa ser demonstrada em condições controladas de laboratório, não significa que ela funcione para a população em geral. Isso porque o benefício obtido de um nutriente representa apenas uma parte do complexo mecanismo de funcionamento do corpo e é impossível separá-lo de outras variáveis envolvidas nos casos de doenças cardiovasculares ou doenças crônicas. A falta de percepção sobre as diferenças entre as condições clínicas (individuais) e os dados epidemiológicos, produzem incorretas interpretações pelos médicos e, conseqüentemente, incorretas prescrições médicas. Além disso, o caráter contingente do conhecimento científico é frequentemente esquecido pelos profissionais de saúde e a aplicação dessas (fracas) correlações, baseadas na suposta autoridade epistêmica do conhecimento científico, na clínica médica, tem gerado padrões normatizadores de comportamento alimentar e confusões sobre o que é uma vida saudável por parte da população (e consumidores).

Novas pesquisas sócioantropológicas precisam ser realizadas para compreender o impacto da entrada desses produtos na vida cotidiana de outros grupos populacionais, especialmente no contexto brasileiro, marcado pela grande diversidade regional (alimentar e cultural).

### Agradecimentos

Às pesquisadoras Ana Paula Saccol e Barbara Michele Amorim pelo auxílio em uma das etapas da coleta de dados. E ao CNPq pelo apoio financeiro.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Avila-Pires, F.D. (2013), “A Distant Echo of Eco-epidemiology: A Review”, *Revista de Patologia Tropical*, vol. 42, pp. 1-12.
- Beresford, S.A. (2006), “Low-Fat Dietary Pattern and Risk of Colorectal Cancer: The Women’s Health Initiative Randomized Controlled Dietary Modification Trial”, *JAMA: Journal of the American Medical Association*, vol. 295 (6), pp. 655-666.
- Codex Alimentarius Commission (2003), “Appendix IV: Draft Guidelines for Use of Nutrition and Health Claims”, *Report of the Thirty-First Session of the Codex Committee on Food Labelling*, <http://www.codexalimentarius.org/input/download/report/31/-al0322Ae.pdf>. (acesso: 9.08.2013).
- FDA (Food and Drug Administration), (s/f), *Dietary Supplement Health and Education Act of 1994*, <http://www.fda.gov/RegulatoryInformation/Legislation/FederalFoodDrugandCosmeticActFDCAct/SignificantAmendmentstotheFDCAct/ucm148003.htm> (acesso: 12.03.2010).
- Friedman, S.M., Dunwoody, S., Rogers, C.L. (1999), “Preface and introduction”, em: *Communicating Uncertainty: Media Coverage of New and Controversial Science*, New Jersey, US, London: Lawrence Erlbaum Associates, pp. 7-14.
- Grisotti, M. (2010), “Alegações de saúde dos alimentos funcionais: condições para a sua emergência e seu impacto na saúde individual e colectiva”, em: J. Guivant, G. Spaargaren, C. Rial (org.), *Novas práticas alimentares no mercado global*, Florianópolis: Editora da UFSC, pp. 189-210.
- Hasler, C.M. (2000), “The Changing Face of Functional Foods”, *Journal of the American College of Nutrition*, 19 (5), <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07315724> (acesso: 5.03.2012).
- Hasler, C.M. (2002), “Functional Foods: Benefits, Concerns and Challenges – A Position Paper from the American Council on Science and Health”, *The Journal of Nutrition*, vol. 132 (12), pp. 3772-3781.

