

Contextos, conflitos
e escolhas em **Alimentação
e Bioética**

Caroline Filla Rosaneli
(ORGANIZAÇÃO)




PUCPRESS

CONTEXTOS, CONFLITOS E ESCOLHAS EM ALIMENTAÇÃO E BIOÉTICA

CAROLINE FILLA ROSANELI
ORGANIZADORA

CONTEXTOS, CONFLITOS E ESCOLHAS
EM ALIMENTAÇÃO E BIOÉTICA

 PUCPRESS

CURITIBA | 2016

© 2016, Caroline Filla Rosaneli
2016, PUCPRes

Este livro, na totalidade ou em parte, não pode ser reproduzido por qualquer meio sem autorização expressa por escrito da Editora.

**Pontifícia Universidade Católica do Paraná
(PUCPR)**

Reitor:

Waldemiro Gremski

Vice-reitor:

Paulo Otávio Mussi Augusto

Pró-Reitora de Pesquisa e Pós-Graduação:

Paula Cristina Trevilatto

Conselho Editorial

Auristela Duarte de Lima Moser

Cilene da Silva Gomes Ribeiro

Eduardo Biacchi Gomes

Evelyn de Almeida Orlando

Jaime Ramos

Leo Peruzzo Júnior

Lorete Maria da S. Kotze

Rodrigo Moraes da Silveira

Ruy Inácio Neiva de Carvalho

Vilmar Rodrigues Moreira

Zanei Ramos Barcellos

Coordenação editorial:

Michele Marcos de Oliveira

Editor:

Marcelo Manduca

Editora de arte:

Solange Freitas de Melo Eschípio

Revisão de texto:

Camila Fernandes de Salvo

Capa e projeto gráfico:

Janete Yun

Diagramação:

Solange Freitas de Melo Eschípio

Editora Universitária Champagnat

Rua Imaculada Conceição, 1155 - Prédio da Administração - 6º andar

Câmpus Curitiba - CEP 80215-901 - Curitiba / PR

Tel. (41) 3271-1701

editora.champagnat@pucpr.br | editorachampagnat.pucpr.br

Dados da Catalogação na Publicação
Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBI/PUCPR
Biblioteca Central

C761
2016

Contexto, conflitos e escolhas em Alimentação e Bioética / Caroline Filla
Rosaneli, organizadora. – Curitiba : PUCPRes, 2016.
248 p. ; 21 cm

Vários autores
Inclui bibliografia
ISBN 978-85-68324-50-9

1. Nutrição. 2. Segurança alimentar e nutricional. 3. Direito à
alimentação. 4. Educação alimentar e nutricional. 5. Bioética. I. Rosaneli,
Caroline Filla.

CDD 20. ed. - 612.3

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	9
PREFÁCIO.....	11

CONTEXTOS

BIOÉTICA E O DIREITO HUMANO À ALIMENTAÇÃO ADEQUADA	15
---	----

CAROLINE ERHARDT, CARLA CORRADI PERINI

TRANSFORMAÇÕES NO ESPAÇO RURAL E A INSEGURANÇA ALIMENTAR NO VALE DO RIBEIRA: descrevendo as práticas alimentares de agricultores caboclos.....	35
---	----

DANIELA FERRON CARNEIRO, MAISA DOS SANTOS,
ALESSANDRO DONASOLO, RUBIA CARLA FORMIGHIERI GIORDANI

RESPONSABILIDADE COMPARTILHADA PARA GARANTIA DE UMA ALIMENTAÇÃO ESCOLAR DE QUALIDADE.....	59
---	----

ANABELLE RETONDARIO, PATRÍCIA FERNANDA
FERREIRA PIRES, SILA MARY RODRIGUES FERREIRA

CÓDIGO DE ÉTICA DO NUTRICIONISTA: um processo de construção coletiva	81
---	----

THAIS SALEMA NOGUEIRA DE SOUZA, MARIA ADELAIDE
WANDERLEY REGO, SAMANTA WINCK MADRUGA,
CARMEN FRANCO, ELENICE COSTA, LEONARDO AGOSTINI

CONFLITOS

AUTONOMIA E CIRURGIA BARIÁTRICA NA ADOLESCÊNCIA 101

MAGDA ROSA RAMOS DA CRUZ, CARLA CORRADI
PERINI, ANTÔNIO CARLOS LIGOCKI CAMPOS

INTERVENÇÃO DIETÉTICA NAS DOENÇAS NEUROLÓGICAS NA INFÂNCIA: conflitos éticos e bioéticos 125

CLAUDIA SEELY ROCCO, IDA GUBERT

ABORDAGEM NUTRICIONAL EM CUIDADOS PALIATIVOS 141

ANA CLÁUDIA THOMAZ, CAROLLINE ILHA SILVÉRIO,
FERNANDA PIRES RESENDE, LETÍCIA HACKE,
MARYANNE ZILLI CANEDO DA SILVA, NATALI CAROL
FRITZEN, MARIA ELIANA MADALOZZO SCHIEFERDECKER

ALIMENTAÇÃO DO PACIENTE ONCOLÓGICO NO FIM DA VIDA: a autonomia em debate 157

FABIANE DE CÁSSIA SAVI TOMASIAK, ANOR SGANZERLA

ESCOLHAS

COMUNICAÇÃO DE RISCO REFERENTE AO CONSUMO DE ALIMENTOS INDUSTRIALIZADOS NO BRASIL	177
---	-----

ANDRÉ GODOY RAMOS

ÉTICA E REGULAMENTAÇÃO DA PUBLICIDADE DE ALIMENTOS DIRECIONADA A CRIANÇAS E ADOLESCENTES	195
--	-----

DILLIAN ADELAINÉ CESAR DA SILVA,
ANTONIO CARLOS RODRIGUES DA CUNHA

AMAMENTAÇÃO NA ADOÇÃO: potencializando a beneficência	219
--	-----

CAROLINE FILLA ROSANELI, BRUNA LUISA BUNHAK,
LUANA OLIVEIRA GIRARDON, MÁRIO ANTONIO SANCHES

SOBRE OS AUTORES	243
------------------------	-----



APRESENTAÇÃO

O livro *Contextos, conflitos e escolhas em Alimentação e Bioética* nutre a organização de importantes reflexões sobre alimentação em diferentes perspectivas. Foi organizado a partir das discussões do Programa de Pós-graduação em Bioética da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, juntamente com os demais autores brasileiros que discutem essas temáticas.

O ser humano é vulnerável por sua existência, e necessita da alimentação para sua sobrevivência e para que sua dignidade seja respeitada. O direito humano à alimentação adequada garante que os indivíduos tenham segurança alimentar e que seus outros direitos fundamentais sejam exercidos. A justiça e equidade deveriam perpetuar entre o ser humano e o acesso ao alimento seguro, porém as dimensões sociais não proporcionam de forma igualitária o acesso justo a todos. Os enfrentamentos de mercados legais implicam em desrespeito na compreensão e autonomia dos indivíduos nas suas escolhas alimentares, afetando, desta forma, suas decisões e o aparecimento cada vez mais precoce de doenças. Estas perspectivas assumidas no campo da Bioética tentam trazer aos leitores observações oportunas aos desafios atuais da sociedade em transformação.



Considerando que o mundo atual necessita de esclarecimentos sobre alimentação, devido ao desenfreado consumo alimentar e do impacto disto na vida e dignidade humana, este livro traz considerações sobre os temas abordados que envolvem o direito humano à alimentação adequada, práticas e escolhas alimentares, responsabilidades, vulnerabilidade, autonomia, conflitos e condutas éticas, cuidados paliativos, comunicação de risco e beneficência.

A abordagem sobre os contextos urbanos e rurais onde a alimentação e a Bioética dialogam é refletida como recurso político e social neste livro. Além disto, aspectos legais, nutricionais, familiares, sociais e antropológicos que transmuta pelos ciclos da vida, desde a infância, adolescência, fim da vida e em doenças específicas são diálogos encontrados nestes capítulos apresentados e são importantes enfrentamentos necessários para incorporar o diálogo da Bioética.

Da mesma forma, pode-se encontrar os conflitos e as tomadas de decisão sobre a alimentação e seu impacto na saúde dos indivíduos em diferentes ciclos da vida, baseando-se nos princípios da Bioética e a atuação do Estado e da sociedade na busca de autonomia nos contextos da vida.

A temática deste livro pretende ser um referencial na discussão de Bioética e alimentação.

Boa leitura!



PREFÁCIO

Em sua origem, a Bioética alvitrava o diálogo interdisciplinar entre áreas do conhecimento que tinham como problemática comum a identificação, compreensão e solução de problemas éticos que envolvem as diversas dimensões da saúde e da vida. Com o acelerado processo de especialização e fragmentação dos saberes, este diálogo interdisciplinar tem se tornado cada vez mais complexo e, neste sentido, a Bioética está correndo o risco de se tornar cada vez mais ‘disciplinar’, na medida em que suas produções são focadas e realizadas em temas ‘canônicos’ do campo, como a ética em pesquisa envolvendo seres humanos, as implicações de novas biotecnologias e as decisões de início e fim da vida.

Neste sentido, o livro *Contextos, conflitos e escolhas em Alimentação e Bioética* surge como oportunidade de resgate da perspectiva eminentemente interdisciplinar do campo, na medida em que as implicações éticas de questões nutricionais e alimentares (que não são temáticas do ‘cânone’ da Bioética) são tratadas na congregação de autores de diferentes áreas do conhecimento, incluindo, além da Nutrição, a Filosofia, a Medicina, o Direito, a Enfermagem, a Teologia, entre outras.

A obra divide-se em três partes, cada uma representando um aspecto de seu título: na primeira parte, as problemáticas estão inseridas



em “contextos” mais amplos de discussão e inserção das questões alimentares, incluindo a reflexão ética sobre responsabilidades, direitos e práticas. Na segunda parte, estão apresentados alguns “conflitos” de ordem clínica, incluindo temas como cirurgia bariátrica, nutrição em cuidados paliativos e em doenças neurológicas infantis. Por fim, a terceira parte reflete acerca de problemas envolvendo “escolhas” individuais e coletivas no campo da alimentação, incluindo questões como acesso à informação, publicidade e direito à amamentação na adoção.

O mérito da obra deve ser aferido a cada coautor que compõe os capítulos, mas, se eles me permitem, encerro essa breve apresentação congratulando a organizadora do livro, Prof^a. Dra. Caroline Fila Rosaneli, pela conquista de trazer esta obra à luz, apesar de todas as dificuldades inerentes tanto às questões práticas do mercado editorial quanto ao ‘desafio interdisciplinar’ da academia.

Aos leitores, desejo que aproveitem o máximo possível a leitura e que se sintam desafiados a dar continuidade, e mesmo ir além, às reflexões ora apresentadas.

Thiago Rocha da Cunha

Doutor em Bioética

Professor do Programa de

Pós-graduação em Bioética da PUCPR



BIOÉTICA E O DIREITO HUMANO À ALIMENTAÇÃO ADEQUADA

*Caroline Erhardt
Carla Corradi Perini*

Os direitos humanos são aqueles que todo ser humano possui pelo simples fato de ser parte da espécie humana e são inerentes à própria existência. São direitos inalienáveis e independem de legislação nacional, estadual ou municipal específica. Asseguram às pessoas o direito de levar uma vida digna, objetivando a harmonia e o bem estar. Os direitos humanos e o reconhecimento que a dignidade é inerente a toda pessoa humana avançam à medida que avança a humanidade, de acordo com os conhecimentos e consciência construídos e com a organização da sociedade e do Estado (BRASIL, 2013; ONU, 1948).

Os direitos humanos tratam sobre condições básicas de vida que todos os seres humanos devem ter para viver com dignidade, e para tanto, o direito à vida, à liberdade, acesso à saúde, educação, moradia, informação e alimentação adequada são alguns exemplos de direitos que devem ser contemplados de forma universal, indivisível, inalienável, inter-dependentes e inter-relacionados (LEAO et al, 2013; SIQUEIRA et al, 2014).



O regime de direitos humanos enfatiza a participação, a solidariedade, a ação coletiva e a responsabilidade, procurando assegurar essas necessidades básicas. Por outro lado, a contemporânea globalização, guiada pelo sistema de produção capitalista, fragmenta as comunidades, produzindo vulnerabilidade e insegurança sem valores comuns (RAMOS JÚNIOR; SILVEIRA, 2011).

Assim, o contexto e o momento histórico em que vivemos fazem com que a Bioética se debruce sobre as transformações políticas, econômicas, sociais, culturais, ambientais, epidemiológicas e demográficas, para uma aproximação com os problemas da coletividade, principalmente em países com grandes níveis de desigualdade social, como o Brasil (FORTES, 2011). Uma Bioética que se oriente pelo respeito e incentivo à liberdade individual de tomada de decisão, adicionada aos princípios da solidariedade, da justiça, da equidade e da responsabilidade, reforçando a necessidade de proteção dos mais desfavorecidos, vulneráveis ou vulnerados (FORTES, 2011), pois a ética que defende a dignidade de todos deve ter como prioridade a defesa dos mais frágeis (SANCHES, 2004).

Sanches (2004, p.57) ainda afirma que:

Aparentemente, o avanço nos direitos humanos e na sensibilidade pelos grupos minoritários e oprimidos pode dar uma impressão de que a humanidade está amadurecida para conclamar todos a respeitarem a dignidade humana. Num outro momento, parece que tudo isso é expressão vazia e os seres humanos, concretamente, continuam a se submeter a práticas mais indignas deles.

A interdisciplinaridade, condição fundamental para a Bioética, a torna um campo peculiarmente interessante de se debater as questões



relacionadas aos direitos humanos, pois, se não houver o enfrentamento da realidade na qual os mesmos serão aplicados, a simples adoção de princípios universais é inadequada (UNESCO, 2005). Portanto, por se fundamentar em uma visão macro, ampliada e seguramente comprometida com a dimensão social, a Bioética, bem como seus referenciais, deve ser incorporada nos processos de definição das políticas públicas, contribuindo na construção de sociedades mais justas e que garantam os direitos humanos (CARVALHO; ROCHA, 2013).

Assim, há necessidade de ampliar o olhar da Bioética para questões concretas existentes em nosso país, incluindo as relacionadas à qualidade da vida humana como a alimentação adequada. A preocupação com a alimentação adequada vem sendo foco de estratégias, políticas e ações de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN).

A SAN consiste na realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde, que respeitem a diversidade cultural e que sejam social, econômica e ambientalmente sustentáveis (BRASIL, 2006).

Nesse sentido, este texto tem como objetivo refletir sobre o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) como um direito social dentro do contexto da SAN, evidenciando a necessidade do Estado Brasileiro assegurar à população este direito, que é fundamental para a dignidade humana, levando em consideração que uma alimentação adequada é aquela que colabora para a construção de seres humanos saudáveis, conscientes de seus direitos e deveres, enquanto cidadãos do Brasil e do mundo.



O DIREITO HUMANO À ALIMENTAÇÃO ADEQUADA

O direito à alimentação, como direito fundamental, foi recentemente incluído na Constituição Federal, passando a figurar como direito social no seu artigo 6º, após a Emenda Constitucional 064/2010, que incluiu o direito à alimentação entre os direitos individuais e coletivos. Sendo assim, o artigo 6º da Constituição Federal passou a ter a seguinte redação:

São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição (BRASIL, 2010).

A questão do direito à alimentação adequada é descrita em vários tratados internacionais sobre direitos humanos. O DHAA está previsto originalmente no art. 25º da Declaração Universal dos Direitos Humanos, onde é discutido no contexto da promoção do direito a um padrão adequado de vida e é reafirmado no art. 11º do Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC) (VALENTE et al, 2007). Na própria Constituição Federal, antes mesmo da sua inclusão no art. 6º, o artigo 1º prevê os cinco fundamentos da República Federativa do Brasil (soberania, cidadania, dignidade da pessoa humana, valores sociais do trabalho e da livre iniciativa e pluralismo político) e, o próprio artigo 6º já trazia em seu texto a saúde como direito social e fundamental (BRASIL, 1988), deixando implícita a alimentação como essencialmente básica para a realização do direito à saúde, visto que é impossível imaginar saúde sem uma alimentação adequada.



Em 2002, o DHAA recebeu pelo Relator Especial da ONU a seguinte definição:

O direito à alimentação adequada é um direito humano inerente a todas as pessoas de ter acesso regular, permanente e irrestrito, quer diretamente ou por meio de aquisições financeiras, a alimentos seguros e saudáveis, em quantidade e qualidade adequadas e suficientes, correspondentes às tradições culturais do seu povo e que garantam uma vida livre do medo, digna e plena nas dimensões física e mental, individual e coletiva.

Para a adequada promoção do DHAA, a realização de ações específicas nos diferentes setores se torna imprescindível, conforme afirma Burity et al (2010, p. 30):

A promoção da garantia do DHAA passa pela promoção da reforma agrária, da agricultura familiar, de políticas de abastecimento, de incentivo às práticas agroecológicas, de vigilância sanitária dos alimentos, de abastecimento de água e saneamento básico, de alimentação escolar, do atendimento pré-natal de qualidade, da não discriminação de povos, etnia e gênero, entre outros.

As ações de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) têm como um dos princípios a articulação entre o governo e a sociedade para a formulação de políticas e na definição de orientações para que o Estado garanta o DHAA, a fim de fazer cumprir o dever do poder público em respeitar, proteger, promover, prover, informar, monitorar, fiscalizar e avaliar a realização do DHAA, bem como garantir os mecanismos para sua exigibilidade (CONSEA, 2004). Neste contexto



de Segurança Alimentar e Nutricional, está a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), tendo como uma das prioridades a promoção da alimentação adequada, que envolve a prática alimentar apropriada aos aspectos biológicos e socioculturais dos indivíduos.

Sendo o direito de se alimentar parte essencial dos direitos humanos, é inadmissível que uma parcela expressiva da humanidade sofra permanentemente de fome. A formulação de um direito fundamental à alimentação deve hoje ser vista e desenvolvida de forma inseparável com o direito humano à nutrição. O alimento só adquire uma verdadeira dimensão humana quando o ser humano se alimenta de forma correta, fazendo com que disponha de uma melhor nutrição e saúde, majorando a sua medida de dignidade e o reconhecendo como sujeito de direitos (COMPARATO, 2001; VALENTE, 2003).

A efetivação do direito à alimentação, como direito fundamental, exige, em todos os níveis, um olhar transdisciplinar, pois passa pela adoção de políticas e estratégias sustentáveis de produção, distribuição, acesso e consumo de alimentos seguros e de qualidade, promovendo-se a saúde com uma alimentação saudável. Não é possível analisar o acesso à alimentação restrito a um só ponto de vista, motivo pelo qual o olhar interdisciplinar da Bioética é essencial para contemplar o aspecto social, biológico, sanitário, jurídico e econômico envolvido na temática (BRASIL, 2014).

Josué de Castro, médico e escritor que dedicou sua vida no combate a fome, já destacava que a ingestão de alimentos, para ser considerada saudável, deveria ser compatível com as necessidades de cada ser humano, por isso sublinhava a relevância do Estado cuidar não apenas dos atingidos pela fome aguda, mas também zelar em relação aos acometidos pela fome crônica. O autor correlaciona os dois tipos de fome (aguda ou crônica) à morte, mas ressalta que o fenômeno



da fome crônica, que corrói silenciosamente muitas populações do mundo, é a de maior gravidade devido às suas repercussões sociais e econômicas (CASTRO, 2003).

Quer se fazer entender que tanto a falta quanto o excesso de alimentos são prejudiciais à saúde e privam os cidadãos de um direito que é fundamental à vida. Mais uma vez aqui se destaca a importância de ações do Estado em garantir uma alimentação adequada a todos os cidadãos, visto que o efetivo cumprimento do DHAA combina a adequação entre a quantidade de calorias e a qualidade dos nutrientes ingeridos.

A plena realização do DHAA sob a perspectiva da segurança alimentar adquiriu novos contornos. Até o início do século XX, a discussão sobre a alimentação tinha como objetivo exclusivo combater à fome, e, a partir de então, a ideia de segurança alimentar tornou-se conjugada ao DHAA. Na década de 80, incluiu-se no rol de mecanismos para a obtenção do DHAA a oferta estável e adequada de alimentos e de garantia de acesso e de qualidade, reafirmando a necessidade da redistribuição dos recursos materiais e renda e redução da pobreza (CHEHAB, 2013).

No final da década de 80 e início de 90, foi adicionado à expressão “segurança alimentar” o termo “nutricional”, abrangendo, dessa forma, questões relativas à qualidade sanitária, biológica, nutricional e cultural dos alimentos e das refeições individuais e coletivas. Nesse mesmo cenário, entram em cena as questões de equidade, justiça, relações éticas entre a geração atual e as futuras, quanto ao uso sustentável e adequado dos recursos naturais e do meio ambiente.

Desde a década de 90, a sociedade civil brasileira apontava a importância da adoção de uma lei que dispusesse sobre a temática, como estratégia fundamental para a realização do DHAA, que seria uma



base a partir de onde derivariam outras leis, políticas públicas, decisões e ações públicas relativas à SAN. No Brasil, em 2006, entrou em vigor a Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN), representando um grande avanço para a exigibilidade do direito à alimentação, através de mecanismos estatais. A LOSAN estabelece a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) como sendo subordinada a dois princípios, quais sejam: a) DHAA e b) Soberania Alimentar. Significa que tais princípios devem orientar a definição das estratégias de desenvolvimento do país, bem como a formulação das políticas públicas para o cumprimento de seus objetivos e criação de instrumentos de monitoramento e controle social (BRASIL, 2014).

A LOSAN instituiu um sistema nacional norteado pelos princípios da universalidade, participação social, intersetorialidade e equidade. Deve, assim, programar modos de produzir, abastecer, comercializar e consumir alimentos que sejam sustentáveis do ponto de vista socioeconômico e ambiental, respeitem a diversidade cultural, promovam a saúde e garantam o DHAA (BRASIL, 2013).

Assim, para que as políticas de SAN se consolidem como políticas públicas, voltadas a atender ao interesse público e à promoção da equidade e justiça é necessário o fortalecimento do processo democrático de definição dessas políticas, multiplicando os atores envolvidos, os espaços e oportunidades de interação entre eles.

VIOLAÇÃO DO DHAA: UMA QUESTÃO BIOÉTICA

O DHAA é violado sempre que pessoas, grupos ou comunidades vivem em situações de fome por não terem acesso a alimentos em quantidade e qualidade adequadas para satisfazer suas necessidades alimentares e nutricionais (BRASIL, 2013).



Adicionalmente, a vivência de restrições alimentares sem o direito de acesso a alimentos adequados a partir de políticas públicas se configura em fator de exclusão social. Essa afirmativa se sustenta no fato de que a inadequação alimentar acarreta prejuízo no desenvolvimento físico e mental, e implica também, em diminuição no desempenho e aumento da evasão escolar no caso de crianças, o que pode levar futuramente a condições precárias de trabalho e remuneração. Nessa concepção, a inacessibilidade a uma alimentação adequada em quantidade e qualidade se caracteriza como situação de insegurança alimentar e nutricional e de violação do DHAA (SIQUEIRA, 2014).

A inserção da Bioética no campo do DHAA fica evidente no art. 14 da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, “Responsabilidade Social e Saúde”, que trata da questão do acesso às condições essenciais para a sobrevivência física e social das populações humanas, no item II “Acesso à nutrição adequada e água de boa qualidade” (UNESCO, 2005). Portanto, violar o DHAA implica em infringir diretamente o primeiro direito de todos: o direito à vida.

