

Avaliação do padrão alimentar de quilombolas da comunidade do Limoeiro de Bacupari, Rio Grande do Sul, Brasil

Evaluation of dietary patterns of slave descendants (quilombolas) of the Limoeiro de Bacupari Community, Rio Grande do Sul, Brazil

Márcia Cançado Figueiredo*
Cristina Maria Silveira Boaz**
Caroline Maria Bonacina**
Fabiana Kapper Fabricio**
Kátia Valença Correia Leandro da Silva***

Resumo

A alimentação humana, além de um ato social e cultural, está intimamente relacionada com a saúde do indivíduo e da comunidade. Objetivo: Avaliar o padrão alimentar de uma comunidade de quilombolas residentes na região litorânea do estado do Rio Grande do Sul, correlacionando-o com a prevalência de algumas doenças crônico-degenerativas. Metodologia: O trabalho foi realizado durante um mutirão interdisciplinar de saúde na comunidade quilombola do Limoeiro de Bacupari, do estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Por meio de um questionário consolidado, 83 pessoas da comunidade responderam a perguntas relacionadas à sua alimentação, saúde geral e condição socioeconômica. Resultado: Observou-se que o tipo alimentar mais prevalente foi aquela que incluiu arroz, pães e massas, além de feijão, carne e nozes. O líquido mais consumido foi a água, seguida por sucos. A frequência alimentar variou entre três e quatro refeições diárias, sendo mais comum as bolachas como o alimento de escolha para os lanches; 49,38% das pessoas responderam que existe em sua residência alguém que possui alguma das doenças crônico-degenerativas. Conclusão: Existe nesta comunidade quilombola falta de informação a respeito do adequado padrão alimentar, pois a população tem como base apenas duas divisões da pirâmide alimentar. É necessário informar-lhes a importância de uma alimentação balanceada e o que a sua ausência

ou deficiência pode causar no organismo, uma vez que doenças crônico-degenerativas foram constatadas em quase 50% das famílias dos quilombolas entrevistados.

Palavras-chave: Comunidade quilombola. Dieta. Doenças crônico-degenerativas.

Introdução

Muito mais que um ato biológico, a alimentação humana é um ato social e cultural¹. A alimentação e seu reflexo biológico (a nutrição) representam os traços de relações mais fortes da vida humana com o ambiente. É por meio dos alimentos que se estabelece o ciclo de trocas com o meio físico, biótico e social, constituindo ecossistemas saudáveis ou insalubres². Os avanços na agricultura e no processamento dos alimentos tornaram-nos mais disponíveis e facilitaram o consumo. Progressos tecnológicos viabilizaram a realização de atividades complexas e fisicamente desgastantes em curto tempo e com gasto energético reduzido. À primeira vista, essas melhorias no ambiente moderno deveriam resultar

* Professora Associada Regente das disciplinas de Atendimento Odontológico para Pacientes com Necessidades Especiais e Bebê Clínica da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

** Alunas do curso de graduação em Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

*** Professora Doutora do Instituto de Biociências da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

em melhora do estado nutricional das populações e em menor nível de estresse psicológico, contribuindo para sua qualidade de vida e longevidade³.

A importância da alimentação não se restringe ao aspecto nutricional. Entre outros fatores igualmente significativos está a cultura alimentar¹. A partilha dos alimentos, também denominada “comensalidade”, é prática característica do *homo sapiens* desde os tempos de caça e coleta, e o comportamento alimentar do homem não se diferenciou do biológico apenas pela invenção da cozinha, mas também pela função social das refeições³. Atualmente, vários estudos interdisciplinares têm identificado que a refeição em família contribui para o bom estado nutricional, relacional e para melhor qualidade de vida, principalmente entre jovens.