- Hasler, C.M. (2008), "Health Claims in the United States: And Aid to the or a Source of Confusion?", *The Journal of Nutrition*, vol. 138 (6), pp. 1216-1220.
- Halsted, C.H. (2003), "Dietary supplements and functional foods: 2 sides of a coin?", *American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 77 (4), pp. 1001-1007.
- Heasman, M., Mellantin, J. (2001), *The Functional Foods Revolution: Healthy People, Healthy Profits?*, London, UK: Earthscan.
- Howard, B.V. (2006), "Low-Fat Dietary Pattern and Risk of Cardiovascular Disease: The Women's Health Initiative Randomized Controlled Dietary Modification Trial", *JAMA: Journal of the American Medical Association*, vol. 295 (6), pp. 655-666.
- Jones, P.J. (2002), "Clinical Nutrition: 7. Functional Foods – More Than Just Nutrition", *Canadian Medical Association Journal*, vol. 166 (12), pp. 1555-1563.
- Jones, P.J., Jew S. (2007), "Functional Food Development: Concept to Reality". *Trends in Food Science & Technology*, n. 18, pp. 387-390.
- Katan, M.B. (2004), "Health Claims for Functional Foods", *British Medical Journal*, n. 328 (7433), pp. 180-181.
- Katan, M.B., Roos, N.M. (2003), "Toward Evidence-Based Health Claims for Foods", *Science*, n. 299, pp. 206-207.
- Katan, M.B., Roos, N.M. (2004), "Promises and Problems of Functional Foods", *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*, vol. 44 (5), pp. 369-377.
- Kunh, T. (1970), *The Structure of Scientific Revolutions*, Chicago: University of Chicago Press.
- Lang, T. (2007), "Functional Foods", *British Medical Journal*, n. 334, pp. 1015-1016.
- Latour, B., Woolgar, S. (1979), *Laboratory Life: The Social Construction of Scientific Facts*. Los Angeles: Sage.
- Lawrence, M., Rayner, M. (1998), "Functional Foods and Health Claims: A Public Health Policy Perspective", *Public Health Nutrition*, n. 1 (2), <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10933403> (acesso: 14.02.2011).
- Nestle, M. (2002), *Food Politics: How the Food Industry Influences Nutrition and Health*. Berkeley: University of California Press.
- Prentice, R.L. (2006), "Low-Fat Dietary Pattern and Risk of Invasive Breast Cancer: The Women's Health Initiative Randomized Controlled Dietary Modification Trial", *JAMA: Journal of the American Medical Association*, vol. 295 (6), pp. 629-642.

- Rayner, M. (1998), "Systematic Review as a Method for Assessing the Validity of Health Claims", em: M.J. Sadler, M. Saltmarsh, *Functional Foods. The Consumer, The Products, the Evidence*, Cambridge: Royal Society of Chemistry, pp. 174-183.
- Roberfroid, M.B. (1999), "What is Beneficial for Health? The Concept of Functional Food", *Food and Chemical Toxicology*, n. 37, pp. 1039-1041.
- Sachs, L. (1996), "Causality, Responsibility and Blame – Core Issues in the Cultural Construction and Subtext of Prevention", *Sociology of Health & Illness*, vol. 18 (5), pp. 632-652.
- Pollan, M. (2008), *In Defense of Food: An Eater's Manifesto*, New York: Penguin Press.
- Scrinis, G. (2008a), "Functional Foods or Functionally Marketed Foods? A Critique of, and Alternatives to, the Category of «Functional Foods»", *Public Health Nutrition*, vol. 11 (5), pp. 541-545.
- Scrinis, G. (2008b), "On the Ideology of Nutritionism", *Gastronômica: The Journal of Food and Culture*; vol. 8 (1), pp. 39-48.
- Shiby, V.K., Mishra, H.N. (2013), "Fermented Milks and Milk Products as Functional Foods – a Review", *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*, vol. 53 (5), pp. 482-496.
- World Health Organization, World Health Organization Preamble to the Constitution of the World Health Organization, 1946, [http://whqlibdoc.who.int/hist/official\\_records/2e.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/2e.pdf) (acesso: 12.03.2010).
- World Health Organization (2003), "Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Disease", *Technical Report Series*. <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/trs916/en/> (acesso: 12.03.2010).
- World Health Organization (2004), *Nutrition Label and Health Claims: The Global Regulatory Environment. Noncommunicable Diseases and Mental Health Cluster*, <http://apps.who.int/iris/handle/10665/42964> (acesso: 12.08.2010).
- Zeisel, S.H. (1999), "Regulation of "Nutraceuticals"", *Science*, n. 17, pp. 1853-1855.