Assim, o DHAA não pode ser reduzido a uma mera concepção normativa. Os direitos humanos são construídos sobre uma base dinâmica de respeito, inclusão e reconhecimento (MACHADO, 2009; RUBIO, 2010). Para a incorporação do conceito de DHAA nas estratégias de desenvolvimento social e de SAN são necessárias mudanças nos processos, nas formas de fazer as coisas e, fundamentalmente, na cultura institucional do Estado, de seus servidores e da população em geral (VALENTE; BEGHIN, 2006; VALENTE et al, 2007).

O DHAA está intimamente vinculado à dignidade da pessoa humana e é indispensável à satisfação de outros direitos humanos (BRASIL, 2014). O ser humano necessita mais do que atender necessidades recomendadas de energia e ter uma alimentação equilibrada do ponto



de vista nutricional. O DHAA possui duas dimensões indivisíveis: o direito a estar livre da fome e da má-nutrição e o direito a uma alimentação adequada. Portanto, para a plena realização dessas duas dimensões do DHAA, todos os demais direitos humanos fundamentais precisam ser garantidos (VALENTE et al, 2007), visto que a saúde das pessoas é resultado de fatores diversos tais como: os sociais, culturais, ecológicos, psicológicos, econômicos e religiosos, que atuam como determinantes ou condicionantes da saúde (art. 3º, caput, da Lei 8.080/1990). Ao compreender a saúde dessa forma, percebe-se que não se trata apenas de uma questão biológica e nem a mera ausência de doenças, sendo uma obrigação de o Estado brasileiro garantir estes direitos e responsabilidade de todos nós (BURITY; VALENTE, 2010).

Conforme o disposto no resumo executivo do Relatório de Desenvolvimento Humano (2007/8) fica evidente que o estado precário de saúde das pessoas em países com elevado nível de desigualdade social deve ser discutido no âmbito da justiça. Pois a distribuição desigual de poderes e de renda, assim como de mercadorias e serviços, em nível nacional e internacional, implica diretamente nas condições de vida da população com relação ao acesso à saúde e implicitamente, podemos incluir, à alimentação adequada. Essa precariedade é resultante de uma combinação tóxica de políticas sociais e programas precários com planos econômicos injustos, inclusive com má política (SEMPLICI, 2012; UNDP, 2008).

Considerando que os direitos são uma questão de justiça política e não somente de boa moral (SEMPLICI, 2012), ressalta-se o dever do Estado em formular políticas nacionais que visem ao aumento constante do bem-estar de toda a população, assegurando a igualdade de direitos referentes ao acesso às garantias sociais que dizem respeito à qualidade de vida.



DESAFIOS PARA GARANTIR A EFETIVAÇÃO DA ALIMENTAÇÃO ADEQUADA COMO DIREITO FUNDAMENTAL

Tendo em vista que o DHAA é imprescritível, irrenunciável, impenhorável não podendo ser objeto de compensação, o não cumprimento da obrigação de alimentação a todos por parte do Estado constitui um ato ilícito, embora o conceito de alimentação adequada não seja conhecido por todos como parte dos direitos fundamentais e, consequentemente, passível de reclamação (BRASIL, 2013; BRASIL, 2014).

A Legislação brasileira criou e manteve instrumentos judiciais que permitem à população exigir do Estado atenção aos seus direitos humanos. Ainda assim, muitos desses direitos não estão sendo providos a toda população de maneira equitativa. Exigibilidade é a possibilidade de exigir o respeito, a proteção, a promoção e o provimento de direitos perante os órgãos públicos competentes (administrativos, políticos ou jurisdicionais), com o escopo de prevenir e/ou reparar violações a esses direitos. Ademais, no conceito de exigibilidade está incluído, além do direito de reclamar, o direito de ter uma resposta e ação em tempo oportuno para a reparação da violação por parte do poder público (BRASIL, 2013).

A ação civil pública é um instrumento jurídico previsto na Constituição Federal que pode ser usada para garantir o DHAA, para a qual se prevê mecanismos de reparação do dano material e moral, podendo obrigar o Estado a implementar determinado programa ou serviço para garantir esse direito. O Ministério Público vem desempenhando um papel importante na promoção desse direito, por sua prerrogativa de instaurar Inquérito Civil Público, instrumento por meio do qual se pode apurar irregularidades ou violações de direitos, emitindo-se recomendações ao Poder Público, firmando-se Termos de Ajustamento



de Conduta às Normas Legais, ou então movendo Ação Civil Pública (BRASIL, 2013; ALMEIDA, 2010).

Como exemplos de organizações da sociedade civil que se relacionam diretamente com ações pela efetividade do DHAA têm-se atualmente:

- COMIDha: Comitê Nacional de Implementação do Direito Humano à Alimentação Adequada, onde se desenvolve trabalhos nas áreas de SAN e Direito Humanos no Brasil.
- ABRANDH: Ação Brasileira pela Nutrição e Direitos Humanos.
- FIAN: Rede de Informação e Ação pelo Direito a se Alimentar.
- INESC: Instituto de Estudos Socioeconômicos.
- FENDH: Fórum de Entidade Nacionais de Direitos Humanos.

O Brasil é atualmente uma das referências mundiais no que concerne aos termos de política nacional de combate à fome, e assume um considerável protagonismo no plano internacional referente a este tema. O Governo Federal vem implantando uma série de programas e ações de SAN, que nos últimos anos já passaram por uma significativa ampliação de metas e recursos, e hoje são muitas as Políticas Públicas voltadas para a garantia do DHAA, desenvolvidas por diversos setores que atuam desde a produção de alimentos até a garantia de assistência alimentar às famílias em situação de vulnerabilidade alimentar.

Dentre os programas e políticas vigentes destacam-se: Programa de Aquisição de Alimentos – PAA (Ministério do Desenvolvimento Social – MDS e Ministério do Desenvolvimento Agrário – MDA); Programa Nacional de Alimentação Escolar – PNAE (Ministério da Educação – MEC); Programa Bolsa Família (MDS); Programa Cisternas (MDS); Rede de Equipamentos Públicos de Alimentação e Nutrição



(restaurantes populares, bancos de alimentos e cozinhas comunitárias); Programa Nacional da Reforma Agrária (MDA); Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar – PRONAF (MDA); Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN (Ministério da Saúde – MS); Política Nacional de Alimentação e Nutrição – PNAN (MS); Programa de Alimentação do Trabalhador – PAT (Ministério do Trabalho – MT); Programas de SAN destinados às populações negras, povos indígenas e comunidades tradicionais – Decreto nº 6040/2007.

Fica claro que os programas e as políticas sociais vigentes proporcionam meios para a reivindicação do direito à alimentação, tornando um caminho mais fácil para os cidadãos exercerem seus direitos. Porém, diante das evidências de condições de pobreza e vulnerabilidade associadas a um quadro de dificuldades materiais, relacionais e culturais que interferem na reprodução social dos indivíduos (YASBEK, 2012), ressalta-se que muito mais deve ser feito a fim de garantir que todas essas políticas e programas sejam realmente efetivos. Neste sentido, é importante ressaltar a elaboração do Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PLANSAN) de 2012-2015, que integra dezenas de ações, do conjunto dos diferentes órgãos, voltadas para a produção, o fortalecimento da agricultura familiar, o abastecimento alimentar e a promoção da alimentação saudável e adequada. O PLANSAN consolida-se como um instrumento de monitoramento das metas para o conjunto de ações voltadas para a SAN que, sob a coordenação da Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN), permitirão uma análise mais abrangente e intersetorial dos seus resultados, permitindo a realização progressiva do DHAA (BRASIL, 2011).



Considerando-se que a efetivação do DHAA está interrelacionada à garantia dos outros direitos sociais, o principal desafio envolve o combate à produção de desigualdade, que é inerente ao sistema capitalista, requerendo, portanto, uma intervenção para além do campo das políticas sociais. Trata-se de reconhecer que há um campo de atuação importante que atenda às necessidades sociais da população, sem responsabilizar o sujeito pelas vicissitudes e mazelas que o capitalismo produz (YAZBEK, 2012).

Apesar das diferentes iniciativas intersetoriais do Estado, discute-se o fato de a existência de leis normativas, políticas públicas e outros instrumentos não garantirem o legítimo cumprimento do DHAA, pois embora orientem e determinem ações, somente terão seu valor constituído quando indivíduo, sociedade e Estado conhecerem e dividirem as responsabilidades de suas cláusulas, minorando as vulnerabilidades inerentes à negação de um direito humano básico – a alimentação adequada.

Ainda, como desafio para a concretização do DHAA, podemos citar o modelo predominante de produção de alimentos que favorece a disponibilidade de produtos industrializados com alta densidade energética, ricos em açúcar e gordura, e uma uniformização das práticas alimentares. Tais coisas são profundamente relacionadas com as transformações culturais em curso, determinadas por processos como a urbanização acelerada; longas distâncias entre a casa e o trabalho; pouco tempo para as refeições; excesso de trabalho pela alta competitividade dos mercados etc., contexto que favorece refeições rápidas, maior consumo de alimentos processados, pré-preparados etc. Além disso, as informações e propagandas que são, predominantemente, veiculadas pelos meios de comunicação têm grande impacto no perfil alimentar atual (CONSEA, 2004).



As políticas de abastecimento alimentar em países com elevada desigualdade de renda como o Brasil apresentam características peculiares, que se acentuam numa conjuntura de crise econômica. A heterogeneidade e a desigualdade social fazem com que a demanda por bens de consumo pouco elaborados e de baixo preço coexista com a proliferação de produtos com maior valor agregado destinado a atender à crescente segmentação que caracteriza o mercado de alimentos. Merece atenção especial a parcela da população com dificuldades de acesso aos alimentos por insuficiência de renda, em função de suas precárias condições de trabalho ou do desemprego (CONSEA, 2004).

Por fim, o que também se observa é que para situações nas quais direitos são violados ou não implementados, existe uma verdadeira carência de mecanismos de exigibilidade e reparação eficientes no âmbito administrativo e judicial. Faz-se necessário que os titulares de direitos apoderem-se das conquistas populares institucionalizadas em tratados internacionais e na constituição nacional, pois esses tratados e normas, justamente por consagrarem direitos, impõem obrigações aos países para a garantia dos direitos neles consagrados. O conhecimento das normas, tratados, instrumentos e da linguagem de direitos humanos é fundamental para o fortalecimento da luta por direitos e contribui para a criação de atores sociais que podem intervir de forma mais veemente na vida política de seu país e que sejam sujeitos de direitos, donos de sua própria história. (VALENTE et al, 2007).

Portanto, cabe à população a cobrança e aos que representam a população, através do poder público, um olhar mais humanizado aos problemas existentes na sociedade, para que desta forma, administrem de forma clara e concreta todas as questões que hoje excluem milhares de pessoas de terem seus direitos sociais assegurados e efetivados.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

A segurança alimentar e nutricional tem garantido a progressividade da promoção do DHAA, desde a disponibilidade do alimento à qualidade com que o alimento se apresenta (se livre de modificações genéticas e apto a agregar os nutrientes necessários a uma vida saudável).

Com a inclusão da alimentação na Constituição Federal como direito fundamental, evidenciou-se que as políticas públicas de alimentação não devem ser apenas programas de erradicação da fome, mas que devem permanecer como obrigação do Estado em proporcionar à sua população o DHAA, ficando claro que a luta contra a fome é passo decisivo para a efetivação da alimentação como direito fundamental.

Ademais, a sensibilização da população brasileira e o seu reconhecimento acerca da questão da alimentação como direito fundamental, pressiona a ampliação de recursos destinados às políticas públicas na área de alimentação.

Por fim, fica claro que o direito à alimentação adequada goza de tamanha relevância para o Estado Democrático de Direito que a sua efetivação é imprescindível para a proteção da dignidade humana, motivo pelo qual essa temática deve ser discutida no âmbito da Bioética. A afirmação da dignidade humana deve ser objetivo de qualquer ação que deseje ser considerada eticamente correta.



REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Daniela Lima de. *Alimentação Adequada como Direito Fundamental*: desafios para garantir a efetivação. *Revista Internacional de Direito e Cidadania*, Instituto Estudos Direito e Cidadania, v. 5, n. 14, p. 55-70, Out. 2010.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, 1988.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. *Lei Orgânica da Saúde*. Diário Oficial da União. Brasília, 20 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 01 ago. 2016.

_____. Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. *Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional – LOSAN*. Diário Oficial da União, Brasília, 15 set. 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11346.htm>. Acesso em: 01 ago. 2016.

_____. Emenda Constitucional nº 64, de 4 de fevereiro de 2010. *Altera o art. 6º da Constituição Federal, para introduzir a alimentação como direito social*. Diário Oficial da União, Brasília, 5 fev. 2010. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc64.htm>. Acesso em: 01 ago. 2016.

_____. Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional. *Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional*: 2012/2015. Brasília: CAISAN, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Alimentação e Nutrição*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.



_____. ABRANDH. *O Direito Humano à Alimentação Adequada e o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional*. Brasília: SAN e o DHAA, 2013.

_____. *Educação Alimentar e Nutricional: Uma estratégia para a promoção do Direito Humano à Alimentação Adequada*. Brasília: Ideias na Mesa, 2014.

BURITY, Valéria et al. *Direito Humano à Alimentação Adequada no contexto de Segurança Alimentar e Nutricional*. Brasília: ABRANDH, 2010.

CARVALHO, Osvaldo Ferreira de. *O Direito Fundamental à Alimentação e sua proteção jurídico-internacional*. Revista de Direito Público, Londrina, v. 7, n. 2, mai. /ago. 2012, p.181-224.

CASTRO, Josué. *Geografia da fome – o dilema brasileiro: o pão ou aço*. 3 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

CHEHAB, Isabelle Maria Campos Vasconcelos. *O Direito Fundamental à Alimentação Adequada: contexto histórico, definição e notas sobre a sua fundamentalidade*. Revista Âmbito Jurídico, n. 119, Dez. 2013. Disponível em: <http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=6603>. Acesso em: 20 jul. 2014.

COMPARATO, Fábio Konder. *A Afirmação histórica dos Direitos Humanos*. 2 ed. São Paulo: Saraiva, 2001.

CONSEA. Conselho de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA). *Princípios e Diretrizes de uma Política de Segurança Alimentar e Nutricional*. Textos de Referência da II Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Brasília, jul. 2004. 80 pp.



LEAO, Marília Mendonça (Org.). *O Direito Humano à Alimentação Adequada e o Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional*. Brasília: ABRANDH, 2013.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. Assembleia Geral das Nações Unidas, 10 dez. 1948.

RAMOS JÚNIOR, Dempsey Pereira; SILVEIRA, Edson Damas. *Globalização Multicultural, direitos universais humanos e socioambientais*. Revista de Direito Econômico e socioambiental. Curitiba, v. 2, n. 1, jan./jun. 2011, p. 11-39.

SANCHES, Mario Antonio. *Bioética: Ciência e Transcendência*. 1 ed., São Paulo: Loyola, 2004.

SEMPlici, Stefano. *Um direito fundamental: o mais elevado padrão de saúde*. In: PORTO, Dora et al (Orgs.). *Bioéticas, poderes e injustiças: 10 anos depois*. Brasília: CFM/Cátedra Unesco de Bioética/SBB, 2012, p. 323-340.

SIQUEIRA, Renata Lopes de; et al. *Análise da incorporação da perspectiva do Direito Humano a Alimentação Adequada no desenho institucional do programa nacional de alimentação escolar*. Revista Ciência e Saúde Coletiva [online], v. 19, n. 1, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n1/1413-8123-csc-19-01-00301.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2014.

UNDP/PNUD - United Nations Development Programme/Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. *Human Development Report 2007/2008. Fighting climate change: Human solidarity in a divided world*. Disponível em: <http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_20072008_summary_english.pdf>. Acesso em: 31 out. 2014.



VALENTE, Flavio; FRANCESCHINI, Thaís; BURITY, Valéria. *A Exigibilidade do Direito Humano à Alimentação Adequada*. Brasília: ABRANDH – FAO, 2007. Disponível em: <<http://www.bvsde.paho.org/texcom/nutricion/exigibilidade.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2014.

VALENTE, Flavio. *Fome, desnutrição e cidadania: inclusão social e direitos humanos*. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 12, n. 1, jun. 2003, p. 51-60.

YAZBEK, Maria Carmelita. *Pobreza no Brasil contemporâneo e formas de seu enfrentamento*. Serviço Social e Sociedade. São Paulo, n. 110, abr./jun. 2012, p. 288-322.



TRANSFORMAÇÕES NO ESPAÇO RURAL E A INSEGURANÇA ALIMENTAR NO VALE DO RIBEIRA: descrevendo as práticas alimentares de agricultores caboclos

Daniela Ferron Carneiro

Maisa dos Santos

Alessandro Donasolo

Rubia Carla Formighieri Giordani

A alimentação humana envolve distintos modos de relação com a natureza, e, portanto, remete a questões no plano da Bioética ambiental (UNESCO, 2005; Schramm, 2014). Tomando como quadro de análise uma comunidade rural localizada no Vale do Ribeira paranaense, este capítulo discute a insegurança alimentar e a fragilidade à qual está exposto, neste contexto social, o Direito Humano à Alimentação Adequada (VALENTE, 2002; BEZERRA, ISAGUIRRE, 2015). Será explorado ao longo do texto o problema de como a geografia humana e espacial afetada por processos econômicos mais amplos geram o enfraquecimento da agricultura familiar e das culturas agrárias locais,



afetando a produção agrícola e afetando diretamente as práticas alimentares regionais.

Metodologicamente, optou-se pela abordagem social qualitativa (MINAYO, 2010) utilizando a pesquisa-ação (THIOLLENT, 2004) e entrevistas semi-estruturadas (SERAPIONI, 2000) além de questionários estruturados sobre frequência de consumo alimentar. Os mesmos foram aplicados através de visitas domiciliares em 24 famílias, sendo as entrevistas realizadas sempre com as mulheres da casa.

A ALIMENTAÇÃO NO CONTEXTO DA CULTURA E DOS DIREITOS HUMANOS

Embora apresente uma importância indiscutível no âmbito da produção e abastecimento, a agricultura familiar não pode ser caracterizada apenas como uma forma social e econômica diferenciada de produção de alimentos. Ela representa um modo de vida, uma cultura própria de aproximação com a natureza que é profundamente marcada pela vida comunitária (WOORTMANN, 1995; GÖERGEN, 2004; FURTADO, BEZERRA, 2014).

Além de um espaço produtivo, como normalmente é analisado, o meio rural se caracteriza por abrigar modos particulares de vida e de cultura (WANDERLEY, 2009; JUNGES, 2014; FURTADO, BEZERRA, 2014) necessários à compreensão da realização da segurança alimentar em seu sentido mais amplo.

O alimento, além de essencial à manutenção da vida, expressa uma forte relação que o homem estabelece com outros homens, com as tradições da sua comunidade e com a terra onde vive (WANDERLEY, 2009, 2011). Através da alimentação o homem se renova na sua humanidade (VALENTE, 1997, 2002).



A alimentação envolve mecanismos simbólicos, além mobilizar estratégias para a reprodução social e econômica das unidades de produção e vida familiar (BRANDÃO, 1989). Na agricultura familiar, o alimento produzido não está restrito ao valor econômico, pois sua produção envolve uma relação identitária e de vínculo que o homem e a mulher do campo mantêm com o lugar onde vivem (TEDESCO, 2011). Este conjunto largo de relações de sentido que envolve a terra, o trabalho e a família, pode ser definido como cultura agrária.

Nesta seara, falar de direito humano à alimentação adequada implica estender o direito de acesso aos recursos e mecanismos de adquirir e produzir os alimentos seguros do ponto de vista ambiental e sanitário (VALENTE, 2002; Albuquerque, 2009; ABRANDH, 2010;). As implicações são políticas e éticas. Diversos autores têm sinalizado que o modelo de desenvolvimento rural e a modernização conservadora da agricultura brasileira, com a expansão do agronegócio e das formas privadas de apropriação dos recursos naturais, têm sido um obstáculo à concretização do Direito Humano a Alimentação Adequada no espaço rural (GRAZIANO DA SILVA, 1981; VALENTE, 1997; UNESCO, 2005; MALUF, 2007; ABRANDH, 2010; SCHNEIDER, 2010).

As consequências éticas de expandir o debate da alimentação adequada no contexto dos direitos humanos refletem na necessidade da observância das pluralidades no campo e das diferenças no modo de vida e organização social dessas comunidades camponesas que constituem uma expressão do patrimônio cultural e da identidade da sociedade brasileira (UNESCO, 2005; HERNÁNDEZ, 2005; ABRANDH, 2010; SANTILLI, 2015).

No campo, as relações entre produção e consumo são bastante diretas, haja vista que os aspectos produtivos afetam diretamente as possibilidades de ingestão e os modelos alimentares. As escolhas dos



alimentos que serão consumidos pelas famílias agregam significados relativos aos ritmos sociais da vida, relação natureza-cultura, reprodução da força para o trabalho, entre outros. Existem os alimentos que dão força para o trabalho na roça, aqueles associados ao feminino, os alimentos de fim de semana e outros típicos de festividades. Estudo clássico de Brandão (1989), ao etnografar os hábitos alimentares de lavradores urbanizados da região de Mossamedes, Goiás, mostrou algumas diferenças que os moradores da região estabeleciam entre os alimentos, como fortes e fracos, e naturais ou não naturais. Estas categorias estavam associadas com os alimentos que costumavam ser consumidos pelas famílias e que eram produzidos nas propriedades rurais (leite gordo, carne com tutano, emprego da banha e toicinho nas preparações, uso de mandioca e raízes fortes), em comparação com os alimentos fracos provenientes da cidade, como carne, batata inglesa, óleo vegetal e leite magro.

A comida representada como forte normalmente surge relacionada com a necessidade do trabalho árduo no campo, e esta associação também foi encontrada na pesquisa de Menasche et al (2008), que em estudo sobre hábitos alimentares de comunidades rurais da região sul do país, se deparou com relatos de que a comida na colônia costumava ser mais forte, com um teor de gordura maior, sendo adequada às exigências do trabalho físico intenso despendido nas roças. Assinala que paralelamente à diminuição na produção de alimentos dentro das comunidades, ocorreram também as transformações de hábitos alimentares com a inserção de alimentos percebidos como mais “leves”, provenientes dos mercados e das cidades.

Outra constatação interessante da autora é que a alimentação proveniente da produção para consumo familiar era geralmente encarada como uma alimentação mais natural e saudável: aquilo



que era produzido em casa, sem aditivos químicos e agrotóxicos, seria natural, em contrapartida com o que era comprado nas vendas e cidades. Não é incomum certa desconfiança com a qual o homem do campo encara os alimentos comprados nos mercados, percebidos como não saudáveis pela possibilidade de conter produtos químicos (MENASCHE et al., 2008).

O MEIO RURAL COMO ESPAÇO PRODUTIVO E SOCIAL

A Comunidade do Caçador se localiza na região rural de Itaperuçu, aproximadamente 30 km do centro urbano, numa região marcada pelos vales característicos da região conhecida como Vale do Ribeira, por estradas de terra acidentada e de difícil acesso. Constituída por cerca de 40 famílias, a comunidade se organiza em torno de núcleos familiares, agrupados em duas a três famílias em diferentes casas, agregando normalmente à casa dos pais, os filhos solteiros e as casas dos filhos casados e suas respectivas famílias.