A pirâmide alimentar, inventada pelo United States Department of Agriculture em 1992, veio sofrendo diversas mudanças até chegar ao padrão atual, que contém divisões para os grupos de vegetais, frutas, laticínios, óleos, carne e feijões e nozes, grãos. Além de uma divisão feita como referencial para o exercício físico e sua importância, informa o quanto de cada alimento é necessário ser consumido diariamente para ter uma alimentação saudável⁴.

Atualmente existe uma queda das cifras de desnutrição em todo o mundo, concomitante com o aumento da inatividade física e o estresse do modo moderno de vida, que leva ao aumento da adiposidade corporal³. Autores dizem que, apesar da diminuição da desnutrição, existe o outro lado da história, que são os processos crônicos não transmissíveis, como o diabetes mellitus, a obesidade, a hipertensão arterial sistêmica, os processos degenerativos do sistema nervoso central, agrupando-se em comorbidades associadas à alimentação hipercalórica, às gorduras trans, aos ácidos graxos saturados, ao consumo excessivo do açúcar e do sal, às calorias vazias dos refrigerantes, ao uso imoderado do álcool, ao fumo, ao sedentarismo e outras práticas não saudáveis do estilo de vida ocidental^{2,5}.

Na Constituição Federal brasileira de 1988, a saúde é reconhecida como direito de todos e dever do Estado. A lei nº 8.080, de institucionalização do SUS, reforça uma visão abrangente da saúde, com determinantes como alimentação, saneamento básico, meio ambiente, renda, trabalho, educação, transporte, lazer, serviços sociais, entre outros. Dentre grupos que apresentam situação de risco, sem possuir todos os determinantes para que seja alcançada a saúde, estão as comunidades quilombolas⁶.

Comunidades como essas não deveriam estar mais vivenciando situações de risco, não só pela sua história, história brasileira, mas pelo seu tempo de ocupação inicial do território de Palmares, especificamente das sesmarias de Charqueada e Quintão do estado do Rio Grande do Sul, fundada no século XVIII, quando Manoel Jorge da Silva, que era tropeiro e negociante, foi agraciado com terras ao

longo do Caminho das Tropas pelas lutas travadas em colônia do Sacramento deste mesmo estado. Já a origem da comunidade remonta à primeira metade do século XIX, com a doação de um quinhão de terras na sesmaria da Charqueada ao casal ancestral quilombola Perpétua Maria da Conceição e Antônio Manuel Jorge, que eram livres na época da doação, formando, assim, um território de negros livres⁷.

Atualmente essa comunidade quilombola está na luta pelo reconhecimento e titulação de suas terras⁷, e os acadêmicos, bem como os técnicos administrativos participantes do Programa Convivências 2011, promovido pelo Departamento de Educação e Desenvolvimento Social (DEDS) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, participam desse momento por estarem visitando a comunidade e com ela trabalhando suas necessidades. O objetivo deste estudo foi realizar uma avaliação do padrão alimentar, correlacionando-o com a prevalência de doenças cardíacas, pressão arterial alterada, obesidade e diabetes.

Materiais e método

Durante um mutirão de saúde na comunidade quilombola do Limoeiro de Bacupari, região litorânea do Rio Grande do Sul, que contou com acadêmicos, docentes, técnicos administrativos de diferentes cursos da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como odontologia, enfermagem, teatro, letras, ciências biológicas, psicologia, educação física e ciências jurídicas e sociais, a população foi convidada a responder ao questionário que segue:

Questionário de nutrição - QUILOMBOLA DE LIMOEIRO

1. Quantas pessoas (adultos e crianças) moram na sua casa?
() 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () mais de 6
2. Quantas crianças moram na sua casa?
() 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () mais de 6
- 2.1 Responder caso haja crianças. As crianças consomem mamadeira?
() Sim () Não
- 2.1.1 Caso responda sim. O que contém a mamadeira?
() Somente leite () Leite + açúcar () Leite + achocolatado
() Refrigerante () Outro (Definir) _____
3. Renda Familiar (incluindo benefícios):
() Até 1 salário mínimo regional (SMR) () 1 a 3 SMR () 3 a 5 SMR
() 5 a 7 SMR () 7 a 9 SMR () 9 a 11 SMR () 11 a 13 SMR
() mais de 13 SMR
4. Escolaridade: () Analfabeto () 1º Grau Incompleto () 1º Grau Completo
() 2º Grau Incompleto () 2º Grau Completo () 3º Grau Completo
() Especialização () Mestrado () Doutorado
5. Qual o alimento mais comum em sua residência?
() Arroz, pães e massas () Feijão e carne () Balas/doces
() Leite, queijos e iogurte () Verduras () Frutas () Frituras
6. Qual a bebida mais comum em sua residência?
() Refrigerantes () Água () Sucos () Leite () Bebidas alcoólicas
() Chimarrão (perguntar se coloca açúcar)
() Café (perguntar se coloca açúcar)
() Outra (Definir) _____
7. Qual a frequência alimentar (por dia)?
() 1X () 2X () 3X () 4X () 5X () Mais que 5X
8. Familiares beliscam?
() Sim () Não
- 8.1 Quantas vezes há beliscada?
() 1X () 2X () 3X () 4X () Mais que 4X
- 8.2 O que costumam beliscar? _____
9. Familiares possuem alguma doença cardíaca?
() Sim () Não

Como a saúde de determinada população é muitas vezes influenciada pelo seu padrão de instrução, foram incluídas perguntas sobre renda familiar e taxa de escolaridade. Além disso, para ser abrangente a todos os que estavam respondendo ao questionário utilizou-se uma linguagem simples, não mencionando a pirâmide dos alimentos e o título de suas divisões, mas, sim, os alimentos que cada divisão continha. Assim, a divisão “grãos” estava presente na pergunta como a opção “pães, arroz e massa”; “vegetais” estava presente como “verduras”; “frutas” continuou com o mesmo título, por ser de fácil compreensão; o grupo “laticínios” transformou-se em “leite, queijo e iogurte” e a última divisão foi colocada como “carne, feijão”. Foram colocadas as opções de resposta como sendo “fritura” e outra, “balas e doces”.

Além dos alimentos, foi dada uma atenção especial aos líquidos ingeridos pelos quilombolas, pois muitas vezes é ignorado em pesquisas nutricionais o que as pessoas ingerem de líquidos, dando-se ênfase somente aos alimentos. Foi feita, então, uma pergunta sobre os líquidos mais ingeridos nas famílias, tendo como opções de resposta água, refrigerante, sucos, leite, bebida alcoólica, chimarrão, café (com ou sem açúcar); caso houvesse outra opção, ainda havia espaço para apontá-la. Foi levada em consideração a frequência alimentar, se faziam lanches durante as refeições e de que eram compostos esses lanches.

O presente trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMS de Porto Alegre com o título “Convivência em saúde: programa de educação pelo trabalho”, n. 001.004589.10.6, datado de 3/2/2010. Todos os participantes assinaram um termo de consentimento livre esclarecido.

Os dados foram tabulados com auxílio do programa Excel®, expressos na forma de frequência simples e relativa em gráficos, conforme consta nos resultados a seguir.

Resultados

Para a realização deste estudo foram entrevistados 83 adultos com idade média variando entre 42 a 64 anos de idade (87%). Quanto à renda familiar, 61,4% dessas pessoas vivem com um salário que varia entre um a três salários mínimos; os outros 38,6% vivem com menos de um salário mínimo. Quanto à escolaridade, 54,51% possuem 1º grau incompleto; 22,89% são analfabetas; 8,43% possuem 1º grau completo e 2º grau incompleto, e apenas 6% concluíram o 2º grau, esta a titulação maior encontrada na população estudada.