Quanto à produção agrícola, esta pode ser realizada em parceria entre o núcleo familiar. Nem todas as famílias residentes na comunidade detém a posse da terra. Embora mais da metade das famílias morem e produzam em áreas próprias, apenas uma parcela destas possuem registro legal da propriedade. Parte das famílias mora em terras arrendadas, sendo a maioria dos casos não haver contrato lavrado com o proprietário.

O arrendamento dentro da comunidade não é apenas aquele regulamentado por contrato formal, mas existe uma relação de interdependência entre as famílias da comunidade. O fato de morar em terra cedida por outra pessoa é visto como “um favor”, uma assistência, a maioria das famílias nestas condições têm os donos das propriedades



como “padrinhos” e pessoas às quais podem recorrer em determinados momentos, como no auxílio com transporte até a cidade, uso de telefone e empréstimos.

Observa-se que estas relações de dependência que envolvem a terra implicam diretamente na alimentação das famílias descapitalizadas. Os donos das terras também são donos de mercearias da região, que têm em seus inquilinos a freguesia fiel de suas vendas. Por vezes, também o arrendador estabelece restrições quanto à produção de alimentos dentro de suas terras, fato que agrava ainda mais a dependência pelos alimentos comercializados nas vendas.

Com relação ao trabalho, sua organização é marcada pela variedade nas atividades desenvolvidas. Esta pluriatividade, segundo Schneider (2003), é caracterizada pela combinação das múltiplas ocupações das pessoas de uma mesma família envolvendo atividades não agrícolas. As relações de produção e trabalho nesta comunidade refletem a tendência da pluriatividade rural como alternativa ao êxodo nas comunidades pauperizadas. Como a maioria das famílias produzem poucos alimentos para o consumo familiar, costumam complementar seus rendimentos com o trabalho extra fora da propriedade. As poucas mulheres que trabalham fora o fazem na escola rural local, já os homens, em sua maioria os mais jovens, trabalham nas empresas de silvicultura da região.

Ressalta-se aqui que antes das empresas de silvicultura ganhar espaço na região, quase não havia trabalho com vínculo empregatício na comunidade e uma das exceções era o trabalho nas carvoarias locais. O “dinheiro em papel” ou “dinheiro vivo”, como dizem, era reduzido às aposentadorias ou pequenas vendas daquilo que era produzido na propriedade. Entretanto, segundo relatos de agricultores mais velhos, esta produção com excedente para venda sempre foi limitada,



pois historicamente a agricultura familiar local é descapitalizada. Ressalta-se ainda que o escoamento da produção é fortemente afetado pelas relações locais hierarquizadas através do controle dos recursos e meios de transporte.

Neste contexto, a remuneração pelo trabalho assalariado é percebida como nova estratégia para assegurar os itens alimentares necessários para a família. Ouve-se frequentemente por parte dos moradores uma valorização sobre os incrementos no consumo de produtos industrializados, seja pela oferta constante de produtos disponíveis nos mercados da região, pela obtenção de certos itens em maior quantidade ou a regularidade financeira do salário; as famílias opinam que a alimentação de hoje é “mais fácil” que noutros tempos. A penúria, a escassez de recursos e a sensação de insegurança alimentar decorrente da experiência de uma vida árdua são ressignificadas mediante o trabalho assalariado e o “dinheiro vivo”.

Entretanto, a abertura de uma nova fonte de renda, representada aqui pelas empresas de silvicultura, modificou o padrão agrícola, sobretudo acarretando em diminuição da área cultivada para consumo familiar e gerando a dependência direta de produtos industrializados e processados nos mercados da região.

Embora tenha criado vagas para o trabalho assalariado (apreciado especialmente pelos jovens) e o contato regular com recursos monetários, as atividades destas empresas tem outras consequências para além das mudanças na alimentação e no modo de vida. Muitos agricultores, especialmente os mais velhos, avaliam que houve uma diminuição da área cultivada para agricultura, o desmatamento, a venda de terra dos agricultores para as empresas de plantio de pinus, a exploração de recursos naturais locais e principalmente a diminuição do volume de água nas nascentes e fontes da região:



Daniela Ferron Carneiro, et al.

“Antigamente, eu ia andando na estrada pra visitar meus irmãos, você não via sol, era só mato, mato, mato... agora você sai caminhar por aí e não tem onde se esconder do sol!”

Contraditoriamente às percepções positivas de que o salário trouxe regularidade na alimentação e algumas novidades alimentares, o advento das empresas de silvicultura no Vale do Ribeira tem submetido os agricultores destas comunidades a um trabalho assalariado mal remunerado, penoso e de risco (há muitos casos de acidentes graves com invalidez e morte relatados), e que somado a um conjunto de fatores ambientais tem levado a uma erosão no sistema de vida caboclo. Estes processos têm enveredado estas comunidades pelo caminho inexorável do processo civilizatório e da modernização conflitante e excludente no meio rural.

AS PRÁTICAS ALIMENTARES

A produção diversificada e de alimentos voltados para o consumo alimentar tem importante papel na garantia da segurança alimentar dos agricultores familiares (Menasche et al, 2008). Na comunidade Caçador, alguns núcleos familiares com mais capital possuem uma alimentação variada, com itens produzidos na roça e na horta, sendo complementada por diversos produtos adquiridos no comércio da cidade enquanto a maioria das famílias têm a produção permeada pelo arrendamento da terra e a falta de mão de obra. Nestes casos o que se observa é uma alimentação mais limitada quantitativamente e, sobretudo, monótona, caracterizada por itens básicos industrializados, sendo as frutas, verduras, legumes e as carnes os grupos alimentares mais restritos.



Algumas famílias vivem em condições de pobreza e escassez muito grande, quase sem as variações usualmente praticadas no Brasil entre a comida da semana e do fim de semana. Além da ausência de verduras e legumes, carnes e laticínios, a dieta é predominantemente composta pelos cereais (refinados industrializados), como farinha, macarrão, arroz e o feijão (tradicionalmente cultivado na região), além de algumas frutas dos quintais.

De forma geral, os alimentos mais presentes no café da manhã dos moradores da comunidade são o “revirado” de feijão, junto com bolinho frito de massa de pão e café preto. O pão é consumido pela maior parte das famílias, embora sua utilização regular tenha sido incorporada ao longo dos últimos anos. O hábito de fazer pão começou com a vinda da farinha de trigo para as vendas da região, sendo amplamente incorporado nas práticas alimentares cotidianas, conforme relata uma moradora:

“É...o trigo aqui não existia... de manhã era revirado de feijão com café, depois quando começou a surgir o trigo no mercado foi que a gente começou a fazer o pão”.

O trigo também é utilizado pelas famílias para fazer, além do pão, bolos doces, empanados salgados, bolinhos fritos e bolachas doces. A preparação de bolos doces parece ser comum tanto durante a semana quanto nos fins de semana.

No almoço, o arroz com feijão é predominante no prato de todas as famílias, assim como a farinha de biju amarela acompanha para dar “a mistura”, como dizem: “na nossa comida do dia, o que não falta é o feijão com arroz e torresminho”. A carne não está presente diariamente na alimentação de metade das famílias, porém, quando



consumida, normalmente é representada pela carne de frango ou porco proveniente das criações. A preparação é variada, e durante a semana é normalmente preparada frita ou cozida, enquanto nos fins de semana é elaborada em forma de assados ou com molho à parte.

Na alimentação cabocla da comunidade estudada, a salada não apareceu como um produto valorizado, e poucas famílias cultivam amplas variedades em suas hortas, tampouco se interessam pela compra. As mesmas raramente são encontradas nas mercearias e, portanto, se consome normalmente aquilo que é produzido localmente. As verduras mais consumidas no Caçador são a couve, alface, seguidas pelo repolho, batata-doce e a abóbora, que ficam entre as olerícolas mais produzidas nos quintais das famílias.

Uma preparação que não é muito habitual entre as famílias é a sobremesa. Quando citada, costuma ser servida nos fins de semana, sendo normalmente à base de frutas.

O jantar costuma ser semelhante ao almoço, e a comida salgada é consumida neste horário também. No lanche da tarde, o bolinho frito, o biju com leite e o café também são muito consumidos, assim como o chimarrão, que é um hábito diário em quase todas as famílias e costuma acompanhar as conversas com as visitas. Esses hábitos estão fortemente presentes entre as famílias da comunidade, conforme a fala de um dos agricultores locais:

“A farinha de biju, essa é só comprada. A gente come com leite, é a preferida pra comer com leite. Qualquer vizinho que você vai aí tomar um chimarrão, já sai um descartável de leite com bacia de farinha pra comer. E com melado junto.”

Outro morador também comenta sobre como é o lanche da tarde entre as famílias da comunidade:



“A gente usa o que é mais prático né? No lanche, a gente sempre vê na comunidade café e massa (frita). Eles chamam aí de bolinho de ‘virar cambota’, ‘ceroula virada’... pastelzinho com carne ou de repente com queijo... o que eu vejo o povo gosta dessa massinha feita assim na hora”.

Como já comentado, as frutas que fazem parte da alimentação da família estão normalmente na propriedade, sendo as cítricas, além da banana, abacate, pêssego, ameixa e as peras entre as mais frequentes. Algumas famílias têm o hábito de fazer doces para acompanhar o pão, e os preferidos são o doce de abóbora, o doce de banana e o doce de mamão. O mamão dos quintais não é consumido in natura, pois é um mamão silvestre, cujo gosto não agrada os moradores. Dessa forma, o doce da fruta é uma das formas de utilizá-la na alimentação das famílias.

O milho e a mandioca são cultivados na comunidade pela maioria das casas, tipicamente utilizados por todos na culinária e sendo consumidos de diversas maneiras. O milho verde é servido tanto na própria espiga cozida, como também refogado com outros legumes ou na farofa, sendo ainda usado em sobremesas como a canjica. Algumas famílias ainda o preparam na forma de pamonha e cuscuz, mas esse é um hábito que tem diminuído através dos anos. Já a mandioca é cozida e consumida tanto na forma doce (amassada com adição de açúcar), acompanhando o pão branco, ou ainda salgada, frita ou com molho no almoço e jantar.

O modo de temperar a comida e a salada também varia entre as famílias. Principalmente aquelas que não possuem horta no quintal, temperam a comida com sal e óleo, enquanto outras famílias utilizam cebola de cabeça (normalmente comprada), cebolinha-francesa (produzida no quintal) e sal, além do óleo vegetal. Poucas famílias fazem uso do alho como tempero culinário, e algumas utilizam limão rosa para temperar a salada.



A compra de produtos alimentícios está restrita às mercearias locais, porém, com pouca variedade e preços elevados quando comparada ao centro urbano. Ali se encontram, sobretudo alimentos industrializados ultraprocessados, como biscoitos doces e bolachas recheadas, doces e salgadinhos em geral, refrigerantes e sucos artificiais.

Quanto aos produtos in natura, principalmente verduras, legumes e frutas, há dependência de grande parte das famílias por verdureiros que visitam a comunidade, devido à redução no número de hortas nos núcleos familiares. Entretanto, o fornecimento é esporádico, os produtos são de baixa qualidade, além de pouco diversificados. Esta transformação na dieta com incremento de industrializados refinados e diminuição de produtos agrícolas não transformados, in natura, provenientes da produção local, é sentida por alguns moradores como uma perda de conhecimentos e práticas tradicionais provocada por um novo contexto de vida que avança no campo: *“porque antes a alimentação era mais saudável, comia mais arroz, feijão, salada, chuchu... Agora não! Agora faz um empanado pra comer...”*, resume uma informante.

Conforme já foi pontuado, os produtos de origem animal também têm seu consumo limitado na comunidade. Quase todas as famílias criam frangos, portanto sua carne é a mais ingerida, além dos ovos de galinha. Já a carne de gado, por ter o preço mais elevado e o abate restrito a situações esporádicas, apresenta consumo bastante irregular e restrito.

As ervas medicinais são encontradas comumente entre os quintais das famílias, ainda que as variedades de espécies cultivadas mudem entre os núcleos familiares. As ervas mais citadas são sabugueiro, boldo, alfavaca, hortelã e camomila, e são usadas geralmente em chás ou na forma de xaropes.



Como mencionado, este decréscimo na produção de hortas resulta em parte da migração da mão de obra masculina para as empresas de silvicultura e da dificuldade das mulheres manterem a produção agrícola sozinhas. Nota-se que, se de um lado, o aumento no consumo de produtos industrializados foi impulsionado pela regularidade de recursos monetários, favorecendo a incorporação de novos hábitos alimentares, de outro, este consumo regular representa modificações no campo alimentar como um dos reflexos da transformação do modo de viver e da cultura agrária.

Muito se ouve que antes só se consumia o que era produzido pelas famílias, e agora muitos dos alimentos presentes na alimentação provêm das mercearias e da cidade:

“Quando a gente era pequena era quase tudo plantado né... Mas agora os homens trabalham quase tudo no pinus, quase não plantam... É bem pouca plantação! Agora, tem que comprar.”

Produtos crioulos e alimentos produzidos localmente foram reduzidos na alimentação, como por exemplo o melado, o cuscuz, a pamonha, a canjica e os queijos, com ressalva das bolachas doces, como bolachas de mel, trigo e fubá, que ainda são largamente produzidas. Muitas preparações tradicionais de sabor doce, consumidas entre as grandes refeições salgadas foram substituídas pelos chocolates, balas, biscoitos recheados e salgadinhos. A mercearia localizada ao lado da escola, onde as crianças compram doces no intervalo e no final da aula foi muito citada:

“As crianças têm dinheiro pra comprar balas, doces... antes não tinha isso, o máximo de doce que tinha era uma canjica com melado.”



A incorporação do trigo pode ser considerada uma das alterações mais significativas porque representou uma transformação na estrutura da dieta cabocla regional: os pães e massas salgadas em geral (macarrão, pastéis, bolinhos fritos) são muito consumidos e substituíram o feijão e biju com café preto no desjejum, as pamonhas e canjica (doce ou salgada) nos lanches da tarde. Segundo a memória dos moradores, há até pelo menos trinta e cinco anos atrás, o trigo praticamente não era consumido pela maioria das famílias. No decorrer das últimas décadas, o cereal passou a compor a dieta local sendo aos poucos integrado às preparações especiais para serem consumidas nos finais de semana e gradativamente se tornou item básico nas compras semanais. Atualmente sua utilização é diária em mais da metade das famílias entrevistadas.

Outra modificação em curso neste novo contexto do trabalho assalariado são os novos horários para a realização das refeições e a reunião da família em torno da mesa nas principais refeições do dia. Como grande parte dos homens da comunidade trabalha nas empresas de silvicultura e não podem voltar para casa para almoçar com a família, estes acabam se alimentando no próprio local do trabalho com as chamadas “marmitas” preparadas pelas cônjuges. Nas casas, as refeições são realizadas somente pelas mulheres e crianças menores, explica uma agricultora:

“Ela (a esposa) vai pra um lado, os piá vão pra outro... daí ninguém mais chega junto numa hora só, não senta na mesa... não lava a louça numa hora só... Tem que manter fogo no fogão porque um vem meio dia, um vem duas horas, outro vem cinco horas... As consequências do trabalho tirou a tradição da família... por um lado humanizou, por outro desumanizou um pouquinho”.



Naturalmente, as transformações no momento da refeição, caracteristicamente espaço de sociabilidade e valorizado pela carga de afetividade que permeia as relações no ambiente doméstico, é sentido pelas mulheres devido ao seu papel social fundamental no planejamento alimentar e na cozinha. Carneiro (2003) analisa o fim das refeições em família como um processo que leva à modificação do próprio conceito de refeição na sociedade atual, uma vez que esse conceito passa a agregar novos elementos e dinâmicas impulsionadas por novos modos de vida e constituição de outros espaços para comer que não são necessariamente caracterizados pela intimidade do ambiente doméstico.

É possível perceber que os hábitos e práticas alimentares entre as famílias da comunidade vêm sofrendo importantes alterações, relacionadas principalmente com mudanças no papel das atividades fora da propriedade, o enfraquecimento da produção para consumo familiar e a incorporação de alimentos industrializados.

FREQUÊNCIA DO CONSUMO DOS GRUPOS DE ALIMENTOS

Em relação à frequência de consumo dos grupos alimentares, 100% das famílias entrevistadas consomem diariamente o grupo dos cereais e das leguminosas. Na comunidade, o consumo dos cereais e gorduras é ligado ao saciar da fome, pois são considerados alimentos mais “fortes”, e percebidos como fornecedores da energia necessária para o trabalho, além do baixo custo que facilita o consumo diário. Já as frutas são consumidas diariamente por 18 famílias (75%) e os vegetais (verduras e legumes) são consumidos diariamente por apenas oito famílias (33,3%). Com relação ao grupo das leguminosas, o feijão foi citado por todas as famílias como sendo consumido diariamente



em 100% das casas, além disso, continua sendo um item plantado em todos os núcleos familiares. Analisando o consumo do grupo de cereais, observa-se que o arroz é consumido diariamente em 100% das famílias, enquanto o macarrão é consumido diariamente por 17 famílias (70,8%). O trigo normalmente é utilizado em preparações como pães, bolos e bolinhos fritos. O pão está presente diariamente na alimentação de 14 famílias (58,3%), e 11 famílias (45,8%) consomem esse produto de uma a três vezes por semana. Apenas duas famílias costumam comprar pão, pois a maioria o prepara em casa.

O fubá (farinha de milho fina), muito utilizado, é empregado por 14 famílias (58,3%) de uma a três vezes por semana em preparações salgadas e doces. Outro alimento consumido com grande frequência na comunidade é a farinha de biju amarelo, acompanhando diariamente o arroz e o feijão, na chamada “mistura”.

O milho e a mandioca, produtos tradicionalmente produzidos na região, têm seu consumo menor em relação aos outros cereais comprados, como macarrão e trigo. A mandioca é consumida diariamente por duas famílias (8,3%), enquanto nove (37,5%) utilizam diariamente o milho verde em sua alimentação. Oito famílias consomem a mandioca até três vezes por semana, enquanto 12 consomem milho nessa mesma frequência. Ressalta-se que o milho é produzido em todos os núcleos familiares, enquanto a mandioca foi citada como sendo produzida por apenas 13 famílias, apesar das trocas rotineiras deste item entre as casas. A batata inglesa não é referida como um típico produto na alimentação da região, não sendo produzida e tampouco consumida com regularidade. Destaca-se de outro lado a batata doce cultivada e aproveitada na forma cozida ou assada na sua culinária.

Observou-se que entre as frutas mais consumidas diariamente estão a ponkan (33%), a laranja (25%) e a banana (17%), por estas serem



produzidas em grande parte das propriedades, especialmente o cultivo de citros, muito forte na região. Entre as frutas consumidas de uma a três vezes por semana estão o abacate, maçã, banana, ponkan, laranja, ameixa e pêra. O mamão, a manga e a melancia são frutas menos utilizadas, estando presentes de forma esporádica.

As verduras são raramente consumidas, restringindo-se às poucas casas que as produzem na horta, ainda que não haja variedade. Entre as verduras mais consumidas estão aquelas encontrados nos quintais: couve, alface, repolho, abóbora e batata-doce. Já entre as verduras mais compradas estão o pepino e o tomate.

O óleo é utilizado diariamente em 19 famílias (79%), enquanto a margarina e a banha de porco são usadas diariamente por oito famílias (33%). Geralmente o óleo e a banha de porco são empregados para preparar os alimentos ou para frituras, e a margarina e a manteiga são mais utilizadas no pão ou preparo de bolos. O consumo de margarina é bem maior do que o da manteiga, que só é consumida por duas famílias, enquanto 14 famílias consomem margarina. Pode-se observar, neste sentido, uma mudança em relação à utilização da gordura na culinária das áreas rurais, que tradicionalmente utilizavam a gordura proveniente do porco ou a manteiga, sendo gradativamente substituídas pelas gorduras de origem vegetal.

As famílias da comunidade consomem as carnes predominantemente preparadas fritas, assim como consomem outros alimentos preparados através da imersão em óleo vegetal, como ovos, mandioca e bolinhos. De forma geral, o consumo de frituras é alto entre as famílias e justificado nos relatos pela facilidade do preparo, o baixo custo, mas, sobretudo valorizado pela palatabilidade e sabor, além da sensação de plenitude causada pelo consumo. Ressalta-se que a gordura utilizada na forma de fritura concede um alto valor energético



aos alimentos, representando um ponto importante para as famílias de baixa renda e com alimentação bastante restrita, em que pese o desgaste energético pela execução de serviços braçais, como o trabalho na lavoura ou na silvicultura.

Com relação ao grupo do leite e derivados, 17 famílias (70,8 %) consomem alimentos desse grupo diariamente. O consumo abaixo do recomendado (BRASIL, 2005) possivelmente decorre do preço desses produtos, além do fato de as famílias não possuírem criação de gado leiteiro. Na comunidade, todas as famílias com crianças menores de três anos são titulares de um programa do governo estadual que fornece o alimento, e por isso o leite integral líquido é o alimento mais usual. Registrou-se a ingestão diária em 50% das famílias, enquanto o leite em pó é consumido diariamente por 25% das famílias. O leite fluído não é um alimento de fácil comercialização na comunidade, sendo vendido geralmente na forma UHT, portanto mais cara (assim como o iogurte).

Doze famílias (50%) consomem carne diariamente, enquanto 11 consomem carne de uma a três vezes por semana. A carne mais consumida é a de frango, seguida pela carne de porco e, em proporção bem menor, a carne de gado. Algumas famílias costumam substituir a carne pela preparação de ovos, o que ajuda a garantir o suprimento adequado de proteínas. Pode-se observar que o consumo diário se restringe praticamente à carne de frango (25%), enquanto os ovos são consumidos diariamente por oito famílias (33%), variando na forma de utilização (frito, cozido ou empregado em preparações como bolos e empanados).

Tanto a carne de porco quanto os embutidos são consumidos de uma a duas vezes por semana em oito famílias entrevistadas (33%), enquanto a carne de gado é consumida nesta frequência por apenas



cinco famílias (21%). Já o consumo tanto da carne de frango quanto de ovos é maior chegando a três vezes por semana em 10 famílias (21%) cada um. Este maior consumo de carne de frango e ovos se deve ao perfil de produção animal das famílias da comunidade, em que a maioria cria frango para consumo da carne e para produção de ovos; poucas produzem carne de porco para corte e nenhuma cria gado para corte ou para leite.

Analisando o consumo alimentar das famílias como um todo, observa-se que o consumo de alimentos do grupo das frutas, das verduras e legumes, dos laticínios e das carnes está abaixo do recomendado em termos de porções diárias (BRASIL, 2005). Destaca-se que o consumo específico destes alimentos nesta comunidade rural tem sido progressivamente afetado pela redução na variedade de gêneros produzidos, assim como pela dificuldade de compra. Já alguns produtos alimentícios como salgadinhos ou biscoitos recheados tiveram o consumo diário registrado em 10 famílias (41,7%), enquanto 11 famílias (45,8%) consomem estes alimentos de uma a três vezes por semana.