Depois dessas questões para obter o perfil do nível socioeconômico da população, vinham as respostas orientadas sobre o padrão alimentar. Das 83 pessoas, 27,71% cuidam de crianças menores de 12 anos de idade e responderam que 34,78% destas uti-

lizavam mamadeira, 26% contendo leite com chocolate e 8,69% apenas leite.

Quanto ao alimento mais prevalente nas refeições e bebidas, como se tratava de questões de múltipla escolha, os resultados serão apresentados em percentagem nas Figuras 1 e 2.

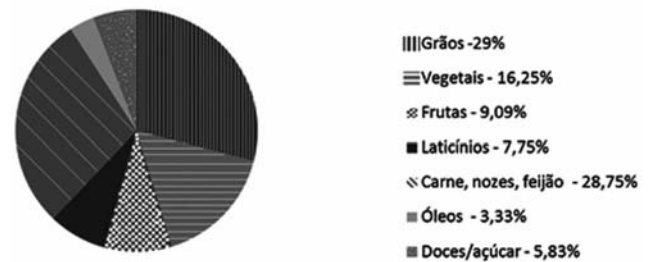


Figura 1 - Dos principais alimentos consumidos por essa população quilombola destacam-se o arroz, feijão, carne e massa

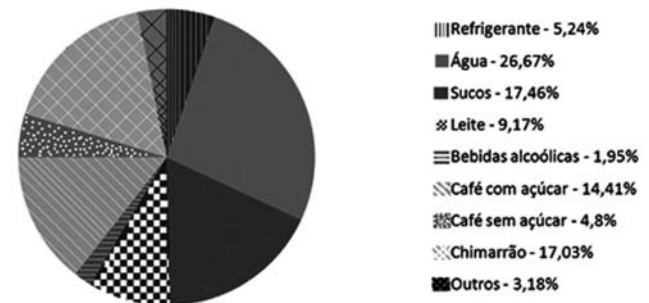


Figura 2 - Das bebidas mais prevalentes nas refeições dos quilombolas do Bacupari destacam-se água, sucos e o chimarrão como marco cultural

É importante ressaltar que na Figura 2 a opção “outros” ganhou tal percentagem em razão do consumo de chás, opção que não estava na múltipla escolha.

Quanto à frequência alimentar, 56 pessoas alimentam-se quatro vezes por dia e 27, três vezes. Nas famílias, 84,3% relatam valer-se de lanches durante o dia, dos quais 34,2% fazem dois lanches no dia e 31,4%, uma vez. O alimento mais prevalente no consumo entre refeições foram as bolachas, com 31,4%, como mostra a Figura 3.

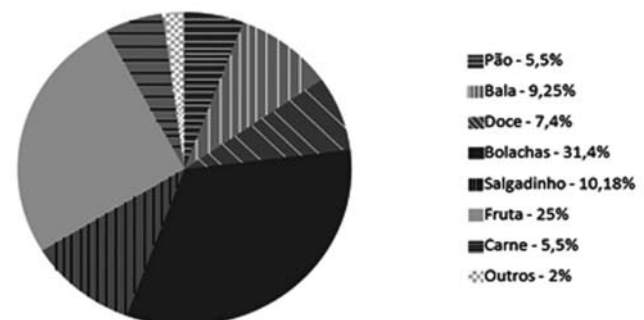


Figura 3 - Dos alimentos mais prevalentes entre refeições na comunidade quilombola destacam-se as frutas como a escolha saudável e as bolachas como as chamadas “calorias vazias”

O último item do questionário padronizado inqueria se a pessoa ou algum morador de sua casa (familiar) apresentava alguma doença cardíaca, pressão alta, obesidade mórbida ou diabetes. Verificou-se que 49,38% das pessoas responderam que existe em sua residência alguém que possui alguma das enfermidades citadas. O quadro de hipertensão estava presente em 25,3% das pessoas, seguida por 15,66% diabéticos, 4,81% cardíacos e 3,61% obesidade mórbida.

Discussão

A pirâmide alimentar é um instrumento de orientação nutricional utilizado por profissionais com o objetivo de promover mudanças de hábitos alimentares visando à saúde global do indivíduo e à prevenção de doenças⁸. Os guias alimentares são instrumentos de orientação e informação à população visando promover saúde e hábitos alimentares saudáveis. Os guias devem ser representados por grupos de alimentos e são baseados na variedade de informações, incluindo a relação existente entre os alimentos e a saúde dos indivíduos⁹.

Com base na pirâmide alimentar criada em 1992 pelo United States Department of Agriculture, têm-se por base as seguintes medidas para um padrão alimentar:

1. Grupo grãos: comer 6 porções por dia;
2. Grupo vegetais (hortaliças): comer 2½ por dia;
3. Grupo frutas: comer 2 xícaras ou 2 frutas médias por dia;
4. Grupo leite: consumir 3 porções por dia;
5. Grupo carne, feijões e nozes (leguminosas): comer 5½ porções por dia^{4,10}.

No entanto, é necessário perceber o que são essas porções citadas no guia alimentar. Uma porção do grupo grãos é uma fatia de pão, ou meia xícara de arroz ou massa. Já uma porção de leite é um copo de leite, ou um copo de iogurte, ou ainda duas fatias de queijo. As porções variam entre os grupos¹⁰.

Outra necessidade é adaptar esse guia nutricional americano aos padrões brasileiros de alimentação. Em razão de as frutas e vegetais serem alimentos comuns à dieta e de fácil acesso para a população brasileira, as porções podem ser aumentadas para três a cinco porções no grupo das frutas e para quatro a cinco porções no grupo dos vegetais¹¹. Por serem as leguminosas comuns na alimentação básica do brasileiro, principalmente o feijão, julgou-se conveniente colocá-las à parte, uma vez que não possuem os mesmos valores nutritivos que carnes e ovos e são os produtos isolados que mais contribuem para o consumo de proteínas, não podendo ser substituídas uma pela outra sem o necessário ajuste no equilíbrio de aminoácidos, que é dado pelo consumo simultâneo desse alimento com o arroz¹².

Quanto aos resultados encontrados nesta pesquisa, é possível perceber uma grande discrepância no padrão alimentar dos quilombolas do Limoeiro do Bacupari quanto à quantidade consumida de cada divisão da pirâmide. Enquanto há o maior consumo do grupo alimentar que inclui feijão, carne e nozes, adequado de acordo com a pirâmide dos alimentos, há também um consumo mais comum de frutas do que de alimentos contendo leite. A presença de grãos e de vegetais está com boa percentagem, além de ser consideravelmente baixa a quantidade de óleos e açúcares em geral.

No âmbito de líquidos, o chimarrão mostra-se bastante presente, com mais de 17% de consumo. Existe nesse dado um fator cultural, pois na região Sul do Brasil, principalmente no Rio Grande do Sul, o chimarrão é parte da história dos gaúchos e em cidades do interior está muito presente. A água foi o líquido mais consumido, seguida por “sucos”, sobre os quais não foi informado se contêm açúcar ou não. É de preferência que as populações consumam, sim, água em abundância, pois possui zero calorias e, além da função de hidratação, age no sistema digestivo e em outras funções importantes do organismo humano.

De acordo com a história dos quilombolas, Wiest et al.¹ (2008) relacionam o atual padrão alimentar deles com o passado escravo, muitas vezes praticando tanto na agricultura como na criação de gado. Em sua pesquisa, os autores encontraram uma diversidade de aipins, milho e feijões, que relatam ser uma adaptação ao solo e clima local, além de galinhada, como principal alimento de origem animal¹. Levantam também a questão dos limões-bergamota, típicos da região, que deram aos quilombolas o título de “Limoeiro”¹.