Observa-se também que as mudanças no perfil de produção agrícola da comunidade ocasionaram a diminuição no consumo de legumes e verduras devido à redução do número de hortas e a dificuldade de compra desse grupo de alimentos. Há também uma clara relação entre a diversificação da produção agrícola com a variedade dos alimentos consumidos pela família, em especial as frutas e legumes, raízes e cereais, além das carnes. Com relação às frutas, há predominância no consumo daquelas produzidas ou existentes nos quintais, uma vez que a comercialização é limitada. Um ponto positivo na alimentação das famílias entrevistadas é que o feijão continua sendo produzido para consumo, o que garante que o arroz com feijão esteja presente diariamente no prato dos moradores da comunidade.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para compreender os processos alimentares na área rural, há necessidade de considerar as implicações da existência humana sobre os ecossistemas ambientais (JUNGES, 2014) e como relações humanas podem gerar injustiças a ponto de ferir a realização do Direito Humano à Alimentação Adequada (UNESCO, 2005; ABRANDH, 2010).

Mudanças na cultura agrária local têm impacto sobre o acesso aos alimentos, tradição culinária e hábitos alimentares da comunidade, com agravos no quadro de insegurança alimentar e nutricional (Junges, 2014). Nesta comunidade do Vale do Ribeira, as mudanças estão relacionadas principalmente com a saída da mão de obra masculina da produção agrícola familiar para o trabalho assalariado nas empresas de silvicultura. Tem seguido ainda uma diminuição na área de cultivo agrícola entre os núcleos familiares, resultando em menor variedade de alimentos crioulos e caboclos presentes na alimentação das famílias e no aumento do consumo de produtos processados e ultraprocessados.

As mudanças no perfil de produção agrícola da comunidade ocasionaram uma diminuição no consumo de legumes e verduras devido à redução do número de hortas e a dificuldade de compra desse grupo de alimentos. Há também uma clara relação entre a diversificação da produção agrícola com a variedade dos alimentos consumidos pela família, em especial as frutas, legumes, raízes e cereais, além das carnes.

O processo de modernização do campo e consolidação da estrutura agrária concentrada (ELESBÃO, 2007; Wanderley, 2011), do ponto de vista da segurança alimentar, implicou na adoção de um sistema produtivo com padrões bastante restritos de alimentos (VALENTE, 1997; MALUF, 2007), que por sua vez podem ocasionar monotonia



alimentar. Em parte, isto ocasiona certa imposição de modelos alimentares não característicos da cultura alimentar no campo e que suscitam debates no campo da Bioética (UNESCO, 2005; BEZERRA; ISAGUIRRE, 2015).

Há ainda o enfraquecimento e a descapitalização da agricultura familiar no Vale do Ribeira, o que resultou no aumento da pobreza rural local. Com uma estrutura cada vez mais complexa e concentrada, que vai desde a produção, armazenamento, beneficiamento e processamento até a transformação agroindustrial do alimento, o pequeno agricultor perde espaço progressivamente para o agronegócio (MIRANDA et al., 2007; BEZERRA; ISAGUIRRE, 2015). À margem da produção e difusão de novas informações e impossibilitado economicamente de incorporar essas novas tecnologias, decorre sua desvantagem econômica. Resultado deste desempoderamento e empobrecimento, o abandono, subutilização e arrendamento das suas terras, como também a migração do homem do campo para o trabalho assalariado (GONÇALVES, 2004; ELESBÃO, 2007).

Todos esses fatores têm levado às profundas modificações nos espaços sociais do campo. Ao mesmo tempo em que estas populações vão lentamente perdendo seu vínculo com o meio ambiente, a terra, e suas tradições (UNESCO, 2005; Schramm, 2014), abandonam práticas e hábitos próprios e incorporam novos modelos de comensalidade e cultura (ABRANDH, 2010).



REFERÊNCIAS

ABRANDH. AÇÃO BRASILEIRA PELA NUTRIÇÃO E DIREITOS HUMANOS. *Direito humano à alimentação adequada no contexto da segurança alimentar e nutricional*. BURITY, V. et al. Brasília, 2010. Disponível em: <http://www.redsan-cplp.org/uploads/5/6/8/7/5687387/dhaa_no_contexto_da_san.pdf>. Acesso em: jan. 2015

Albuquerque, M. F. M. *A segurança alimentar e nutricional e o uso da abordagem de direitos humanos no desenho das políticas públicas para combater a fome e a pobreza*. Rev. Nutrição, v. 22, n. 6, 2009, p. 895 -903.

BEZERRA, I; ISAGUIRRE, K. *Direito humano à alimentação adequada (DHAA): a discussão da geografia da fome à sua proteção jurídica no Brasil*. Pensar Rev. de Ciências Jurídicas, v. 19, 2015, p. 675-692.

BRANDÃO, C. R. *Plantar, Colher, Comer*. Rio de Janeiro: Graal, 1981.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE/OPAS. *Guia alimentar para a população brasileira*. Brasília, 2005.

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

ELESBÃO, I. *O espaço rural brasileiro em transformação*. Rev. Finisterra, v. XLII, n. 84, 2007, p. 47 - 65.

FURTADO, A. C. F. S; BEZERRA, I. *Semeando a agroecologia e colhendo práticas alimentares saudáveis: um olhar sobre os faxinalenses*. Demetra, v. 9, n. 1, 2014, p. 23 - 40.

GONÇALVES, C. W. P. *Geografia da riqueza, fome e meio ambiente: pequena contribuição crítica ao atual modelo agrário/agrícola de uso dos recursos naturais*. Rev. InterThesis, v. 1, n. 1, jan./jun. 2004.



GORGEN, F. S. A. *Os novos desafios da agricultura camponesa*. 2ª Ed. Governo do Estado do Paraná, 2004.

GRAZIANO DA SILVA, J. *A modernização dolorosa*. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

HERNÁNDEZ, J. C. *Patrimônio e Globalização: o caso das culturas alimentares*. In: CANESQUI, A. M.; GARCIA, R. W. D. (Orgs.) *Antropologia e nutrição: um diálogo possível*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

JUNGES, J. R. *Bioética e Meio Ambiente num Contexto de América Latina*. Revista Redbioética/UNESCO. Montevideo, v. 1, n. 9, 2014, p. 13 - 19.

MALUF, R. S. J. *Segurança Alimentar e Nutricional*. Petrópolis: Vozes, 2007.

MENASCHE, R.; MARQUES, F. C.; ZANETTI, C. *Autoconsumo e segurança alimentar: a agricultura familiar a partir dos saberes e práticas da alimentação*. Rev. Nutrição, v. 21, 2008, p. 145-158.

MINAYO, M. C. *O Desafio do Conhecimento — Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 11ª ed. São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: Abrasco, 2010.

MIRANDA, A. C.; Moreira, J. C.; Carvalho, R.; Peres, F. *Neoliberalismo, uso de agrotóxicos e a crise da soberania alimentar no Brasil*. Ciência e Saúde Coletiva, v. 12, n. 1, 2007, p. 7-14.

SANTILLI, J. *O reconhecimento de comidas, saberes e práticas alimentares como patrimônio cultural imaterial*. Demetra, v. 10, n. 3, 2015, p. 585-606.

SERAPIONI, M. *Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração*. Rev. Ciência & Saúde Coletiva, v. 5, n.1, 2000, p. 187 - 192.



Daniela Ferron Carneiro, et al.

SCHNEIDER, S. *A pluriatividade na agricultura familiar*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, Coleção Estudos Rurais, 2003.

_____. *Reflexões sobre diversidade e diversificação*. Agricultura, formas familiares e desenvolvimento rural. Rev. Ruris, v. 4 n. 1, 2010, p. 81-131.

SCHRAMM, f. r. *Ética ambiental e Bioética global*. Redbioética/UNESCO, v. 1, n. 9, 2014, p. 71-78.

TEDESCO, J. C. *Modernização, patrimônio cultural e dinâmicas familiares*. Estratégias camponesas e territoriais de desenvolvimento no centro-norte do RS. Rev. Ruris, v. 4, n. 1, 2011.

THIOLLENT. *Metodologia de Pesquisa Participativa e Pesquisa-Ação*. CO-PPE/UFRJ, 2004.

UNESCO. *Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos*. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180por.pdf>>. Acesso em: out. 2014.

VALENTE, F. L. S. *Do combate à fome à segurança alimentar e nutricional: o direito humano à alimentação adequada*. Rev. Nutr. PUCCAMP, v. 10, n. 1, 1997, p. 20 - 36.

_____. *Direito humano a alimentação: desafios e conquistas*. São Paulo: Cortez, 2002.

WANDERLEY, M. N. B. *O mundo rural como um espaço de vida*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

_____. *A sociologia do mundo rural e as questões da sociedade no Brasil contemporâneo*. Rev. Ruris, v. 4, n. 1, 2011.

WOORTMANN, E. *Herdeiros, parentes e compadres*. São Paulo: Hucitec, 1995.



RESPONSABILIDADE COMPARTILHADA PARA GARANTIA DE UMA ALIMENTAÇÃO ESCOLAR DE QUALIDADE

Anabelle Retondario

Patrícia Fernanda Ferreira Pires

Sila Mary Rodrigues Ferreira

A educação, a saúde, a alimentação e o trabalho são direitos sociais humanos básicos reconhecidos pela Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU, 1948), pelo Pacto Internacional de Direitos Humanos, Econômicos, Sociais e Culturais (ONU, 1976) e pela Declaração e Programa de Ação de Viena (ONU, 1993).

Após a II Guerra Mundial teve início um processo ético a respeito do direito do Homem e do cidadão que ao longo dos anos trouxe o reconhecimento da igualdade essencial de todo ser humano, independentemente das diferenças de etnia, cor, gênero, língua, religião, opinião, origem nacional ou social, situação socioeconômica, nascimento ou qualquer outra condição conforme descreve o Artigo 2º da Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU, 1948) e Art. 10º da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (UNESCO, 2005). A evolução da temática permitiu a ocorrência de novos eventos



para discussão dos direitos humanos, como foi a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança, em 1989 e 1990, onde foi definido que os Estados têm obrigação de proteger a criança contra todas as formas de discriminação e de tomar as medidas necessárias para promover os seus direitos (UNICEF, 1990). Mais tarde, no mundo, ocorreu o entendimento de que a saúde não depende apenas da investigação científica e tecnológica, mas também da integração dos diferentes atores, fatores psicossociais, culturais e ambientais (UNESCO, 2005). No Brasil, a alimentação adequada passou a ser um direito social, previsto no artigo 6º da Constituição Federal (BRASIL, 2010), cabendo ao poder público adotar as políticas e ações necessárias para promover e garantir a segurança alimentar e nutricional da população.

A Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) é um direito de todos os cidadãos, ela permite o acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais (BRASIL, 2013b). O direito humano a uma alimentação adequada (DHAA) é o direito à vida, que é entendido como riqueza material, cultural, científica e espiritual produzida pela espécie humana.

No âmbito das escolas públicas, a alimentação escolar vem sendo regulamentada desde a década de 1950 quando foi criada a Campanha da Merenda Escolar – conhecida, a partir de 1979, como Programa Nacional de Alimentação Escolar – PNAE (BRASIL, 2013a). No setor privado, as leis da autorregulação do mercado retardaram a intervenção do Estado no fornecimento da alimentação escolar. Condição que só teve início na década de 2000, com a publicação de leis estaduais e municipais (BRASIL, 2007), que culminou com a publicação



das diretrizes para a promoção da alimentação saudável nas escolas (BRASIL, 2006a).

Como o fornecimento de alimentação nas escolas passou a ser uma estratégia que busca garantir a segurança alimentar e nutricional – SAN, por meio da promoção do direito humano à alimentação adequada (WFP, 2013), as revisões periódicas da regulamentação do PNAE transformaram as creches e as escolas em Equipamentos Públicos de Segurança Alimentar e Nutricional (EPSANs) (RECINE, 2013), fato que o tornou um dos principais programas responsáveis pela saída do Brasil, em 2014, do “Mapa da Fome”.

A partir de 2009, a alimentação escolar passou a ser obrigatória para toda a rede pública de educação básica, que compreende a Educação Infantil, o Ensino Fundamental, o Ensino Médio e a Educação de Jovens e Adultos (EJA), além dos programas como o *Mais Educação* e o *Atendimento Educacional Especializado* (BRASIL, 2014).

Com isso, as escolas passaram a fornecer alimentação a um grupo heterogêneo, que atende desde crianças menores de um ano até indivíduos na idade adulta. A diversidade do público-alvo requer atenção no planejamento e execução das refeições, tendo em vista que o DHAA está diretamente relacionado ao atendimento às peculiaridades de cada fase da vida, a fim de atender às necessidades nutricionais específicas em todas as faixas etárias. A alimentação fornecida ou o planejamento alimentar deve considerar o tempo de permanência do estudante na escola de modo a atender às necessidades nutricionais.

O atendimento da alimentação escolar deve ter uma responsabilidade compartilhada com os atores envolvidos na sua execução, desta forma, o presente capítulo tem como objetivo abordar questões relacionadas à alimentação em escolas públicas no Brasil e à



responsabilidade de diversos atores pelo fornecimento de alimentos de qualidade, que garantam a SAN dos beneficiários do PNAE.

RESPONSABILIDADE DA ALIMENTAÇÃO ESCOLAR

O Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) é a política pública de alimentação e nutrição mais antiga e duradoura do país. É considerado um dos maiores programas de alimentação escolar do mundo, pois tem abrangência nacional, atendimento universalizado, independente da renda familiar e fundamentado nos princípios da igualdade, justiça e equidade (BRASIL, 2013b; WFP, 2013).

O programa tem como principais objetivos, contribuir para o crescimento físico e o desenvolvimento biopsicossocial dos alunos, reduzir as taxas de evasão escolar e, conseqüentemente, melhorar o rendimento e aprendizagem. Para isso, busca fornecer alimentos saudáveis e adequados a cada fase do ciclo da vida, atender às necessidades nutricionais dos alunos para o período em que permanecem na escola e prevenir as doenças crônicas não transmissíveis, assegurando o respeito pela vida e pela dignidade humana (BRASIL, 2013b; UNESCO, 2005).

Com objetivo de atender à alimentação adequada e às necessidades nutricionais dos beneficiários, foi estabelecida em 2006 a obrigatoriedade de um nutricionista responsável técnico (RT) pelo PNAE nos municípios ou estados, tendo como atribuição a elaboração dos cardápios, aquisição da matéria-prima e a distribuição das refeições prontas para consumo (BRASIL, 2006b). Essas atividades devem estar pautadas nas diretrizes do Programa, as quais estipulam o emprego de alimentos saudáveis e de qualidade, de preferência produzidos na



localidade da escola pela agricultura familiar, de maneira a respeitar a cultura e os hábitos alimentares da região (BRASIL, 2013b).

Uma alimentação saudável, além de ser saborosa, colorida, variada, equilibrada em macronutrientes e sanitariamente segura, deve ser composta por todos os grupos de alimentos, de modo a oferecer diariamente água, carnes, leite e derivados, cereais integrais e frutas e hortaliças em quantidade e variedade adequadas às necessidades do consumidor. Uma alimentação saudável também deve, segundo o Guia Alimentar para a População Brasileira, estimular o consumo de alimentos in natura, não industrializados e de elevado valor nutricional, ser acessível do ponto de vista físico e financeiro de modo a não comprometer as demais necessidades do indivíduo (BRASIL, 2006b).

A qualidade dessa alimentação depende de fatores como as necessidades nutricionais do indivíduo ao qual ela é destinada, a ausência de contaminantes químicos, físicos e/ou biológicos e o controle de componentes que podem ser prejudiciais à saúde, como as gorduras *trans*, o sódio e os aditivos alimentares. Por isso, o nutricionista que é RT do PNAE precisa aplicar os conhecimentos da ciência da nutrição para garantir uma alimentação saudável e de qualidade para os alunos da rede pública de educação (BRASIL, 2001; CFN, 2004; BRASIL, 2013a) de forma a atender à diversidade cultural e ao pluralismo, levando em consideração os direitos humanos e liberdades fundamentais (UNESCO, 2005).

A formação do nutricionista deve se basear em conteúdos curriculares construídos coletivamente no colegiado do curso, norteados pelas diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Nutrição – DCCN e o Projeto Pedagógico do Curso – PPC (BRASIL, 2001). Para atender às DCCN, os conteúdos curriculares devem observar as dimensões, tópicos de estudo de nutrição, estágios e atividades



complementares. Na dimensão de tópicos de estudo de nutrição devem ser abordados os conteúdos teóricos e práticos das ciências biológicas e da saúde; ciências sociais, humanas e econômicas; ciências da alimentação e nutrição e das ciências dos alimentos.

A divisão das disciplinas em três grandes áreas da nutrição, quais sejam: alimentação e nutrição, nutrição social e nutrição clínica, foi resultado da discussão do perfil profissional do nutricionista, realizada em Brasília, DF, em 1982, e que serviu de paradigma para a divisão das disciplinas nos currículos e para a construção das competências e habilidades do nutricionista (ASBRAN, 1982). Tal divisão previa uma melhor organização das disciplinas dos cursos de graduação, mas na prática promoveu uma fragmentação do conhecimento como consequência das estratégias de ensino que vêm sendo aplicadas. Não se observa interação entre as três “áreas”, o que segmenta o conhecimento adquirido e fragmenta o raciocínio lógico, que é necessário para o entendimento global da ciência da nutrição.

Essa lacuna do conhecimento e das áreas da nutrição não atende às necessidades do profissional para atuar no PNAE (PINHEIRO et al., 2012). O graduado inicia as suas atividades sem o conhecimento consolidado e realiza o aprendizado durante a sua atuação profissional. Considerando que o nutricionista é um profissional generalista, deve entender a ciência da nutrição como um todo e a partir da abstração do conhecimento executar suas competências e habilidades na área de trabalho. No PNAE, o profissional deve aplicar conceitos de avaliação da qualidade de alimentos, tanto na seleção dos produtos, no planejamento alimentar, como em relação à elaboração e distribuição de um alimento seguro, o que pode envolver atividades de educação nutricional. Deve também, realizar a avaliação e diagnóstico nutricional dos indivíduos. Dessa forma, é necessário que os cursos de graduação



promovam uma interação, evitando a fragmentação do conhecimento das supostas áreas, de modo que o aluno interaja e pense como nutricionista em qualquer uma delas. O que se observa é que o profissional programa sua prática e seu raciocínio lógico com base na sua área de atuação: ou ele é clínico, ou é de produção ou é da saúde pública.

Como os conhecimentos de saúde pública são estratégicos para a atuação do nutricionista, os cursos de graduação tendem a dar uma maior atenção às disciplinas de avaliação e educação nutricional, em detrimento de outros conteúdos que remetam o estudante para a reflexão sobre a realidade econômica, política, social e cultural, reforçando, assim, a fragmentação do conhecimento. Em pesquisa realizada em instituições de ensino superior do país, Recine et al. (2012) observaram que não são ofertadas disciplinas que abordem especificamente a alimentação escolar. Além disso, a linearidade do processo de ensino é considerada um fator determinante da falta de articulação entre teoria e prática, tendo em vista que a maioria dos cursos concentra os estágios curriculares nos últimos períodos da graduação, temporalmente longe do estudo dos temas na teoria (PINHEIRO et al., 2012). Com isso, exclui-se o estágio do processo de ensino e de aprendizagem, pois se considera que a teoria deve ser dominada antes da prática (SILVA, 2010).

Conteúdos voltados à área da alimentação coletiva, como as boas práticas na manipulação de alimentos e a avaliação e controle de qualidade de matérias-primas e refeições, são ressaltados apenas nas disciplinas que tratam de produção de refeições. Assim, faltará ao estudante habilidades e competências para atuar, como responsável técnico, na produção de refeições na alimentação escolar. Faz-se necessário que os projetos político-pedagógicos dos cursos de graduação prevejam e operacionalizem atividades interativas e interdisciplinares, a fim de



formar um profissional generalista, humanista e crítico, conforme preconiza as diretrizes curriculares, de forma a atender às habilidades e competências necessárias para a inserção do profissional no mercado de trabalho (BRASIL, 2001).

Como exemplo, pode ser citado o perfil necessário para o nutricionista RT do PNAE que além do planejamento alimentar, precisa interagir com agricultores familiares na elaboração de chamadas públicas e/ou licitações, identificar o padrão de identidade do alimento a ser adquirido, recebido e empregado na elaboração dos cardápios. No entanto, essas habilidades e competências são pouco treinadas, e em alguns casos não o são, durante a formação do profissional. Como ele vai responder tecnicamente a respeito de um conhecimento que não lhe foi ofertado? De quem é a responsabilidade? Quem deve ter o compromisso com a responsabilidade técnica do PNAE?

Para atender às normativas do PNAE, o nutricionista RT e seu quadro técnico, quando for o caso, devem desenvolver habilidades e competências essenciais para a atuação na alimentação escolar. Devem ser capazes, por exemplo, de reconhecer a importância e as diretrizes de uma alimentação saudável. Para isso, a competência para interpretação de indicadores de saúde, alimentação e nutrição deve entender aos guias alimentares para as populações específicas e permitir a transferência de tais informações para o cardápio planejado à alimentação escolar. Nesse sentido, a formação acadêmica precisa não apenas transmitir conteúdos, mas principalmente estimular o olhar crítico do aluno sobre a promoção da saúde a partir de uma alimentação adequada, de forma a aplicar a legislação do PNAE que estabelece um limite para aquisição de alimentos enlatados, embutidos, doces, alimentos compostos, preparações semiprontas ou prontas para o consumo, alimentos concentrados e bebidas de baixo valor nutricional



(BRASIL, 2013b). É papel do nutricionista viabilizar o atendimento da legislação, compreendendo que a alimentação escolar é meio de promoção de hábitos alimentares saudáveis.

Para isso, cabe ao nutricionista substituir os alimentos restritos por novas preparações, de melhor valor nutricional, como também realizar os testes de aceitabilidade dessas novas receitas (exceto em creches) junto aos estudantes, de maneira a atender a legislação vigente (BRASIL, 2013b).

O cardápio da alimentação escolar é um instrumento que visa assegurar a oferta dessa alimentação saudável e adequada, que atue como um elemento pedagógico, caracterizando uma importante ação de educação alimentar e nutricional. Os próprios alimentos fornecidos devem ser capazes de educar os alunos para que eles tenham uma melhor alimentação quando estiverem fora da escola.

O planejamento alimentar deve respeitar a diversidade cultural e o pluralismo (UNESCO, 2005) de forma a respeitar os hábitos alimentares de cada região e para isso o profissional deve ter conhecimentos da história da alimentação da comunidade, assim como de seus hábitos alimentares. Nesse ponto, os cursos de graduação parecem não atribuir a real importância desses pré-requisitos, pois disciplinas no âmbito da alimentação e cultura normalmente não são obrigatórias e/ou não estão presentes nos currículos (RECINE et al., 2012).

Além de saudável e adequado para os estudantes, o cardápio planejado deve contemplar requisitos de qualidade física e higiênico-sanitária. É atribuição do nutricionista, efetuar a avaliação e o controle de qualidade da alimentação fornecida nas escolas, desde a aquisição da matéria-prima até a refeição final (CFN, 2005; CFN, 2010; BRASIL, 2013b). Tais procedimentos iniciam antes do recebimento, na elaboração de licitações e/ou chamadas públicas. Para descrever o tipo da



matéria-prima que deseja adquirir, o nutricionista precisa conhecer suas características físicas e químicas, processos de produção e beneficiamento, riscos potenciais de contaminação, a fim de descrever claramente nos editais aquilo que busca. Essa lacuna parece preocupante, uma vez que as diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Nutrição (BRASIL, 2001) não preveem a obrigatoriedade da disciplina de controle de qualidade de alimentos. Desta forma, a oferta ou não de maneira optativa fica a critério do curso de graduação. A falta dessas competências e habilidades dificulta a atuação profissional e pode trazer prejuízos e riscos à população atendida.