No entanto, em nosso estudo não foi citado sequer uma vez o alimento “aipim” ou “milho”, mesmo que feijões tenham sido muito comuns. Talvez isso mostre uma leve mudança no padrão alimentar da região que pode ter começado a ocorrer. Pode ser também que o padrão alimentar tenha uma característica sazonal. O trabalho foi realizado na estação da primavera, quando não é tão típica a plantação de milho nem de aipim, e talvez isso tenha sido relevante no momento em que os moradores responderam ao questionário.

No mesmo estudo de Wiest et al.¹ (2008), nesta parte realizado com os mais idosos da região dos quilombolas do Limoeiro do Bacupari, relatam-se alimentos que antigamente eram produzidos pelos moradores, mas hoje não o são mais. Exemplos seriam a banha, as carnes de peru e porco, manteiga, nata e requeijão¹. A principal razão para isso reside no fato de que esses alimentos requerem mão de obra para serem fabricados, mas não apresentam grande valor de custo quando comprados industrializados; logo, a segunda opção é mais fácil que a primeira. É importante ressaltar que os produtos fa-

bricados artesanalmente contêm consideravelmente menos conservantes, sendo menos prejudiciais à saúde. Antigamente também se criavam animais soltos, sem o uso de cercas, ou seja, podiam-se criar mais animais que hoje e ter uma alimentação com mais proteína¹.

Transtornos alimentares podem levar a doenças chamadas crônico-degenerativas, tais como hipertensão, enfermidades cardiovasculares, diabetes, câncer etc.¹³. Em estudo realizado em Belo Horizonte em 1998, diabetes, obesidade, doenças hipertensivas e doenças cardíacas são quatro das sete com maiores menções de óbito. A obesidade aparece em segundo lugar quando relacionada à quantidade de menções e causa básica¹⁴. É importante lembrar que profundas transformações na estrutura populacional, decorrentes de quedas bruscas de mortalidade e fecundidade, deslocaram-se gradativamente dos grupos jovens aos mais idosos, modificando a incidência e a prevalência de doenças, bem como as principais causas de morte¹⁴. Desse modo, doenças que acometiam mais a população infantil, como as infecciosas e parasitárias, vão perdendo importância em prol de outras, como as crônico-degenerativas, mais incidentes na população adulta e idosa. Estas doenças, em geral de longa duração, vão se acumulando nos indivíduos, considerando o aumento relativo da proporção de idosos e a tendência crescente da expectativa de vida¹⁴.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), as doenças crônico-degenerativas e as respiratórias representam 59% do total de 57 milhões de mortes por ano¹⁵. Além disso, o Portal da Saúde de Portugal¹⁶ atenta que a expansão das doenças crônico-degenerativas é reflexo dos processos de industrialização, urbanização, alterações alimentares, aumento de hábitos sedentários, dentre outros. Na comunidade quilombola do Limoeiro do Bacupari, tais transformações vêm sendo constatadas ao longo de sua história, desde a época em que havia o trabalho escravo, com exercício físico constante, passando pela época da agricultura e pecuária livre, com produção artesanal de alimentos como óleos e banha, até a época atual, na qual há a maior delimitação de terras (urbanismo) e maior facilidade de compra de produtos industrializados, o que leva a que a produção caseira desses não seja mais vantajosa. Além disso, a prática de exercícios físicos está mais limitada à vontade pessoal do que relacionada aos serviços diários obrigatórios do passado (sedentarismo).

Hipertensão, geralmente ligada à nutrição não somente calórica, porém também com abuso do sal, aparece como a doença crônica mais prevalente na população quilombola do Limoeiro do Bacupari. Isso prova que a pesquisa deve ser mais abrangente, pois não somente os alimentos mais consumidos devem ser pesquisados, mas os componentes utilizados em seu preparo. Carne seca ao sol, o chamado “char-

que” típico gaúcho, por exemplo, apresenta elevados níveis de sal, porém é difícil saber se está incluso no grupo “carnes” em abundância, pois um aprofundamento nos tipos de alimento em cada divisão não foi realizado, tampouco foi questionado sobre o uso de sal. É importante lembrar que alimentos industrializados, tanto bebidas como refrigerantes e sucos, como os sólidos, possuem sódio em seu componente, responsável pela elevação da pressão. A grande prevalência de hipertensão na comunidade pode também estar relacionada à frequência de atividades físicas, já que historicamente a população passou de um serviço braçal pesado para o atual, realizado em menores extensões de terra e utilizando meios de transporte para se deslocar a lugares distantes.