Para apoiar os procedimentos de controle de qualidade da alimentação escolar, as secretarias de educação contam com o apoio da vigilância sanitária vinculada às secretarias de saúde e de agricultura dos estados e municípios. Um termo de compromisso entre as entidades executoras e o FNDE é firmado e renovado anualmente para garantir que esses órgãos sejam responsáveis pela inspeção sanitária dos alimentos destinados à alimentação escolar (BRASIL, 2014).

A educação nutricional é uma das atribuições que o nutricionista parece estar preparado para atuar no âmbito da alimentação escolar, uma vez que a disciplina é obrigatória (RECINE et al., 2012) e permite que os alunos desenvolvam atividades práticas, lúdicas e críticas a respeito do tema. No entanto, mesmo sendo obrigatório desenvolver atividades de educação alimentar e nutricional com os estudantes, nem sempre a atuação do profissional no PNAE possibilita a sua realização, em virtude da sobrecarga de trabalho do nutricionista com outras atividades imprescindíveis para a execução do programa, mas burocráticas e menos específicas.

A resolução CFN nº 380/2005 (CFN, 2005) prevê que o nutricionista da alimentação escolar deve calcular os parâmetros nutricionais



que atendam às necessidades dos alunos. Para tal, o profissional necessita compreender as necessidades dietéticas e nutricionais nas fases do ciclo da vida, dando a devida importância às especificidades de cada faixa etária e, portanto, é preciso que os cardápios e/ou porções sejam diferenciados. No entanto, observa-se que, em geral, o cardápio é padrão para faixas etárias distintas (ANDRADE, CAMPOS, 2012; BORBA, 2014) e, na maioria das vezes, o tamanho das porções é definido pela merendeira e/ou educadora, no momento do servimento.

Com a inclusão de diretrizes para promoção do desenvolvimento econômico local à regulamentação do PNAE, que envolve a aquisição de produtos provenientes da agricultura familiar (BRASIL, 2009), novas habilidades e competências são necessárias ao nutricionista e, muitas vezes, a sua formação acadêmica não contempla essa especificidade. É preciso compreender o impacto de tecnologias de produção de alimentos na saúde da população e no meio ambiente. Mais do que isso, o profissional precisa mergulhar em discussões sobre as relações de mercado, no âmbito do público e do privado, compreendendo a importância dos circuitos curtos para o desenvolvimento sustentável de uma região. Esse tipo de conceito nem sempre é discutido na graduação, tendo em vista que temas sobre práticas de mercado são muitas vezes limitados à disciplina de Economia em Nutrição.

A partir de 2009, houve a necessidade de interação dos nutricionistas com os agricultores familiares e com outros atores e órgãos locais, como por exemplo, as secretarias de agricultura e meio ambiente, os sindicatos de trabalhadores rurais e os institutos ou Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural (EMATER), que passaram a auxiliar nesse processo (BRASIL, 2009; BRASIL, 2013b; BEZERRA et al., 2013).

Um dos conceitos mais importantes para a formação do nutricionista é o entendimento da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN)



como um direito do cidadão e uma obrigação do Estado. Isso porque, em qualquer área de atuação, o profissional deverá buscar garantir que seus pacientes/clientes tenham acesso ao alimento, em qualidade e quantidade, de maneira contínua e sem comprometer outros direitos (CFN, 2004). Observa-se, nesse âmbito, que a graduação em Nutrição não tem atendido às necessidades do estudante para sua vida profissional na formação do ponto de vista social (SOARES; AGUIAR, 2010). Não há disciplina que aborde diretamente a SAN e a sua inserção em outras disciplinas parece ainda tímida em muitos cursos (RECINE et al., 2012). Com isso, quando o nutricionista entra no mercado de trabalho, em especial na alimentação escolar, pode ter dificuldade no entendimento da amplitude da sua atuação, tendo em vista que o PNAE é uma política que promove a garantia da SAN dos estudantes (BRASIL, 2013b).

Os currículos dos cursos de graduação em Nutrição devem estimular as discussões, com reflexões críticas, para o tratamento das questões bioéticas, do mercado de trabalho e da saúde, de modo a promover a formação de um profissional generalista, preparado na tomada de decisão com responsabilidade social (UNESCO, 2005), não minimizando as questões do saber da ciência da nutrição.

Outra atribuição do nutricionista, prevista pelo CFN e pelo FNDE, é o monitoramento do estado nutricional dos estudantes. Nota-se que 100% dos cursos de graduação possuem a disciplina de avaliação nutricional como obrigatória (RECINE et al., 2012). Esse fato sugere que o aluno chegaria ao final do curso capaz de desenvolver o diagnóstico e acompanhamento do estado nutricional dos beneficiários do PNAE. Entretanto, mais uma vez ressalta-se que, na prática, muitos profissionais não conseguem realizar esse monitoramento, não por falta de capacidade técnica, mas pela ausência de força de trabalho para desempenhar todas as atribuições que lhe são delegadas. O isolamento profissional é



comum entre nutricionistas que atuam na alimentação escolar, o que dificulta a execução do trabalho com excelência (MELLO et al., 2012).

Além de planejar o cardápio e ser responsável pela aquisição dos alimentos, o nutricionista é obrigado, por lei, a elaborar as fichas de preparo com a descrição das técnicas dietéticas e as informações nutricionais do valor calórico, conteúdo de fibras alimentares e macro e micronutrientes (BRASIL, 2013b). Em geral, o profissional recém-formado adquiriu essa habilidade técnica durante sua graduação, entretanto, nem sempre é possível cumprir adequadamente essa tarefa, evidenciando a complexidade do trabalho do nutricionista na alimentação escolar. Tendo em vista que a própria elaboração do cardápio específico para cada faixa etária é de difícil execução, o cálculo das fichas técnicas torna-se uma utopia, uma vez que são comuns os profissionais não terem softwares disponíveis para o auxílio do cálculo da informação nutricional das receitas e, assim, precisam calcular esses valores manualmente, o que demanda um maior tempo.

Como foi mencionado, são numerosas e trabalhosas as atividades que o nutricionista precisa desenvolver no âmbito do PNAE. Com isso, o cálculo da composição nutricional não é tomado como prioridade. Em consequência, o atendimento das necessidades nutricionais dos alunos fica comprometido porque não se sabe ao certo a quantidade de energia e nutrientes que está sendo planejada para os estudantes (GOULART; BANDUK; TADDEI, 2010; BORBA, 2014). Assim, controlar as restrições previstas em lei (BRASIL, 2009; BRASIL, 2013b), como níveis máximos de açúcar simples, gorduras – totais, saturadas e *trans* – e sódio, torna-se pouco viável.

Outras atribuições técnicas que têm seus conteúdos atendidos pelas grades curriculares dos cursos de graduação dizem respeito à administração de unidades de alimentação e nutrição, elaboração de Manual



de Boas Práticas e o treinamento das merendeiras, que são abordados na disciplina de higiene de alimentos.

Com base nas discussões levantadas anteriormente, fica evidente a necessidade de uma abordagem multidisciplinar nos cursos de graduação em Nutrição, a qual envolva disciplinas caracterizadas como de áreas distintas para que se completem e permitam a geração de um raciocínio lógico, global e não fragmentado do estudante. Para tal, recomenda-se a utilização de metodologias ativas na formação dos profissionais de saúde, tendo em vista que a aprendizagem é um processo de construção de saberes (SANTOS et al., 2005). O aluno deve ser capaz de desenvolver uma linha de raciocínio lógico, compreendendo uma situação e resolvendo problemas a partir do conhecimento construído. O professor da graduação precisa ser capacitado quanto à metodologia do ensino superior, a fim de reciclar seus conhecimentos e permitir a troca de experiências com outros docentes. Tendo em vista que a carga horária de trabalho do docente é normalmente alta e levando em conta a demanda de atividades extraclasse, as capacitações devem ser planejadas durante o expediente do professor e não no contraturno, a fim de incentivar sua participação.

Além da formação continuada, a revalorização do papel do docente é primordial para esse processo, uma vez que o professor se sente limitado na sua atuação, o que pode ser considerado um fator desmotivador da sua prática (RECINE, 2013).

A relação da universidade nos campos de atuação na área da saúde pública tem sido apontada como determinante para a formação do acadêmico (RECINE, 2013). Isso porque, ao se inserir nos campos de atuação, a universidade possibilita que o aluno desenvolva seu processo de ensino-aprendizagem a partir da prática profissional. Isso deve acontecer não apenas nos estágios curriculares, mas também por



meio de projetos de iniciação científica e de extensão que envolvam o estudante e deem um retorno à sociedade. Mesmo que muitas instituições de ensino relatem a existência de projetos de pesquisa, dados do ENADE/2010 revelaram que apenas cerca de 25% dos estudantes referiram participar de iniciação científica e 35%, de projetos de extensão (INEP, 2011). Tendo em vista a relevância de vivências como essas na formação profissional é preciso incrementar a participação de alunos em projetos de pesquisa, seja aumentando a oferta de vagas, motivando ou facilitando essa participação a partir de grades curriculares adequadas.

Em se tratando do PNAE, os Centros Colaboradores em Alimentação e Nutrição do Escolar (CECANEs) são órgãos importantes alocados em Instituições de Ensino Superior - IES que permitem que os alunos acompanhem atividades relacionadas à alimentação escolar. Além disso, os CECANEs têm relevante papel na educação permanente e continuada dos profissionais que trabalham nessa área, assim como na pesquisa realizada por docentes e discentes.

RESPONSABILIDADE COMPARTILHADA NA EXECUÇÃO DO PNAE

A responsabilidade de execução do PNAE cabe a vários atores, nas três esferas de governo. No âmbito federal, o PNAE é coordenado pelo Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE), o qual estabelece as normas gerais de planejamento, execução, controle, monitoramento e avaliação do Programa. O FNDE também é responsável pela transferência dos recursos financeiros às Entidades Executoras (EEx), que são os governos estaduais e os municipais (BRASIL, 2014).

As EEx são responsáveis pela execução do PNAE em nível local, inclusive pela utilização, complementação e prestação de contas dos recursos financeiros direcionados ao programa e fiscalização por meio do



Conselho de Alimentação Escolar (CAE). Ele é formado por membros do poder executivo, da classe de professores, funcionários e pais de alunos das escolas e também por membros da sociedade civil, realiza um papel importante no controle social do PNAE e também emite o parecer para aprovação ou não da prestação de contas das EEx. O CAE fiscaliza e presta assessoramento às EEx nos estados e municípios sobre questões financeiras e da qualidade da alimentação escolar (BRASIL, 2014). Outros órgãos como o Tribunal de Contas da União, a Controladoria Geral da União e o Ministério Público da União também são fiscalizadores da execução do PNAE (BRASIL, 2014).

As EEx têm a importante função de utilizar esses recursos para ofertar uma alimentação saudável e adequada nas escolas, além da responsabilidade de executar ações voltadas à educação alimentar e nutricional para formação de hábitos alimentares saudáveis dos escolares. Para tanto, o nutricionista é o profissional que deve assumir a responsabilidade técnica (RT) pelo PNAE (BRASIL, 2014).

O nutricionista, para assumir a RT pelo PNAE e ocupar um cargo de liderança na gestão do programa, deve ter uma visão holística do ser humano, de forma a interagir com uma equipe multidisciplinar constituída pelos diversos atores e setores em nível local de forma a garantir a intersetorialidade que demandam os programas de Segurança Alimentar e Nutricional.

Portanto, a alimentação e a educação são direitos sociais previstos pela Constituição Federal do Brasil (BRASIL, 2010) que não podem ser negligenciados



CONSIDERAÇÕES FINAIS

A responsabilidade da alimentação escolar começa com a implementação de políticas públicas de Segurança Alimentar e Nutricional, como o Programa Nacional de Alimentação Escolar, que devem ser executadas nas esferas federal, estadual e municipal para a promoção da saúde e do desenvolvimento social. Para que a alimentação escolar atenda aos princípios de uma alimentação saudável e de qualidade é necessário que as unidades executoras ofereçam condições operacionais e estruturais para que o nutricionista exerça sua atividade técnica. Por outro lado, compete aos cursos de graduação em nutrição promover as habilidades e as competências do nutricionista por meio do seu Projeto Pedagógico, impedindo a desfragmentação das áreas do conhecimento de forma que o profissional compreenda a interdisciplinaridade que a alimentação escolar exige do nutricionista. Somente assim será formado um profissional completo e preparado para atuar na alimentação escolar, capaz de embasar suas decisões em preceitos éticos e profissionais, de maneira honesta, íntegra e transparente que permita a realização do direito humano à alimentação adequada.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, J.C.; CAMPOS, F.M. *Porcionamento, adequação energética e controle do desperdício em uma creche*. Demetra, v. 7, n. 3, p. 157-180, 2012.
- BEZERRA, O.M.P.A. et al. *Promoção da aquisição de produtos da agricultura familiar para a alimentação escolar em Territórios da Cidadania de Minas Gerais e Espírito Santo*. Rev. Nutr., v. 26, n. 3, maio/jun., 2013, p. 335-342.



BORBA, A. R. L. *Qualidade nutricional da alimentação escolar fornecida a crianças de 7 a 36 meses em centros municipais de educação*, 2014, 87 pp. Dissertação (Mestrado em Segurança Alimentar e Nutricional) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba: UFPR, 2014.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº5, de 7 de novembro de 2001. *Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Nutrição*. Diário Oficial [da] da República Federativa do Brasil. Brasília: 9 nov. 2001.

_____. Portaria Interministerial n. 1010, de 8 de maio de 2006. *Institui as diretrizes para a Promoção da Alimentação Saudável nas Escolas de educação infantil, fundamental e nível médio das redes públicas e privadas, em âmbito nacional*. Diário Oficial [da] da República Federativa do Brasil. Brasília: 11 maio 2006a.

_____. Ministério da Educação. Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação. Conselho Deliberativo. Resolução/FNDE/CD/Nº32 de 10 de agosto de 2006. *Estabelece as normas para a execução do Programa Nacional de Alimentação Escolar - PNAE*. Diário Oficial [da] da República Federativa do Brasil. Brasília: 11 ago. 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Experiências estaduais e municipais de regulamentação da comercialização de alimentos em escolas no Brasil: identificação e sistematização do processo de construção e dispositivos legais adotados*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.



_____. Casa Civil. Lei nº 11.947, de 16 de junho de 2009. *Dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar e do Programa Dinheiro Direto na Escola aos alunos da educação básica*; altera as Leis nº 10.880, de 9 de junho de 2004; 11.273, de 6 de fevereiro de 2006; 11.507, de 20 de julho de 2007; revoga dispositivos da Medida Provisória nº 2.178-36, de 24 de agosto de 2001, e a Lei nº 8.913, de 12 de julho de 1994; e dá outras providências. Diário Oficial [da] da República Federativa do Brasil. Brasília: 17 jun. 2009.

_____. Casa Civil. Emenda Constitucional nº 64, de 4 de fevereiro de 2010. *Altera o art. 6º da Constituição Federal, para introduzir a alimentação como um direito social*. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília: 04 de fev. 2010.

_____. Ministério da Educação e Cultura. Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação. *Alimentação Escolar*. Histórico. Disponível em: <<http://www.fnde.gov.br/programas/alimentacao-escolar/alimentacao-escolar-historico>>. Acesso em: 15 jun. 2013a.

_____. Ministério da Educação e Cultura. Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação. Resolução/CD/FNDE nº 26, de 17 de junho de 2013. *Dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar aos alunos da educação básica no âmbito do Programa Nacional de Alimentação Escolar – Pnae*. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília: 18 de jun. 2013b.

_____. Ministério da Educação. Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação [Internet]. *Alimentação escolar*. Disponível em: <<http://www.fnde.gov.br/index.php/programas/alimentacao-escolar-apresentacao>>. Acesso em: 23 jun. 2014.



CFN. Conselho Federal de Nutricionistas. Resolução CFN nº 334, de 10 de maio de 2004. *Dispõe sobre o Código de Ética do Nutricionista e dá outras providências*. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília: 15 mai. 2004.

_____. Conselho Federal de Nutricionistas. Resolução/CFN nº 380 de 28 de dezembro de 2005. *Dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, estabelece parâmetros numéricos de referência por área de atuação e dá outras providências*. Diário Oficial [da] da República Federativa do Brasil. Brasília: 10 jan. 2006. [2005].

_____. Conselho Federal de Nutricionistas. Resolução/CFN nº 465 de 23 de agosto de 2010. *Dispõe sobre as atribuições do Nutricionista, estabelece parâmetros numéricos mínimos de referência no âmbito do Programa de Alimentação Escolar (PAE) e dá outras providências*. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília: 25 ago. 2010.

GOULART, R.M.M.; BANDUK, M.L.S.; TADDEI, J.A.A.C. *Uma revisão das ações de nutrição e do papel do nutricionista em creches*. Rev. Nutr, v. 4, n. 23, jul./ago., 2010, p. 655-665.

INEP. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. *Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes, 2010*. Relatório Síntese - Nutrição. Ministério da Educação e Cultura: Brasília, 2011.

MELLO, A.L. et al. *Perfil do nutricionista do programa nacional de alimentação escolar na região Nordeste do Brasil*. Rev. Nutr, v. 25, supl. 1, 2012, p. 119-132.

ONU. *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. Adotada e proclamada pela resolução 217 A (III) da Assembleia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948. Disponível em: <<http://www.dudh.org.br/wp-content/uploads/2014/12/dudh.pdf>>. Acesso em: 01 ago. 2016.



_____. *Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais*. Adotado e aberto à assinatura, ratificação e adesão pela resolução 2200A (XXI) da Assembleia Geral das Nações Unidas, 16 de Dezembro de 1966. Entrada em vigor na ordem internacional em 03 de janeiro de 1976. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/do591.htm>. Acesso em: 01 ago. 2016.

_____. *Declaração e Programa de Ação de Viena* (1993). Conferência Mundial sobre Direitos Humanos. Viena, 14-15 jun. de 1993. Disponível em:<<http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/Vienna.aspx>> Acesso em: 01 ago. 2016.

PINHEIRO, A.R.O. et al. *Percepção de professores e estudantes em relação ao perfil de formação do nutricionista em saúde pública*. Rev. Nutr. , v. 25, n.5, set. /out. 2012, p. 631-643.

RECINE, E. et al. *A formação em saúde pública nos cursos de graduação de nutrição no Brasil*. Rev. Nutr., Campinas, v. 25, n. 1, p. 21-33, jan./fev., 2012.

_____. *Consenso sobre habilidades e competências do nutricionista no âmbito da saúde coletiva*. Brasília: Observatório de Políticas de Segurança e Nutrição, 2013.

SANTOS, L. A. S. et al. *Projeto pedagógico do programa de graduação em nutrição da Escola de Nutrição da Universidade Federal da Bahia: uma proposta em construção*. Rev. Nutr. v. 18, n. 1, 2005, p. 105-17.

SILVA, N. F. *O nutricionista e o acolhimento ao usuário do SUS nos NASF*. ASBRAN. Brasília: Asbran, 2010.



SOARES, N. D.; AGUIAR, A. C. *Diretrizes curriculares nacionais para os cursos de nutrição: avanços, lacunas, ambiguidades e perspectivas*. Rev. Nutr., v. 23, n. 5, set./out., 2010, p. 895-905.

TRICHES, R.M.; SCHNEIDER, S. *Desestruturar para construir: interfaces para a agricultura familiar acessar o programa de alimentação escolar*. Estudos Sociedade e Agricultura, v. 20, n. 1, 2012, p. 66-105.

UNESCO. *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*. Conferência Geral da Unesco. Portugal. Outubro de 2005. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180por.pdf>>. Acesso em: 01 ago. 2016.

UNICEF. *Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança*. 20 de Novembro de 1988. Adotada pela Assembleia Geral nas Nações Unidas em 20 de Novembro de 1989 e ratificada por Portugal em 21 de Setembro de 1990. World Food Programme (WFP). *State of School Feeding Worldwide*. Rome: WFP, 2013. Disponível em: <<http://www.wfp.org/school-meals>>. Acesso em: 17 abr. 2013.



CÓDIGO DE ÉTICA DO NUTRICIONISTA: um processo de construção coletiva

Thais Salema Nogueira de Souza

Maria Adelaide Wanderley Rego

Samanta Winck Madruga

Carmen Franco

Elenice Costa

Leonardo Agostini

A alimentação é uma prática social inerente e essencial à vida humana, que pode ser vivenciada e compreendida em seus aspectos ambientais, biológicos, culturais, econômicos, ideológicos, políticos, psicoafetivos, sociais, entre outros. Os seres humanos precisam comer para sobreviver, seja o bebê, para desenvolver e proteger seu corpo, seja o adulto, para alimentar o corpo para suas atividades diárias. Sem acesso aos alimentos o corpo padece e tem seu potencial de vida comprometido. Essa inacessibilidade pode estar relacionada ao poder aquisitivo, às condições de plantio, produção e distribuição de alimentos nas diferentes regiões, dentre outras condicionalidades que determinam a variedade e qualidade dos gêneros alimentícios, comprometendo o consumo de uma alimentação adequada (CONSEA, 2015).



Além de comer para sobreviver, os seres humanos comem para viver, conviver, celebrar, se expressar, se diferenciar, ter prazer, enfim, comer é mais que nutrir o corpo, é também nutrir a alma e as relações humanas. Comida é identidade. Ela expressa a cultura local, a tradição familiar, as práticas e os gostos herdados e as práticas e gostos adquiridos (BOURDIEU, 2008). As pessoas e grupos sociais realizam diferentes práticas alimentares em sua história de vida, nas quais cultivam alimentos, compram em feiras, em supermercados ou em grupos de compra coletiva; cozinham no cotidiano, só nos finais de semana, ou não sabem cozinhar; comem em casa, na rua, sozinhos em frente à televisão e ao computador, ou em companhia, ao redor da mesa; separam o lixo produzido, evitam embalagens ou não se importam com isso. Todas essas práticas alimentares dão a dimensão de que existe um sistema alimentar e que a alimentação não se restringe ao ato de comer (BRASIL, 2014).

Portanto, a alimentação é algo complexo que requer um olhar sistêmico, sobretudo no cenário contemporâneo, permeado por distintas motivações pessoais e jogos de interesses. Compreender alimentação como um direito humano ou como uma mercadoria demarca esse território epistemológico e político. Nesse sentido, cabe a reflexão: a alimentação deve servir aos interesses públicos-coletivos ou aos interesses individuais-privados? A produção de alimentos deve se destinar à promoção da saúde, preservando o meio ambiente, ou à criação de produtos alimentícios de baixo custo e qualidade duvidosa para aquecer a engrenagem econômica mercantil? As escolhas alimentares devem ser motivadas pelo desejo de ter saúde, prazer e qualidade de vida ou de ter um corpo adequado aos padrões estéticos determinados pelas mídias?



E OS NUTRICIONISTAS, O QUE TÊM A VER COM ISSO?

Essas questões estão no dia a dia de todos nós, de forma refletida ou não, e necessitam de saberes de vários campos de conhecimentos e práticas de vários profissionais, dentre eles os nutricionistas.

O nutricionista é o profissional que tem como objeto de trabalho os alimentos, a relação dos seres humanos com a alimentação e seus impactos na saúde. Esta profissão surgiu no Brasil em 1939, com o primeiro curso de Nutrição na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (ASBRAN, 1991). Após quase três décadas, a profissão foi regulamentada pela Lei Nº 5276, de 24 de abril de 1967. O Conselho Federal de Nutricionistas (CFN) foi criado pela Lei Nº 6583, de 20 de outubro de 1978, e regulamentado pelo Decreto 84.444, de 30 de janeiro de 1980, quando se deu início à criação de Conselhos Regionais de Nutricionistas (CRN). Com isso, houve a necessidade de criar ferramentas de orientação das ações do nutricionista, dentre elas o Código de Ética.

O primeiro Código de Ética do Nutricionista foi publicado em 1981, criando orientações dos princípios, deveres e proibições norteadoras das ações dos nutricionistas (CFN, 1981). Seu conteúdo reflete o contexto histórico, marcado pelo sistema político vigente durante a ditadura militar e pelas características da antiga Constituição Federal, utilizando linguagem de cunho rígido que se expressa nas normas do exercício profissional, composto por sete princípios e deveres e vinte proibições.

No contexto de abertura política e da nova Constituição Federal, o CFN, atento às mudanças da sociedade, à ampliação do campo de atuação do nutricionista e ao fortalecimento da estrutura e das ações dos Conselhos, promove revisão e publica o segundo Código



de Ética em 1993 (CFN, 1993). Observa-se que permanece apresentando normas de conduta profissional, porém avança substancialmente em sua linguagem, que convida o nutricionista à reflexão e amplia possibilidades de atuação, destacando o compromisso social e a função de educador do nutricionista. Inova ao estimular a autonomia e senso crítico, com olhar ampliado e transformador do meio em que está inserido. Esclarece ainda as responsabilidades e deveres do nutricionista nas relações profissionais com nutricionistas e outros, como instituições empregadoras e entidades profissionais.

A terceira versão do Código foi publicada em 2004 num contexto de avanços da ciência, de transição epidemiológica e nutricional e de fortalecimento das políticas no campo da Alimentação e Nutrição (CFN, 2004). Esta versão mantém a estrutura anterior, porém amplia algumas temáticas específicas.

Em 2014 o Sistema CFN/CRN percebeu a necessidade da construção de um código de ética com uma nova abordagem que pudesse orientar o nutricionista diante da complexidade do contexto contemporâneo. Porém, este processo demanda tempo e algumas questões se faziam urgentes. Houve então uma atualização pontual, com ajustes de incisos em função de novas legislações, como a regulamentação de estágios e a inclusão de normativas referentes a novas práticas, como o uso de redes sociais (CFN, 2014). No mesmo ano, inicia-se o processo de construção do quarto código de ética, considerando os novos desafios, dilemas e perspectivas para as reflexões e práticas do nutricionista.



E DE QUE ÉTICA ESTAMOS FALANDO

Nesse sentido, é necessário buscar as bases para a reflexão sobre os contextos macro e micro da conduta humana e da prática profissional do nutricionista, com vistas a identificar valores e princípios, universais e específicos, que devem ser garantidos no código de ética – ferramenta de proteção tanto do nutricionista quanto da sociedade atendida por ele.

Essa busca se pautou em documentos oficiais, nacionais e internacionais, que refletem uma conquista histórica de homens e mulheres que participaram do processo de promoção, defesa e garantia de direitos humanos. Dentre eles, pode-se mencionar a Declaração Universal dos Direitos Humanos, a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, a Constituição Federal do Brasil e as legislações e documentos oficiais específicos da área de Nutrição (BRASIL, 1967; 1980; 1988; 1991; 2010; 2014; CFN, 1981; 1993; 2004; 2005; 2014; ONU, 1948; UNESCO, 2005).

Ao analisar o objeto de trabalho do nutricionista por meio desses referenciais, a alimentação pode ser compreendida como um direito humano básico e universal, que precisa ser respeitado e garantido sem ferir outros direitos humanos básicos ou os direitos de qualquer forma de vida e a preservação do meio ambiente.

Será que os nutricionistas trabalham nessa perspectiva? Será que a formação em nutrição possibilita refletir sobre a alimentação e a nutrição de forma ampliada para além dos limites das ciências biológicas? Será que a ciência dos alimentos e da nutrição conduz seus interesses científicos em favor da vida humana? Ou em favor da autopromoção profissional, do poder institucional ou dos interesses econômicos?



Para o desenvolvimento das sociedades, existe uma necessidade imperiosa de as pessoas refletirem eticamente sobre si mesmas, as relações que estabelecem com os outros e os impactos das suas ações na sociedade e no meio ambiente. Essas reflexões tomam rumos diferentes a depender do lugar onde nos situamos, seja como cidadãos, como consumidores ou como profissionais.

Para a elaboração de um novo código de ética o caminho percorrido não pode ser diferente. Deve trilhar o percurso da reflexão pessoal e coletiva, abrindo espaço para o diálogo e o confronto de ideias, com a escuta compreensiva dos consensos e dissensos, com o objetivo comum de se desdobrar em um instrumento inspirador e orientador de condutas éticas.

PROCESSO DE CONSTRUÇÃO: ATIVIDADES E RESULTADOS

O processo de construção do Novo Código de Ética dos Nutricionistas se deu a partir de uma percepção do CFN da necessidade de reformular e atualizar o atual código, principalmente pelas mudanças sociais, econômicas e estruturais na sociedade que refletem na categoria.

Nesse sentido, foi composta a Comissão Especial para a construção do novo Código de Ética (CECEt-CFN) por profissionais indicados pelo Fórum dos Presidentes dos Conselhos Regionais, Comissão de Ética do CFN e aprovado pelo Plenário do CFN. Nos dez conselhos regionais foram criadas CECEt regionais, com o intuito de descentralizar a construção e melhor representar as diferentes realidades profissionais do país. Além dos nutricionistas, foi sugerida a inclusão de assessoria profissional em diversas áreas do conhecimento como



Filosofia, Direito, Psicologia, Educação, e/ou professores de Nutrição de disciplinas referentes à Ética.

A ação inicial da comissão se deu no sentido de conhecer os códigos de ética de outras profissões da área da saúde e entender o processo de construção daqueles que atualizaram recentemente seus códigos.

Nesse momento foi definido e acordado entre os membros da CECeT-CFN que o processo seria conduzido com a metodologia da construção coletiva, de forma que, com a participação efetiva da categoria, essa comissão nacional atuaria como catalisadora de ações que propiciassem a reflexão sobre a ética, o diálogo e a escuta da realidade profissional em pesquisas, fóruns e eventos, pretendendo o maior envolvimento possível dos nutricionistas. A estratégia de trabalho ocorre em duas frentes: consultas à categoria e ações conjuntas com as CECeT Regionais, Comissões de Ética e de Fiscalização.

O processo de consulta à categoria vem ocorrendo por meio de *Ciclos de Escuta*, presenciais e/ou on-line, que vem se definindo a partir dos resultados obtidos nas etapas anteriores.

O primeiro *Ciclo de Escuta* teve o objetivo de traçar um diagnóstico da utilização do atual código de ética, sugestões para o novo código e criar espaços para os relatos e reflexões sobre conflitos e dilemas éticos vivenciados no cotidiano profissional. Este se iniciou no mês de julho de 2014, com o lançamento da primeira escuta on-line em nível nacional, nos sites do Sistema CFN/CRN, onde foram abordadas as questões: (1) Descreva alguma situação profissional que o levou a consultar o Código de Ética; (2) Na situação acima relatada, você teve dificuldade de interpretação ou sentiu falta de informação no Código de Ética para encaminhar a questão? (3) Na sua opinião, quais os temas devem ser incluídos no novo Código de Ética?



Esta escuta on-line ficou disponível no site por nove meses, obtendo a contribuição de 1637 respostas da categoria. A CECeT-CFN realizou uma análise criteriosa dos dados com o cuidado de considerar todas as informações obtidas. As respostas foram sistematizadas em nove categorias, de forma a considerar a ocorrência e a especificidade das situações relatadas. As categorias de análise estão apresentadas a seguir:

- 1) **Direitos e deveres:** situações que decorrem do rol de direitos e deveres associados aos princípios e valores, individuais e coletivos, que não devem ser violados enquanto profissional e cidadão. *Ex: autonomia profissional, sigilo profissional, desvio de função, assédio (moral, sexual, de gênero, de raça e cor, de estado civil, etc.).*
- 2) **Atribuições nas áreas de atuação:** considerar as atribuições previstas em leis e resoluções que definem as atividades básicas e complementares da atuação do nutricionista. *Ex: responsabilidade técnica, gerenciamento de unidades, etc.*
- 3) **Condutas e práticas profissionais:** questões técnicas e práticas vivenciadas no cotidiano profissional, não previstas ou detalhadas nas atribuições. *Ex: tempo de consulta, limites e situações para prescrição (suplementos, fitoterápicos, medicamentos, probiótico), formas de atendimento (presencial, a distância, individual, coletiva), autonomia na elaboração do cardápio (cardápio comercial x cardápio saudável).*
- 4) **Comunicação:** estratégias para comunicação com o público e divulgação de serviços prestados pelo profissional. *Ex: uso de redes sociais, imagem dos pacientes (antes e depois), marketing pessoal, etc.*
- 5) **Vinculação a produtos, marcas e empresas:** associação, divulgação, indicação, venda de produtos e marcas específicas



(alimentos, embalagens, equipamentos, serviços, etc). *Ex: propaganda de produtos, indicação de marcas no consultório, convênio/acordo com farmácias, estabelecimentos de venda de produtos alimentícios, etc.*

- 6) **Relações interpessoais:** situações vivenciadas nas relações entre profissionais (nutricionistas e outros), com pacientes/clientes, com empregados, com empregadores, com estudantes, com população em geral no exercício da profissão e em outras situações em que seja identificado como nutricionista, dentro e fora do ambiente de trabalho. *Ex: abuso de poder, preconceito contra obesos, discriminação (público e privado, de gênero).*
- 7) **Formação e atualização profissional:** situações associadas a processos formais e informais de formação e atualização profissional. *Ex: condutas associadas ao estágio, pesquisas científicas, competências e habilidades profissionais.*
- 8) **Questões trabalhistas:** situações regidas pela legislação trabalhista, que envolvem aspectos contratuais, sindicais, entre outras. *Ex: carga horária, tabela de honorário por atividade, formas de remuneração, tipos de contrato, parâmetros numéricos de profissionais.*
- 9) **Papel do sistema CFN/CRN:** situações associadas às atribuições do conselho no que se refere à orientação, disciplina e fiscalização da prática profissional (legislação, regulamentação da profissão). *Ex: exercício ilegal da profissional, divulgação de pareceres técnicos, etc.*

Ao analisar as respostas, observou-se que as situações que fizeram os profissionais buscarem o Código, com maior frequência, foi com relação às atribuições nas áreas de atuação (responsável técnico e conduta profissional); uso da internet e redes sociais (atendimento e acompanhamento de pacientes de forma presencial e/ou à distância,



imagens de “antes e depois” de pacientes); prescrição (fitoterápica, suplementos e funcionais); indicação e/ou divulgação de marcas de produtos; solicitação de exames.

Em paralelo à primeira escuta on-line, a CECeT-CFN solicitou às comissões de ética e de fiscalização dos conselhos regionais pareceres sobre dilemas éticos mais observados pelas comissões, situações não contempladas no atual código, situações de conflitos éticos de difícil tipificação, textos do código que apresentam dificuldade de interpretação, entre outras sugestões, na perspectiva de ampliar as contribuições e também os diferentes cenários onde a ferramenta de trabalho é a questão ética. Nesse momento, seis conselhos regionais responderam a esta demanda, onde se pode observar que as situações relatadas e sugestões de temas para inserção no novo código estavam em consonância com os resultados da primeira escuta on-line à categoria, no site do Sistema.

A segunda escuta à categoria ocorreu em setembro de 2014 com a realização de duas atividades no XXIII Congresso Brasileiro de Nutrição (CONBRAN): a pesquisa de opinião sobre a utilização do atual código de ética e sugestões para o novo código e a I Oficina Nacional de Escuta dos Profissionais sobre o Novo Código de Ética.

A pesquisa de opinião teve a contribuição de 672 profissionais e refletiu a necessidade da categoria em atualizar o código de ética com a inclusão de questões latentes conflitantes da prática profissional, como o uso da internet e das redes sociais, por exemplo. A oficina realizada no evento, contou com um número expressivo de participantes e foi um momento rico de reflexão sobre o conceito e a percepção sobre ética.

Para o fechamento das atividades do primeiro ano de construção, foi realizado o I Seminário Nacional para a construção do Novo



Código de Ética dos Nutricionistas, em novembro de 2014, onde estiveram presentes representantes de todas as CECET Regionais. Foram apresentados resultados preliminares de todos os processos de escuta à categoria objetivando conhecer as percepções e vivências relacionadas à Ética na prática profissional e ao código de ética.

A terceira escuta à categoria ocorreu por meio de fóruns regionais, realizados pelas CECET regionais, entre novembro de 2014 e abril de 2015, com o objetivo de ouvir os profissionais da região sobre os dilemas éticos presentes na prática profissional, assim como traçar um “perfil do profissional que temos e do que queremos”, na visão da categoria.

A CECET Nacional, no processo de construção compartilhada do Novo Código de Ética, se dedicou a categorizar quanti e qualitativamente as 1637 postagens recebidas (cerca de 2% do montante de profissionais inscritos no país) via ferramenta on-line, e ainda analisou as manifestações colhidas nos 34 fóruns regionais, cuja participação totalizou 921 profissionais.

Na análise dos Fóruns, os resultados da dinâmica que buscou conhecer o “perfil do profissional que temos e do que queremos” chamaram a atenção da comissão, pois apresentaram uma visão depreciativa do profissional atual, com características negativas em sua maioria, e idealizaram um profissional que gostariam de ter apenas com características positivas.

Este cenário inspirou a construção do segundo Ciclo de Escuta com o objetivo de identificar valores necessários para alcançar o perfil desejado e estruturar os princípios fundamentais que servirão de diretrizes para a conduta do nutricionista.

Deu-se início à quarta consulta on-line aos profissionais, com apresentação de uma Nuvem de Palavras contendo as características



do “perfil do profissional que queremos” (Figura 1). Foi apresentado um elenco de 32 valores e solicitada a escolha de dez valores essenciais para o alcance deste perfil profissional.

Figura 1 – Nuvem de Palavras com características do “perfil profissional que queremos”



Nesta etapa, obteve-se a contribuição de 5044 profissionais, o que demonstrou ampliação da participação da categoria na construção do novo código.

Para os trabalhos das CECeT Regionais foi proposto o desenvolvimento de reuniões internas, com a participação de profissionais e colaboradores externos, para a identificação e hierarquização dos



valores e elaboração de princípios fundamentais para o novo código de ética.

Para o fechamento do ano de 2015 foi realizado o II Seminário Nacional para a Construção do Novo Código de Ética onde representantes de todas as CECET regionais tiveram oportunidade de, juntos, trabalharem na elaboração dos princípios fundamentais que irão reger a prática profissional, embasados nos materiais coletados na escuta e fóruns regionais realizados ao longo do ano. Além disso, foi desenvolvida dinâmica de grupo que permitiu apontar problemas, soluções e artigos sobre três temáticas que costumam gerar conflitos éticos (comunicação, relações interpessoais e vinculação a marcas e empresas).

PRÓXIMOS PASSOS

Para o ano de 2016 estão previstas as seguintes atividades:

- Análise dos resultados do II Seminário Nacional para a construção do Novo Código de Ética dos Nutricionistas;
- Atividades internas das CECET CFN e Regionais;
- Elaboração da 1ª versão do novo Código de Ética;
- II Oficina Nacional de Escuta dos Profissionais sobre o Novo Código de Ética, no XXIV CONBRAN;
- III Seminário Nacional para a construção do Novo Código de Ética dos Nutricionistas;
- Elaboração da 2ª versão do novo Código de Ética;
- Consulta Pública aberta aos profissionais e sociedade em geral;
- IV Seminário Nacional para a construção do Novo Código de Ética dos Nutricionistas;



- Elaboração da versão final do Novo Código de Ética dos Nutricionistas;
- Lançamento do Novo Código de Ética dos Nutricionistas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A reflexão acerca dos fundamentos do agir humano interessa à Bioética, sobretudo no que tange às implicações decorrentes das ações humanas que afetam as mais distintas formas de vida, em especial, a humana (REICH, 1978). Esta tem, como um dos aspectos centrais, a necessidade de alimentar-se. Refletir eticamente sobre os problemas, os dilemas, as dúvidas, as incertezas, os deveres, os direitos, as interfaces – entre outras questões –, da nutrição é tarefa da qual a Bioética não pode eximir-se. É seu papel auxiliar a reflexão sobre esse tema com vistas a auxiliar os profissionais dessa área a melhor desempenharem o ofício de nutricionista. É nesse sentido que, para a construção de um código de ética (ou de conduta) de uma categoria, a Bioética tem, por natureza, um papel a assumir: o de colaborar com o processo de construção. Mais do que oferecer “respostas” sobre *o que, quem, como, quando e onde* fazer, deve problematizar *por que e para que* fazer o que se faz/deve fazer em Nutrição.

No processo de elaboração da quarta edição do Código de Ética do Nutricionista pode-se considerar uma inovação a adoção de um processo de construção coletiva, onde os cerca de cem mil nutricionistas tiveram a oportunidade de refletir sobre sua prática profissional e os conflitos vivenciados e de participar das diversas etapas desta construção.



No decorrer desse processo houve uma ampliação da participação dos profissionais, principalmente via on-line, essencial para o conhecimento da diversidade das realidades profissionais brasileiras.

Todas as manifestações foram minuciosamente analisadas e consideradas, sendo prioridade da comissão o cuidado em respeitar e incluir as diferentes perspectivas e experiências em todas as etapas do processo e ainda zelar pelo compromisso de dar o retorno para a categoria dos resultados das escutas, por meio de vários canais como sites, revistas e redes sociais do sistema, além dos fóruns regionais e oficinas nacionais.

Trabalhar com o princípio da construção coletiva não é um exercício fácil na prática, ele exige abertura para a escuta, respeito às diversidades, persistência e responsabilidade compartilhada com o produto construído, ou seja, é uma oportunidade de aprendizado.

REFERÊNCIAS

ABRAN - Associação Brasileira de Nutrição. *Histórico do nutricionista no Brasil -1939 a 1989*: coletânea de depoimentos e documentos. São Paulo: Atheneu, 1991.

BOURDIEU, P. *Distinção: crítica social do julgamento*. São Paulo: Edusp; Porto Alegre: Zouk, 2008.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 5276, de 24 de abril de 1967. 1980. *Dispõe sobre a profissão de Nutricionista, regula o seu exercício, e dá outras providências*. Brasília: Presidência da República, 1967.



_____. Presidência da República. Decreto nº 84.444 de 1980. *Regulamenta a Lei nº 6.583, de 20 de outubro de 1978, que cria os Conselhos Federal e Regionais de Nutricionistas, regula o seu funcionamento e de outras providências*. Brasília: Presidência da República, 1980.

_____. Presidência da República. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília: Presidência da República, 1988.

_____. Presidência da República. Lei nº 8.234, de 17 de setembro de 1991. *Regulamenta a profissão de Nutricionista e determina outras providências*. Brasília: Presidência da República, 1991.

_____. Decreto nº 7.272, de 25 de agosto de 2010. *Regulamenta a Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006, que cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN, institui a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – PNSAN, estabelece os parâmetros para a elaboração do Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional e dá outras providências*. Brasília: Presidência da República, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Alimentação e Nutrição*. Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Guia alimentar para a população brasileira*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CFN. Conselho Federal de Nutricionistas. Resolução CFN nº 01/1980. *Dispõe sobre a criação dos Conselhos Regionais de Nutricionistas*. Brasília: CFN, 1980.



_____. Conselho Federal de Nutricionistas. Resolução nº 024/1981. *Dispõe sobre o Código de Ética do Nutricionista e dá outras providências*. Brasília: CFN, 1981.

_____. Conselho Federal de Nutricionistas. Resolução nº 141/1993. *Dispõe sobre o Código de Ética do Nutricionista e dá outras providências*. Brasília: CFN, 1993.

_____. Conselho Federal de Nutricionistas. Resolução nº 334/2004. *Dispõe sobre o Código de Ética do Nutricionista e dá outras providências*. Brasília: CFN, 2004.

_____. Conselho Federal de Nutricionistas. Resolução CFN nº 380/2005. *Dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, estabelece parâmetros numéricos de referência por área de atuação e dá outras providências*. Brasília: CFN, 2005.

_____. Conselho Federal de Nutricionistas. Resolução nº 541/2014. *Altera o Código de Ética do Nutricionista e dá outras providências*. Brasília: CFN, 2014.

CONSEA – Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. *Comida de Verdade no Campo e na Cidade*. Documento de referência da 5ª Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Brasília: CONSEA, 2016.

ONU. Organização das Nações Unidas. *Declaração Universal dos Direitos Humanos*, 1948.

REICH W.T. *Encyclopedia of Bioethics*. New York: Free Press-Macmillan, 1978.



Daniela Ferron Carneiro, et al.

UNESCO. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*. Tradução: Cátedra UNESCO de Bioética da Universidade de Brasília, 2005.

VASCONCELOS, F.A.G.; CALADO, C.L.A. *Profissão nutricionista: 70 anos de História no Brasil*. Rev. Nutr., Campinas, v. 4, n.4, ago. 2011.



AUTONOMIA E CIRURGIA BARIÁTRICA NA ADOLESCÊNCIA

Magda Rosa Ramos da Cruz

Carla Corradi Perini

Antônio Carlos Ligocki Campos

Falta de maturidade, relações familiares problemáticas, interesses ocultos dos pacientes e resistência dos familiares e dos profissionais da saúde estão entre os principais desafios relacionados à autonomia e o consentimento informado para a cirurgia bariátrica de adolescentes. Essas questões estão ecoando no campo da Bioética desde a publicação da portaria que regulamenta a indicação da cirurgia bariátrica para adolescentes de 16 a 18 anos.

A partir do entendimento dos aspectos epidemiológicos e clínicos da obesidade e da cirurgia bariátrica, este texto busca refletir sobre a polêmica redução da idade mínima para a realização desse procedimento cirúrgico sob a perspectiva da Bioética. A temática envolve uma discussão sobre a autonomia do adolescente na decisão pela cirurgia bariátrica, assim como sobre os valores de cada um dos atores – paciente, pais/responsáveis e profissionais da saúde – relacionados à tomada dessa decisão.



Para uma profícua discussão, após a contextualização da obesidade e da cirurgia bariátrica no adolescente no cenário brasileiro, teremos como base um relato de caso real discutido a partir do modelo deliberativo de Gracia (2010). E por que discutir pelo método deliberativo? Porque deliberar significa tomar uma decisão após pensar, analisar e/ou refletir, ou seja, os atores envolvidos diretamente com a tomada da decisão pela cirurgia do adolescente devem deliberar, considerando as condicionalidades e após avaliação criteriosa do risco-benefício.

OBESIDADE MÓRBIDA E CIRURGIA BARIÁTRICA

A obesidade mórbida é considerada atualmente um problema de saúde pública e caracteriza-se por Índice de Massa Corporal (IMC) maior que 40 kg/m^2 ou entre 35 e 40 kg/m^2 na presença de doenças associadas, tais como diabetes, dislipidemias, doenças cardio e cerebrovasculares, apnéia do sono, doenças articulares, ortopédicas, entre outras (SEGAL; FANDIÑO, 2002). Em 2009, a OMS publicou o relatório de riscos para a saúde, onde relata que, dos cinco maiores fatores de risco para o aumento da mortalidade, três são doenças associadas à obesidade, sendo o quinto maior fator de risco, ser obeso. Entre os 19 principais fatores, dez estão relacionados a questões alimentares e sedentarismo (WHO, 2009).