A obesidade, igualmente presente na comunidade, com a classificação de “obesidade mórbida”, desencadeia outras doenças além da hipertensão. Entre essas está a diabetes, presente em 49,38% da amostra, diretamente ligada a alimentos industrializados com grande teor de açúcar e ácidos graxos¹⁷. A comunidade quilombola em questão não realiza as refeições principais com substratos com esses componentes em abundância, porém seus lanches os possuem. Neles estão presentes as chamadas “calorias vazias”, como bolachas, doces e salgadinhos, que em matéria nutricional possuem nenhum valor ou importância. Mais de 80% da comunidade alimentam-se durante as refeições, e muitos realizam mais de um lanche, dando oportunidade para que os nutrientes maléficos ajudem no desenvolvimento da patologia.

De modo geral, torna-se um problema cíclico, iniciado com a má alimentação, que leva à obesidade, resulta em hipertensão, cria sedentarismo, devido a cansaço rápido e falta de fôlego, e leva a que a população procure alimentos de mais fácil obtenção, ou seja, os industrializados. Esses fatos desencadeiam doenças cardíacas e diabetes, que são quadros crônicos resultantes de rotina diária.

Conclusão

A comunidade quilombola em questão não apresenta uma alimentação adequada, já que sua base é sustentada por apenas duas divisões da pirâmide alimentar. Os principais alimentos consumidos por essa população não são tão prejudiciais à saúde, pois são basicamente compostos por arroz, feijão, carne e massa, mas não conseguem suprir totalmente as necessidades do organismo. Existem diversas doenças crônico-degenerativas que podem estar relacionadas com o padrão alimentar, porém diante dos achados do presente estudo é possível concluir que a alimentação dessa comunidade, do modo como vem sendo realizada rotineiramente nos últimos anos, está afetando a sua saúde, visto que começam a apresentar quadros de hipertensão, diabetes, obesidade morbida e complicações cardíacas.

Abstract

Human nutrition, besides being a social and cultural action, is closely related with the individual and community health. Objective: the objective of this study is to evaluate the dietary pattern in a community of Quilombolas who live in a coastal region in the state of Rio Grande do Sul, correlating them with the prevalence of some chronic-degenerative diseases. Methodology: the work was accomplished during an interdisciplinary health task force in the Quilombola community of Limoeiro de Bacupari, in the state of Rio Grande do Sul, Brazil. 83 people from the community answered questions related to their nutrition, health and socioeconomic conditions by means of a questionnaire. Result: it was observed that, the most prevalent nutrition type was the one that included rice, bread and pasta, besides beans, meat and nuts. After juices, water was the beverage they consumed the most. The nutrition frequency varied between three and four daily meals, where cookies were the most common snacks. 49.38% of people answered that there is someone in their home who has a chronic-degenerative disease. Conclusion: there is a lack of information regarding the adequate nutrition pattern, since the population has as base two divisions in the food pyramid. It is necessary to inform how important it is to have a balanced nutrition and what its lack or deficiency may cause in the organism, since chronic-degenerative diseases were observed in almost 50% of families in the quilombolas who were interviewed.

Key words: Community Quilombola. Diet. Chronic-degenerative diseases.