O significativo aumento mundial dos casos de obesidade mórbida vem resultando no crescimento das intervenções cirúrgicas para correção deste mal (MENEGOTTO et al., 2013) e intenciona reduzir, mediante perda de peso, o risco de mortalidade e comorbidades (POIRIER, 2011).



O tratamento cirúrgico é um procedimento invasivo, que resulta, nos casos de sucesso, em redução de mais de 50% do excesso de peso corporal, além de levar à melhora no quadro clínico do paciente e bem-estar social e psíquico (NELBOM et al, 2010). Os diversos procedimentos cirúrgicos têm como objetivo diminuir a quantidade de alimentos ingeridos e/ou absorvidos pelo sistema digestório, através das técnicas restritivas, disabsortivas ou mistas (TWEDELL, 2004).

O principal tipo de cirurgia bariátrica realizado atualmente é o *bypass* gástrico em *Y-de-Roux* (BGYR), uma técnica cirúrgica mista caracterizada por restringir o tamanho da cavidade gástrica e, conseqüentemente, a quantidade de alimentos ingerida, e por desviar o trânsito alimentar do duodeno e das porções iniciais do jejuno, reduzindo a superfície intestinal em contato com o alimento (BORDALO et al., 2011).

Apesar dos benefícios da cirurgia incluem resolução ou melhora acentuada de doenças crônicas como hipertensão, diabetes e hiperlipidemia, as implicações dos procedimentos de cirurgia bariátrica no estado nutricional do paciente se devem especificamente às alterações anatômicas e fisiológicas que prejudicam as vias de absorção e/ou ingestão alimentar. Uma boa compreensão da fisiologia de absorção do trato gastrointestinal é muito importante para compreender as potenciais deficiências nutricionais após a cirurgia (PARKES, 2006).

Vitaminas e minerais são fatores e cofatores essenciais em muitos processos biológicos que regulam o peso corporal direta ou indiretamente. Assim, a adequação de micronutrientes é importante não só para a manutenção da saúde, mas também para obter o máximo sucesso na manutenção e na perda de peso a longo prazo (BORDALO et al., 2011).



Deve estar claro para o paciente que a cirurgia não caracteriza o término do tratamento da obesidade, e sim uma maximização da perda de peso, visando principalmente a saúde. Desta forma, o acompanhamento e monitoração por tempo indeterminado de toda a equipe multidisciplinar da área de saúde são de extrema importância no pós-operatório (QUADROS, 2006).

No Brasil, segundo levantamento feito pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), a oferta da cirurgia bariátrica nos hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) aumentou 542% desde 2001, e em 2008 no Brasil foram realizadas 3.195 cirurgias. O Paraná foi o Estado que realizou o segundo maior número de cirurgias pelo SUS, com 1.068 procedimentos.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), o tratamento cirúrgico é apenas parte do tratamento integral da obesidade, que é prioritariamente baseado na promoção da saúde e no cuidado clínico longitudinal. O tratamento cirúrgico é indicado apenas em três casos, sendo: 1) indivíduos que apresentam IMC maior ou igual a 50 kg/m²; 2) indivíduos que apresentam IMC maior ou igual a 40 kg/m², com ou sem comorbidades, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado na Atenção Básica e/ou Atenção Ambulatorial Especializada, por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos e; 3) indivíduos com IMC maior que 35 kg/m² e com comorbidades, tais como pessoas com alto risco cardiovascular, diabetes mellitus e/ou hipertensão arterial sistêmica de difícil controle, apnéia do sono, doenças articulares degenerativas, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos.

As Diretrizes Gerais para o Tratamento Cirúrgico da Obesidade – Anexo I, publicada no Diário Oficial da União, seção 1, n° 54, de 20



de março de 2013, alteram a idade mínima para a realização do procedimento cirúrgico, para 16 anos e retiram a idade máxima para indicação, citando como um dos critérios a ser observado: respeitar os limites clínicos de acordo a idade.

Cita-se, como um dos critérios a ser observado, nos jovens entre 16 e 18 anos, apresentarem o escore-z maior que +4 na análise do IMC por idade. Entretanto o tratamento cirúrgico não deve ser realizado antes da consolidação das epífises de crescimento, ou seja, estes exames devem ser realizados para que se comprove o fim do período de crescimento do paciente. Apenas depois da confirmação pode ser autorizada a liberação para o procedimento cirúrgico. Portanto, a avaliação clínica do jovem necessita constar em prontuário e deve incluir a análise da idade óssea e avaliação criteriosa do risco-benefício, realizada por equipe multiprofissional com participação de dois profissionais médicos especialistas na área (BRASIL, 2013).

Outro critério a ser observado trata-se de que o indivíduo e seus responsáveis devem compreender todos os aspectos do tratamento e assumirem o compromisso com o segmento pós-operatório, que deve ser mantido por tempo a ser determinado pela equipe; além do compromisso consciente do paciente em participar de todas as etapas da programação, com avaliação pré-operatória rigorosa (psicológica, nutricional, clínica, cardiológica, endocrinológica, pulmonar, gastroenterológica e anestésica) (BRASIL, 2013).

A compreensão e compromisso consciente com o seguimento pós-operatório são fundamentais para o consentimento do paciente e de seus responsáveis para a realização da cirurgia. É nesse contexto que iremos aprofundar a discussão sobre a autonomia do paciente na decisão pelo procedimento cirúrgico como tratamento da obesidade e os valores envolvidos no consentimento.



AUTONOMIA DO ADOLESCENTE E A TOMADA DE DECISÃO PELA CIRURGIA BARIÁTRICA

O conceito de autonomia adquiriu sentidos muito diversos, tais como: autogoverno, direitos de liberdade, privacidade, escolha individual, liberdade da vontade, ser o motor do próprio comportamento e pertencer a si mesmo. Muitas ideias constituem o conceito, criando a necessidade de refiná-lo à luz de objetivos específicos (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2011).

Para as interpretações acerca da autonomia, não podemos deixar de citar Immanuel Kant e John Stuart Mill, autores que influenciaram demasiadamente as concepções atuais sobre a temática. Para Kant (2013), o respeito à autonomia tem origem no reconhecimento de que todas as pessoas têm capacidade para determinar o próprio destino. Mill (2011) argumentou que os cidadãos deveriam ter permissão para se desenvolver de acordo com suas convicções, desde que não interferissem na liberdade dos outros.

O princípio do respeito à autonomia inclui o esforço para encorajar e produzir sua opinião acerca dos próprios interesses. O indivíduo autônomo age livremente de acordo com um plano escolhido por ele mesmo, com base em seus desejos e metas. Entretanto, Frankfurt (1971) ressalta a necessidade de se ponderar sobre os desejos que surgem apenas para satisfazer uma vontade momentânea. A tomada de decisões não pode ser realizada com base nesses desejos momentâneos e superficiais, pois as vontades podem mudar de repente, influenciadas pelo ambiente.

Quando trazemos essa questão para o consentimento favorável ao procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade por parte do adolescente, destaca-se a recomendação de que ainda que o



adolescente seja considerado legalmente capaz de dar seu consentimento, deve-se estabelecer uma periodicidade para que este seja renovado, visto que o paciente pode mudar de opinião (DOVE et al., 2013). Entende-se aqui, que como se trata de um processo pré-cirúrgico, no qual o adolescente deverá passar por uma adequada avaliação por todos os integrantes da equipe multidisciplinar, essa decisão pode ser repensada e amadurecida ao longo desse processo, quando o adolescente vai compreender o que irá acontecer com ele. Isso se justifica porque o adolescente, por razões relacionadas à idade, faz parte de uma população vulnerável (WENDLER, 2006), e pode ser considerado um indivíduo com autonomia reduzida, que ao menos em algum aspecto, pode ser controlada por outros ou incapaz de deliberar ou agir com base em seus desejos e planos.

O conceito de capacidade na decisão está intimamente ligado ao conceito de autonomia. Um paciente ou sujeito é capaz de tomar uma decisão caso possua a capacidade de entender o termo de consentimento, fazer um julgamento sobre a informação à luz de seus próprios valores, visar um resultado determinado e comunicar livremente seu desejo àqueles que o tratam ou que procuram saber qual é a sua vontade. A lei, a Medicina e, até certo ponto, a Filosofia, presumem um contexto no qual as características da pessoa capaz são também as propriedades da pessoa autônoma. Embora autonomia e a capacidade tenham significados diferentes (autonomia significa autogoverno; capacidade, a habilidade de executar uma tarefa), os critérios que definem a pessoa autônoma e a pessoa capaz são surpreendentemente similares. Há duas hipóteses plausíveis: ou uma pessoa autônoma é (necessariamente) uma pessoa capaz (de tomar decisões), ou os julgamentos acerca da capacidade de uma pessoa para autorizar ou recusar



uma intervenção devem ser baseados numa avaliação da autonomia dessa pessoa (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2011).

Embora as propriedades mais cruciais para a determinação da capacidade sejam controversas, no contexto biomédico uma pessoa geralmente é considerada capaz caso esteja apta a compreender um procedimento terapêutico, a deliberar acerca de riscos e benefícios importantes e a tomar uma decisão à luz dessa deliberação.

Segundo Appelbaum e Grisso (1988) os critérios de incapacidade devem envolver: 1) Inabilidade para expressar ou comunicar uma preferência ou escolha; 2) Inabilidade para entender a própria situação e suas consequências; 3) Inabilidade para entender as informações relevantes; 4) Inabilidade para oferecer um motivo; 5) Inabilidade para oferecer um motivo racional (embora possam ser dados alguns motivos embasadores); 6) Inabilidade para oferecer motivos relacionados com riscos e benefícios (embora possam ser dados alguns motivos racionais); 7) Inabilidade para chegar a uma decisão razoável (conforme julgado, por exemplo, pelo modelo de uma pessoa razoável).

Analisando os critérios acima, afirma-se que o adolescente pode ser capaz de decidir de forma independente sobre a cirurgia bariátrica, mas em virtude da idade, legalmente, ele precisa do consentimento também de seus pais ou responsáveis, ou seja, ele não cumpre as diretrizes pragmáticas.

Adicionalmente, Frankfurt (1971) afirma que ter a liberdade de fazer o que queremos fazer não é o suficiente para mostrar o nosso livre-arbítrio. Nesse sentido, apesar dos adolescentes com mais de 14 anos serem considerados pessoas com plena capacidade de livre decisão (WENDLER, 2006), estudos mostram que eles são naturalmente influenciados pelas pessoas que eles confiam, como pais e amigos (MERLO, 2007).



Portanto, a liberdade, entendida aqui como a independência de influências controladoras, que é uma das condições essenciais ditadas pelas teorias da autonomia, não é de fato absoluta. Por essas teorias, reconhece-se como características de uma pessoa autônoma, sobretudo, a compreensão, o raciocínio, a deliberação e a escolha independente (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2011).

Quando se consideram as características de um adolescente entre 16 e 18 anos, pode-se inferir que ele terá possivelmente capacidade de compreensão, raciocínio e deliberação (WOLTHERS, 2006). Mas a escolha independente pode não se aplicar plenamente ao adolescente, haja vista que para que ele seja submetido à cirurgia bariátrica é preciso também o consentimento dos pais ou responsáveis. Adicionalmente, o consentimento do adolescente também sofre interferência do meio em que ele vive. Por exemplo, é provável que a necessidade de se sentir incluído ou aceito sem discriminação pela sociedade da qual o adolescente participa ou deseja participar, contribua para um consentimento favorável à cirurgia, sem ponderar sobre possíveis riscos do tratamento. Ou ainda, podemos questionar a independência da decisão tomada a partir de uma relação afetuosa não estável com uma pessoa. Será que podemos dizer que nessa situação o adolescente age segundo seu livre arbítrio?

Ainda, os adolescentes podem ser coagidos pelos próprios pais que, sentindo-se responsáveis pela obesidade dos filhos, veem a cirurgia como uma solução rápida para a responsabilidade parental negligente (MCNAUGHTON, 2011; SCHMIDT, 2008). Em contraste, alguns pais podem se sentir culpados pela obesidade de seu filho, mesmo quando o sentimento não se justifica. O importante é que os sentimentos negativos relacionados à responsabilidade parental



não influenciem na tomada de decisão pela cirurgia como tratamento da obesidade dos filhos.

Todos esses fatores podem interferir na interpretação das informações do termo de consentimento tanto por parte dos adolescentes quanto dos pais, principalmente no que diz respeito à relação riscos-benefícios.

Importante ressaltar que adolescentes têm percepções diferentes de seus pais em relação ao impacto da obesidade sobre suas vidas (ZELLER; MODI, 2006), assim como têm concepções diferentes sobre os riscos e benefícios do tratamento cirúrgico. Alguns autores afirmam que os adolescentes são mais avessos aos riscos do que os adultos, e tendem a minimizar as consequências potencialmente prejudiciais de comportamentos inadequados que podem incorrer em riscos pós-cirúrgicos. E também que são limitados em sua capacidade de identificar riscos e benefícios de tratamentos em resposta a ambos os protocolos, tanto hipotéticos como reais (ABRAMOVITCH et al., 1995; COHN et al., 1995; KASER-BOY et al., 1985).

Outro aspecto que tem relevância para o consentimento é considerar os riscos e benefícios a partir do ponto de vista do adolescente (PRATT et al, 2009). Por exemplo, um dos benefícios que o adolescente pode obter com a cirurgia bariátrica é que a perda de peso talvez o tire do alvo do *bullying*. O risco para ele talvez seja não poder participar com amigos de eventos sociais em que a comida seja o foco principal.

O mandatário é que a decisão pelo procedimento cirúrgico seja aberta e transparente (HOFMANN, 2013). Fazer ou não a cirurgia bariátrica não é a questão foco dessa discussão, mas quem é que decide e como essa decisão é tomada.



Em relação aos profissionais da área da saúde responsáveis pelo acompanhamento do adolescente, é importante avaliar, durante o processo pré-cirúrgico, o que é melhor no interesse do adolescente, especialmente nos casos em que há dúvida se os pais são capazes de dar suporte para o filho exercer sua autonomia. É necessário que o adolescente tenha uma adequada avaliação de seu desenvolvimento cognitivo, emocional e social, além da avaliação clínica, bem como o apoio à sua independência (WILDE, 2004) por parte dos profissionais de saúde. No entanto, deve-se ter o cuidado para que as intervenções não se tornem paternalistas e possam infringir a autonomia do paciente (HOLM, 2007).

Ao mesmo tempo em que não se espera um comportamento paternalista por parte dos profissionais, exige-se responsabilidade da equipe, com a emissão de pareceres favoráveis à cirurgia para o adolescente somente após criteriosa avaliação e acompanhamento do mesmo. Apenas com uma consulta é moralmente inadmissível afirmar que o paciente esteja preparado para um novo e exigido estilo de vida, principalmente quando a manutenção de práticas anteriores pode estar relacionada com graves complicações pós-cirúrgicas. Nestes casos, utilizar como justificativa para esse parecer o respeito à autonomia do paciente parece não ser moralmente correto.

Para Beauchamp e Childress (2011), a decisão, neste caso pela cirurgia bariátrica, deve exigir uma ação autônoma ideal, ou seja, uma intenção (desejo) que passou por um processo deliberativo, no qual todos os fatores, riscos e benefícios foram analisados com conhecimento de causa (entendimento) e sem influências controladoras que determinem sua ação (autoritarismo dos pais ou uma coação por parte de um terceiro envolvido com uma relação afetiva com o paciente). Entretanto, esses mesmos autores afirmam que, na



prática, as ações das pessoas raramente – ou nunca – são completamente autônomas. Portanto, eles sugerem a exigência de “apenas um grau substancial de entendimento e de liberdade de alguma coerção, e não um entendimento pleno ou uma completa ausência de influência”.

No caso de adolescentes com obesidade mórbida, este entendimento pode ainda estar mais comprometido, devido a sintomas depressivos relacionados à obesidade (ZELLER et al., 2006). E essa falta de entendimento do processo cirúrgico e das mudanças comportamentais necessárias relacionadas à alimentação, à suplementação de vitaminas e minerais e atividade física, pode comprometer não apenas o consentimento para a cirurgia, mas também os resultados da mesma. Deve-se deixar bem claro que o tratamento cirúrgico pode mudar significativamente o cotidiano desses adolescentes, com a inclusão de mais regras, sendo o seguimento destas regras fundamental, principalmente para minimizar os riscos pós-cirúrgicos (O'BRIEN, 2010).

Nesse sentido, para Raper e Sarwer (2008), informar e obter um consentimento informado válido de adolescentes é ainda mais desafiador que de adultos elegíveis para a cirurgia bariátrica.

Para ser legalmente válido, o consentimento deve ser suficientemente informado e ser livremente dado por uma pessoa que tem capacidade para fazê-lo. Na ausência dessa capacidade para tomar decisões, os pais têm o poder legal de consentir em nome dos filhos, desde que haja um suporte familiar adequado. A situação é mais complexa quando os jovens são capazes, mas se opõem à vontade dos pais (LARCHER, 2005).

Para a garantia de um consentimento válido, Pratt et al (2009) recomendam que o consentimento informado pelo adolescente



deve ser obtido separadamente dos pais para evitar a coação; que o conhecimento dos riscos e benefícios do procedimento e da importância do seguimento pós-operatório do paciente deve ser formalmente avaliado e que o processo de autorização dos pais deve incluir a discussão dos riscos da obesidade no adulto, os tratamentos médicos disponíveis, alternativas cirúrgicas e os riscos específicos e os resultados da cirurgia proposta.

Caniano (2009) ainda ressalta a importância de certificar-se de que os pacientes e os pais compreendem "a irreversibilidade e possibilidade de consequências negativas imprevistas até anos mais tarde".

Nós sugerimos o modelo deliberativo de Diego Gracia (1998) para a tomada de decisões sobre a cirurgia bariátrica para o adolescente. Para o autor, a tomada de decisão deve ser compartilhada, considerando a contribuição da equipe multiprofissional com o conhecimento necessário sobre técnicas alternativas, procedimento cirúrgico proposto, mudanças comportamentais, riscos e benefícios, e também considerando o paciente e seu responsável, que contribuem com o esclarecimento de seus legítimos valores e necessidades. Nesse sentido, a autonomia do paciente adolescente estará sendo respeitada e o mesmo terá condições de tomar a decisão mais adequada juntamente com seus pais ou responsáveis.

A tomada de decisões a partir deste modelo deve envolver oito etapas:

1. ESTABELECE A PERGUNTA-PROBLEMA:

Para cada caso, caberia uma pergunta específica, adequada ao contexto de cada paciente. Para essa discussão, tomaremos como base um caso real, um paciente de 17 anos, que realizou a cirurgia em uma



clínica particular de tratamento da obesidade mórbida, de Curitiba-PR. A ele iremos nos referir com o nome fictício “Pedro”.

A pergunta-problema, exemplificada aqui, foi direcionada à temática que está sendo discutida neste texto, ou seja, a autonomia do paciente adolescente:

“Pedro terá sua autonomia respeitada caso seja realizada a cirurgia bariátrica pela técnica sleeve?”

2. ESTUDO MINUCIOSO DOS FATOS CLÍNICOS

Para responder a pergunta estabelecida é necessário em um segundo momento um estudo minucioso dos fatos clínicos. Para o caso apresentado, temos resumidamente a seguinte situação:

Pedro de 17 anos é solteiro, estudante e está se preparando para prestar vestibular daqui a nove meses. A avaliação médica foi realizada em um primeiro momento só com o adolescente, posteriormente apenas com a mãe Cecília (nome fictício) e então com ambos.

O paciente refere que aos oito anos de idade perdeu o pai (psiquiatra), em decorrência de câncer de pâncreas. Relata que com a perda do pai percebe que não consegue ver as pessoas tristes sem ajudá-las.

Na infância apresentava sobrepeso, mas com cuidados alimentares e atividade física conseguiu ficar eutrófico aos 12 anos. Refere que há três anos o seu peso era em torno de 60Kg, e que foi a partir daí que iniciou aumento de peso gradual, porém o maior ganho de peso deu-se há um ano, quando passou por dois eventos negativos quase que simultaneamente: terminou um relacionamento de dois anos; e jogava basquete por um clube da cidade mas, por falta de atletas, o treino acabou sendo extinto. Em decorrência destes fatos, o paciente diz não ter mais feito atividade física porque ainda



"não achou algo que lhe agrade e que lhe dê prazer". Atualmente encontra-se com 120Kg e 1,70m, ou seja, apresenta obesidade mórbida ($IMC=41,52 \text{ kg/m}^2$).

Apresenta histórico de ter usado na infância o medicamento metilfenidato, uma droga psicoestimulante, por suposto quadro de *transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH)*, mas que não foi detectado em avaliação. Informa ainda que realizou psicoterapia por diversos anos.

Além do pai que era psiquiatra, apresenta um irmão psiquiatra que é a favor da realização da cirurgia (segundo a mãe, este seu filho psiquiatra nunca detectou nada de anormal no irmão).

Em sua avaliação, o médico cirurgião não identifica nenhum transtorno psiquiátrico, mas afirma que o paciente tem dificuldades em lidar com perdas e frustrações e, ainda, refere leve postura pueril do adolescente.

O médico não verificou contraindicações, do ponto de vista psiquiátrico, para o paciente ser submetido a tratamento cirúrgico, e sugere a técnica *sleeve*, onde não há desvio intestinal, como acontece no *bypass* gástrico em *Y-de-Roux (BGYR)*, explicado anteriormente, e por isso associa-se a melhor preservação do estado nutricional a longo prazo.

Do ponto de vista nutricional, as principais alterações necessárias no pós-cirúrgico são a restrição do consumo de refrigerantes e salgados, que atualmente é diário; além do aumento da frequência e a redução do volume das refeições realizadas e a suplementação de vitaminas.



3. ESCLARECER TODAS AS DÚVIDAS TÉCNICAS

Todas as alternativas terapêuticas devem ser abordadas nesse item, e o procedimento cirúrgico proposto deve ser explicado ao paciente e seus responsáveis. Além disso, a irreversibilidade da cirurgia e todas as mudanças de comportamento necessárias devem ser aclaradas neste momento, sendo que todas essas informações devem fazer parte do termo de consentimento informado.

Como o foco não é uma tese sobre as técnicas de cirurgias para obesidade, apenas para auxiliar nossa discussão, serão incluídas aqui algumas breves informações sobre a técnica *sleeve*, referindo-se que é reconhecida como uma nova *técnica* de cirurgia bariátrica que pode fazer emagrecer com menos riscos e menos sacrifício, pois ela não altera o caminho seguido pelos alimentos, ou seja, não ocorre o desvio de parte do intestino, mas elimina a porção ociosa do estômago. Essa parte, que equivalente a aproximadamente 80% do estômago, é cortada e retirada tornando a cirurgia irreversível. Dessa forma, reduz-se a capacidade do estômago, aumentando a saciedade do paciente com menor volume de alimentos, conseqüentemente haverá redução do peso corporal.