Referências

1. Wiest JM, Carvalho HH, Figueredo MB, Oliveira MB. Um olhar sobre alimentação, cultura e sociedade. In: Wiest et al. Alimentos e alimentação:... enquanto saberes e fazeres no Limoeiro do Bacupari. Porto Alegre: Editora Evangraf; 2008. p. 25-49.
2. Filho MB, Batista LV. Transição alimentar / nutricional ou mutação antropológica? Rev Soc Bras Progresso Ciênc 2010; 62(4):26-30.
3. Moreira SA. Alimentação e comensalidade: aspectos históricos e antropológicos. Rev Soc Bras Progresso Ciênc 2010; 62(4):23-6.
4. United States Department of Agriculture. My pyramid. USA, 1992; Atualizada em 28 set 2010, acesso em dez 2010. Disponível em: <http://www.mypyramid.gov/>.
5. World Health Organization (WHO). "Global strategy on diet, physical activit and health". Food and Nut Bull 2004; 25(3): 292-302.
6. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm: 4 de março de 2011.
7. Kuniuchi MN, Molet CDG. Uma comunidade quilombola na rota dos tropeiros: quilombolas do limoeiro. Curitiba, 4º Encontro da Escravidão e Liberdade no Brasil Meridional, 2009 (acessado em dez 2010). Disponível em: <http://www.la-bhstc.ufsc.br/ivencontro/pdfs/comunicacoes/MarciaKunuchiClaudiaMolet.pdf>.
8. Achterberg G, McDonnell E, Bagby R. How to put the food guide into practice. J Am Dietetic Assoc 1994; 94(9):1030-5.
9. Spiller G. The super pyramid. Washington DC: Times Books; 1993. 147p.
10. Milano MM. Príncipe Kincas e a Grande Pirâmide dos Alimentos. Porto Alegre: Editora Razão; 2006. 46p.
11. Tucunduva PS, Romero LA, Rodrigues CAT, Cisotto RL. Pirâmide alimentar adaptada: guia para escolha dos alimentos. Rev Nutr [serial on the Internet]. 1999 Apr [cited 2010 Dec 19]; 12(1): 65-80. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52731999000100006&lng=en. doi: 10.1590/S1415-52731999000100006.
12. Tagle MA. Nutrição. São Paulo: Artes Médicas; 1981. 234p.
13. Tiraepogui J. Riscos e prevenção da obesidade. Rev Bras Cienc Farm [serial on the Internet]. 2003 Sep [cited 2010 Dec 19]; 39(3): 347-348. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-93322003000300016&lng=en. doi: 10.1590/S1516-93322003000300016.
14. Maria RE, Machado SIB, Harumi IL. Causas múltiplas de morte por doenças crônico-degenerativas: uma análise multidimensional. Cad Saúde Pública [serial on the Internet]. 2004 Oct [cited 2010 Dec 19]; 20(5):1223-31. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500016&lng=en. doi: 10.1590/S0102-311X2004000500016.
15. OMS – Organização Mundial da Saúde. Chronic Diseases. EUA, 2011. Atualizado em 2011, acesso em 23 mar de 2011. Disponível em: http://www.who.int/topics/chronic_disease/en/.
16. Portal da Saúde de Portugal. O que são doenças crônicas? Atualizado em 02 dez de 2005, acesso em 23 de mar de 2011. Disponível em: <http://www.portaldasaude.pt/porta/conteudos/enciclopedia+da+saude/doencas/doencas+cronicas/doencascronicas.htm>
17. Monteiro CA, Mondini L, De Souza AL, Popkin BM. The nutrition transition in Brazil. Cad Saúde Pública 2003; 19(Sup. 1):29-36.

Endereço para correspondência:

Márcia Cançado Figueiredo
Rua Luzitana, 1370 / 502 –
Bairro Higienópolis
90520 080 Porto Alegre - RS
Fones: (51) 9808 4128 /
(51) 333 7547 / (51) 3308 5026
E-mail: mcf1958@gmail.com

Recebido: 20.12.2010 Aceito: 17.06.2011