4. DESCREVER OS VALORES DE TODAS AS PARTES ENVOLVIDAS NO CASO: MÉDICOS, PACIENTES, MEMBROS DA EQUIPE ENTRE OUTROS

Aqui podem ser ressaltados alguns pontos importantes:

- Pedro é filho adotivo e não se tem informações sobre o passado genético do mesmo. A mãe Cecília ligou antes da consulta para relatar essa informação ao médico, solicitando sigilo, pois o assunto causa desconforto em Pedro.
- Na primeira consulta, Pedro acabou discutindo com a mãe, pois ele havia sido levado sem seu consentimento, soube ape-



nas no momento que se tratava de uma consulta para a cirurgia bariátrica.

- No retorno para casa, após a primeira consulta, Pedro conversou com a mãe e aceitou que o procedimento poderia ser uma solução para o seu caso, mas que deixaria sob a responsabilidade do médico a decisão sobre o melhor procedimento a se fazer. Ele afirmou “se é clínico ou cirúrgico [referindo-se ao tratamento], o que ele [o médico] falar eu vou fazer”.
- O paciente passou por um acompanhamento da equipe multiprofissional que identificou a necessidade de cirurgia bariátrica para este adolescente, sugerindo-se a técnica *sleeve*.

5. ANALISAR OS CONFLITOS DE VALORES

Aqui vamos considerar apenas os conflitos relacionados à autonomia do paciente. Superficialmente, podemos afirmar que houve o desrespeito a essa autonomia a partir de alguns pontos ilustrados.

O primeiro ponto é que a busca pela cirurgia não partiu de Pedro, e sim de sua mãe, que não informou ao filho até o momento em que o mesmo foi atendido pelo cirurgião. Pode-se inferir que houve uma coerção inicial por parte de Cecília, utilizando-se de sua autoridade de mãe e da confiança do filho depositada nela, permitindo que ela o levasse a uma consulta médica sem maiores detalhes.

Aqui deveriam ser investigados com maior profundidade os valores relacionados com essa atitude da mãe: seria culpa, preocupação, responsabilidade parental? Mas, independentemente do fator motivador, a mãe violou o direito de liberdade do adolescente, e isso poderia finalizar em um não consentimento favorável à cirurgia ou ainda em resultados não satisfatórios após a realização da mesma.



O outro ponto que merece destaque é que Pedro afirma que sua decisão será pautada na decisão médica, sem deliberar. É importante ressaltar que exercer a autonomia implica em um julgamento sobre a informação (fornecida pela equipe multidisciplinar) à luz de seus próprios valores. E apenas após a adequada análise dessas informações a decisão é tomada pelo paciente.

6. IDENTIFICAR O CONFLITO DE VALOR FUNDAMENTAL

Os principais conflitos de valores evidentes a partir do relato do caso envolvem: a) autonomia de Pedro e a responsabilidade parental de sua mãe e, b) autonomia de Pedro e a responsabilidade profissional da equipe (que inclui outro princípio da Bioética, como a não maleficência e beneficência).

7. DELIBERAR SOBRE O CONFLITO FUNDAMENTAL:

Neste item deve-se reconhecer a importância de deliberar sobre cursos de ações possíveis, reduzindo-os a propostas reais e não ideais. Posteriormente, deve-se deliberar sobre o curso ótimo de ação.

8. TOMADA DE DECISÃO

A tomada de decisão deverá ser baseada no curso ótimo de ação definido no item 7 “Deliberar sobre o conflito fundamental”.

Esta proposta de tomada de decisões poderia ser incorporada em todos os serviços de cirurgia bariátrica, pois promoveria uma ação autônoma ideal, na qual todos os fatores, riscos e benefícios foram analisados com entendimento e sem influências controladoras que determinem sua ação.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

É importante ressaltar que a aprovação da redução da idade mínima para realização da cirurgia bariátrica, não constitui *per se* um problema ético, mas está cercada de vários conflitos morais. O problema destacado neste texto envolve o processo de tomada de decisões, mais especificamente sobre o respeito à autonomia do paciente adolescente.

É fundamental refletir sobre os aspectos clínicos, psicológicos e sociais relacionados com a obesidade e com o procedimento cirúrgico, e também questionar se todas as medidas viáveis foram tomadas para um melhor resultado final. Mas adicionalmente deve-se considerar que os instrumentos que avaliam a capacidade de uma pessoa para autorizar ou recusar uma intervenção devem ser baseados na avaliação da autonomia dessa pessoa.

Por fim, sugere-se a incorporação do modelo deliberativo de Gracia (2010) nos protocolos das clínicas de cirurgia bariátrica, pois o mesmo possibilita o desenvolvimento da compreensão e do compromisso consciente do paciente, que são fundamentais para o curso adequado do tratamento.

REFERÊNCIAS

ABRAMOVITCH, Rona et al. *Children's capacity to agree to psychological research: knowledge of risks and benefits and voluntariness*. *Ethics & Behavior*, v. 5, n. 1, 1995, p. 25-48.

APPELBAUM, Paul S.; GRISSO, Thomas. *Assessing patients' capacities to consent to treatment*. *New England Journal of Medicine*, v. 319, n. 25, 1988, p. 1635-1638.



BORDALO, Livia Azevedo et al. *Cirurgia bariátrica: como e por que suplementar*. Revista da Associação Médica Brasileira, v. 57, n. 1, 2011, p. 113- 120.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 424, de 19 de março de 2013. *Diretrizes gerais para o tratamento cirúrgico da obesidade e acompanhamento pré e pós-cirurgia bariátrica*. Brasília: Diário Oficial da União, 20 mar. 2013, p. 23.

_____. Ministério da Saúde. *Total de cirurgias de redução de estômago sobe 542%*. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/reportagensespeciais/default.cfm?pg=dspDetalhes&id_area=124&CO_NOTICIA=10008>. Acesso em: 17 fev. 2014.

CANIANO, Donna. *Ethical issues in pediatric bariatric surgery*. *Seminars in Pediatric Surgery*, v. 18, n. 3, 2009, p.186-192.

CAPPELEN, Alexander W., NORHEIM, Ole Frithjor. *Responsibility in health care - a liberal egalitarian approach*. *Journal of Medical Ethics*, v. 31, n. 8, 2005, p. 476-480.

COHN, Lawrence D. et al. *Risk-perception: differences between adolescents and adults*. *Health Psychology*, v. 14, n. 3, 1995, p. 217-222.

DOVE, Edward S. et al. *Emerging issues in paediatric health research consent forms in Canada: working towards best practices*: *BMC Medical Ethics*, v. 14, n. 5, 2013. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1472-6939/14/5>>. Acesso em: 17 fev. 2014.

FRANKFURT, Harry G. *Freedom of the Will and the Concept of a Person*. *The Journal of Philosophy*, v. 68, n. 1, 1971, p. 5-20.



GIBSON, Barbara E. et al. *Assessment of children's capacity to consent for research: a descriptive qualitative study of researchers' practices*. Journal of Medical Ethics, v. 37, 2011, p. 504-509.

GRACIA, Diego. *Pensar a Bioética: metas e desafios*. São Paulo: Loyola, 2010.

HOFMANN, Bjørn. *Bariatric surgery for obese children and adolescents: a review of the moral challenges*. BMC Medical Ethics, v. 14, n. 18, 2013. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1472-6939/14/18>>. Acesso em: 17 fev. 2014.

HOLM, Søren. *Obesity interventions and ethics*. Obesity Reviews, v. 8, Suppl. 1, 2007, p. 207-210.

KANT, Immanuel. *A metafísica dos costumes*. Petrópolis: Vozes, 2013.

KASER-BOYD, Nancy, ADELMAN, Howard S., TAYLOR, Linda. *Minors' ability to identify risks and benefits of therapy*. Professional Psychology: Research and Practice, v. 16, n. 3, 1985, p. 411-417.

LARCHER, Vic. *Consent, competence and confidentiality*. BMJ, v. 330, n. 7487, 2005, p.353-356.

MCNAUGHTON, Darlene. *From the womb to the tomb: obesity and maternal responsibility*. Critical Public Health, v. 21, n. 12, 2011, p. 179-190.

MENEGOTTO, Ana Luiza Savaris et al. *Avaliação da frequência de consultas nutricionais dos pacientes após cirurgia bariátrica*. Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia, v. 26, n. 2, 2013, p. 117-119.

MERLO, Domenico Franco et al. *Ethics in studies on children and environmental health*. Journal of Medical Ethics, v. 33, n. 7, 2007, p. 408-413.



MILL, John Stuart. *On liberty*. Luton, Bedfordshire: Andrews U.K. Ltd., 2011. Disponível em: <<http://site.ebrary.com/lib/ufpe/Doc?id=10517722>>. Acesso em: 17 fev. 2014.

NELBOM, Bente et al. *Patient characteristics associated with a successful weight loss after bariatric surgery*. *Bariatric Nursing and Surgical Patient Care*, v. 5, n. 4, 2010, p. 313-319.

O'BRIEN, Paul E. *Failure to report financial disclosure information in a study of gastric banding in adolescent obesity*. *JAMA*, v. 303, n. 23, 2010, p. 2357.

PARKES, Emmy. *Nutritional management of patients after bariatric surgery*. *The American Journal of the Medical Sciences*, v. 331, n. 4, 2006, p. 207-213.

POIRIER, Paul; CORNIER, Marc Andre; et al. *Bariatric surgery and cardiovascular risk factors: a scientific statement from the American Heart Association*. *Circulation*, v. 123, n. 15, 2011, p. 1683-1701.

PRATT, Janey S.A; LENDERS, Carine M.; DIONNE, Emily A. et al. *Best practice updates for pediatric/adolescent weight loss surgery*. *Obesity (Silver Spring)*, v. 17, n. 5, 2009, p. 901-910.

QUADROS, Magda Rosa Ramos. *Concepção de um sistema de apoio à decisão para acompanhamento nutricional de pacientes submetidos a cirurgia bariátrica*. Curitiba. 2006. Dissertação (Mestrado em Tecnologia em Saúde) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba: PUCPR, 2006.

RAPER, Steven E; SARWER, David B. *Informed consent issues in the conduct of bariatric surgery*. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, v. 4, n.1, 2008, p. 60-68.



SCHMIDT, Harald. *Childhood obesity and parental responsibilities*. The Hastings Center Report, v.38, n. 4, 2008, p. 3.

SEGAL, Adriano; FANDIÑO, Julia. *Indicações e contra-indicações para realizações das operações bariátricas*. Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 24, n. 3, 2002, p.68-77.

TWEDELL, Diane. *Bariatric surgery*. The Journal of Continuing Education in Nursing, v. 35, n. 5, 2004, p. 189-199.

WENDLER, David S. *Assent in paediatric research: theoretical and practical considerations*. Journal of Medical Ethics, v. 32, n. 4, 2006, p. 229-234.

WILDE, Marshall L. *Bioethical and legal implications of pediatric gastric bypass*. Willamette Law Review, v. 40, n. 3, 2004, p. 575-625.

WOLTERS, Ole D. *Age and gender related differences in children's evaluation of procedures experienced during participation in clinical research*. European Journal of Pediatrics, v. 164, n. 1, 2005, p. 50-51.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks*, 2009. Disponível em: <http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf>. Acesso em: 01 ago 2016.

ZELLER, Meg H.; MODI, Avani C. *Predictors of health-related quality of life in obese youth*. Obesity (Silver Spring), v. 14, n. 1, 2006, p. 122-130.

_____. et al. *Health-related quality of life and depressive symptoms in adolescents with extreme obesity presenting for bariatric surgery*. Pediatrics, v. 117, n. 4, 2006, p. 1155-1161.



INTERVENÇÃO DIETÉTICA NAS DOENÇAS NEUROLÓGICAS NA INFÂNCIA: conflitos éticos e bioéticos

*Claudia Seely Rocco
Ida Gubert*

Doenças neurológicas de manifestação na infância, como epilepsia de difícil controle e autismo, são enfermidades caracterizadas por distúrbios de neurodesenvolvimento e que, apesar dos medicamentos disponíveis, não apresentam resolução. A possibilidade de controle da sintomatologia pela modificação da alimentação e restrição de grupos alimentares se apresenta como uma possível abordagem alternativa que deve envolver a participação de equipe multiprofissional visando um atendimento mais abrangente e eficaz (KAWICKA; REGULSKA-ILOW, 2013; VACCAREZZA et al., 2014).

Uma dieta como forma de tratamento pode ser limitante e de difícil manutenção (HUFFMAN; KOSSOFF, 2006; PENNESI; KLEIN, 2012) e ainda ser compreendida como a última tentativa da família e dos profissionais para o alívio dos sintomas (TOMÉ; AMORIM; MENDONÇA; 2003). Além disso, esta abordagem apresenta entraves importantes, como a incerteza do sucesso do tratamento e a ocorrência



de eventuais eventos adversos, entre eles o óbito que, em caso de dieta cetogênica, pode ser um temor justificável (KANG, et al. 2004; BANK et al., 2008).

Os conflitos inerentes a esta abordagem terapêutica merecem uma reflexão sob a óptica da Ética e da Bioética, uma vez que são empregadas dietas pouco convencionais, de difícil acesso pela limitação do número de centros especializados em nosso país e/ou com suporte científico limitado na literatura.

A proposta de dieta terapêutica para a epilepsia de difícil controle ou para o autismo consiste na restrição de componentes importantes, que constituem porcentagem significativa da alimentação habitual diária, e que por isso mesmo também podem levar a uma deficiência nutricional ou complicações de outra ordem. Para a epilepsia de difícil controle tem sido apresentada como proposta de tratamento a dieta cetogênica (contendo cerca de 90 % de gordura) (CROSS; NEAL, 2008), enquanto que para o autismo, dentre as diversas opções, está um programa alimentar caracterizado pela exclusão de caseína e glúten (MULLOY et al., 2010). A caseína, uma proteína de origem animal, está presente no leite e seus derivados enquanto o glúten, proteína de origem vegetal, é encontrada no trigo, centeio e cevada. A aveia, ainda que não contenha glúten, pode estar contaminada por ela (RASHID et al., 2007), assim como um grande número de produtos industrializados.

A expressão dieta alternativa será empregada ao longo do texto para identificar as duas dietas anteriormente citadas e esta denominação é criada para caracterizar que a modificação alimentar não representa, necessariamente, o tratamento principal ou preconizado como primeira opção para estas condições. Tal análise exclui a apreciação de algumas doenças do grupo dos Erros Inatos do Metabolismo



para as quais a dieta cetogênica é tratamento obrigatório (GIORGIS; VEGGIOTTI, 2013).

Assim sendo, não se trata de defender o uso de dietas alternativas sob o preceito clínico ou nutricional como opção de tratamento de doenças neurológicas, e sim estabelecer uma reflexão sobre os dilemas que encerram a opção por essa forma de tratamento.

DILEMAS

À medida que dietas não convencionais, muitas das quais não suportadas cientificamente na literatura ou extremamente limitadas quanto ao conteúdo de nutrientes, portanto incompletas, são indicadas como forma de tratamento, especialmente para crianças, riscos e benefícios associados (FREEMAN et al., 2007) motivam também uma reflexão ética e, conseqüentemente, bioética, quanto à validade de seu uso. Atualmente, a dieta cetogênica tem sido apontada como a primeira linha de tratamento para a epilepsia de difícil controle (WANG, LIN, 2013). Entretanto, tendo vista as exigências para a sua implantação e manutenção, esta alternativa pode figurar como a última opção, quando a terapia medicamentosa convencional não se mostrou efetiva. Por outro lado, a dieta que restringe glúten e caseína não tem respaldo científico, embora relatos isolados atestem a sua eficácia.

Em algumas situações, os pacientes são crianças com deambulação limitada, incapazes de expressar verbalmente seu anseio, agrado ou insatisfação. A influência da família, e o desejo por manter a alimentação plena e constituída por alimentos da preferência do menor, são elementos que dificultam a adoção do novo tratamento (TOMÉ; AMORIM; MENDONÇA, 2003). As pessoas que, de alguma forma, assistem ou convivem com o menor devem estar conscientes



da importância de manter as restrições alimentares, sob a pena de contribuírem para uma reação indesejada decorrente da transgressão da dieta, especialmente quando o tratamento envolve a dieta cetogênica. Portanto, tão importante quanto a instituição do tratamento é o esclarecimento sobre a sua execução, inclusive com o objetivo de avaliar a efetividade no curto, médio e longo prazo. Para tanto, um termo de consentimento livre e esclarecido, fazendo referência aos detalhes do tratamento, pode ser um mecanismo de salvaguarda para o profissional e uma certificação de que a família foi informada dos possíveis riscos e benefícios.

As dietas, cetogênica ou isenta de caseína e glúten, apresentam características diferentes e, portanto, efeitos colaterais distintos, em intensidade e gravidade.

A proposta de uma dieta para tratamento das condições apontadas, encerra uma esperança importante de cura ou de retorno à condição normal de convívio familiar e social. Entretanto, os riscos que podem advir ao não se concretizar a expectativa geram uma frustração à família, vulnerabilizando também o profissional. Portanto, a indicação do tratamento por meio da dieta deve estar pautada em critérios clínicos, socioeconômicos e culturais bem definidos.

ÉTICA

As últimas décadas do século XX testemunharam uma revitalização da ética da noção de virtude, que atualmente se apresenta como uma alternativa coerente e plausível para as abordagens consequencialista e Kantiana da ética (OAKLEY, 2001).

Paralelamente, também nos últimos anos testemunhou-se um desenvolvimento acelerado na aplicação de avanços tecnológicos



para o desenvolvimento de terapias médicas inovadoras, também conhecidas como terapias emergentes, fruto da convergência de avanços científicos na área da biologia molecular e da tecnologia em si (ESTRADA, 2012).

A opção por dietas alternativas para as situações descritas no texto suscita questões de natureza ética e bioética, pois representa um conflito. A responsabilidade por conduzir tal procedimento de maneira clara e transparente para os familiares recai sobre o profissional, sob a óptica da Ética, em função de sua conduta e, sob a óptica da Bioética para o paciente e familiares em relação à autonomia, beneficência e justiça.

A avaliação destas terapias emergentes parte dos princípios de Bioética propostos por Beauchamp e Childress e segue uma matriz contendo três elementos: o respeito ao bem-estar, que coincide com os princípios de autonomia e beneficência; o respeito à autonomia (liberdade individual) e o respeito à imparcialidade (inclui o princípio da justiça) (ESTRADA, 2012).

Um profissional que se recuse a adotar uma das opções de dieta não convencional apresentada, pode justificar sua decisão embasado em falta de experiência, na inexistência de pessoal ou de centro especializado, na avaliação da relação risco-benefício, na incerteza do sucesso e no temor de adotar uma proposta que não é unanimidade na comunidade científica e em regras morais.

Ao sugerir o tratamento por meio da dieta, o terapeuta assume a responsabilidade de alertar o paciente e/ou familiar dos riscos decorrentes da dieta e da patologia e que, dependendo da dieta, podem envolver desde deficiência nutricional, atraso de crescimento, infecções recorrentes, doenças de outra natureza e, em casos extremos, até morte. Os benefícios devem igualmente ser apontados e envolvem



controle total ou parcial das crises ou sintomas relacionados com a doença e redução ou exclusão da medicação em uso. Cabe ainda alertar para a necessidade de revisão do orçamento familiar em razão do custo mensal, intrinsecamente relacionado à manutenção da dieta e à rigorosa seleção dos alimentos, além da possibilidade de suplementação com vitaminas e minerais. Ressalte-se ainda que a dietoterapia deve ser mantida por um período que permita afirmar com relativa segurança a eficácia do tratamento dietoterápico.

Inter-relações pessoais e familiares devem ser valorizadas, pois podem estar fragilizadas pela discordância de um ou outro membro com o novo tratamento ou até mesmo interferir na autonomia da decisão.

A equipe profissional assume um papel basilar na abordagem inicial e no seguimento destes pacientes explicitando claramente riscos e benefícios e certificando-se de que estão todos cientes sobre eles, garantindo que a possibilidade de insucesso do tratamento é conhecida.

A ética por parte dos profissionais envolvidos no atendimento deve assegurar um processo de comunicação efetivo e permanente. Portanto, qualquer ação terapêutica deve ser estabelecida em conjunto. Ações independentes podem prejudicar o julgamento de efetividade do tratamento ou modificar o seu curso. Cabe, obviamente, a cada componente da equipe zelar para que a sua conduta seja conhecida pelos demais e baseada nos preceitos condizentes com a prática profissional aceita.

Os problemas éticos, tanto nos cuidados com a saúde quanto nas ciências biomédicas, têm atraído a atenção pública, em parte como resultado de avanços recentes, e algumas vezes revolucionários, na ciência biomédica e na medicina clínica. Desde seu início, a



Bioética sempre se caracterizou pela interdisciplinaridade (KUHSE; SINGER, 2001).

BIOÉTICA

A vulnerabilidade é um conceito em Bioética que remete à fragilidade e à necessidade de cuidados para com estas crianças e seus familiares. Entretanto, ao invés de considerar a vulnerabilidade apenas como um rótulo fixo e estático, Luna (2009) trabalha a vulnerabilidade em termos de camadas, que podem ser adicionadas ou retiradas, destas populações. Macklin (2003) por sua vez afirma que na dispensação de cuidados e adoção de determinado tratamento ou mesmo em pesquisa, o *standard of care* ou padrão de cuidados, também é aspecto relevante, pois pode determinar maior vulnerabilidade.

A Bioética engloba os valores morais e os preceitos da ética nos cuidados com a saúde e com a vida e é permeada de um debate e de uma reflexão sobre aquilo que a ética considera como certo ou errado. Ela explora o que deve ou não ser feito e versa sob a égide dos quatro princípios da Bioética – beneficência, não maleficência, autonomia e justiça (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 1994).

BENEFICÊNCIA E MALEFICÊNCIA

Os conceitos de beneficência e não maleficência remontam aos preceitos hipocráticos *primum no nocere*, enfatizando que a intervenção deve ser para o bem do paciente. Assim, devem ser atendidos os interesses do paciente, embora quem os represente, na situação proposta seja, na grande maioria das vezes, os pais ou responsáveis legais. A eles devem ser informadas claramente as dificuldades impostas pela



dieta e limitações, oportunizando questionamento sobre o tratamento proposto de maneira isenta, sem interferência de conflitos e manifestações tendenciosas. Portanto, ainda que os possíveis danos, de qualquer natureza, sejam possivelmente compreendidos, não há segurança de que possam ser evitados. Dessa forma, na expectativa de fazer o bem, o risco da dieta poderá determinar uma situação grave de saúde e até a morte do paciente, alijado da possibilidade de optar, pela autonomia limitada em razão da pouca idade e/ou gravidade da doença.

O princípio da beneficência poderá ser respeitado também pela conduta ética do profissional, consciente de que este visa a promoção do bem-estar do paciente, levando em conta seus desejos, necessidades e direitos. Para atender a este princípio em sua totalidade, a avaliação criteriosa de riscos e benefícios, bem como a exposição dos mesmos de forma clara e segura aos envolvidos, é crucial.

AUTONOMIA

A conduta ética do profissional facilitará o exercício de autonomia do paciente quando o mesmo puder exercer este direito, ou dos pais ou responsáveis legais, pela possibilidade de tomada de decisão isenta. O profissional deve respeitar a vontade, a crença e os valores morais do paciente e seus familiares, que deverão decidir quando aquele não for capaz de se manifestar esta opção. Entretanto, esta ação será possível quando os pais ou responsáveis legais forem capazes de entender os riscos e benefícios advindos do uso da dieta, dificuldades e condições relacionadas, bem como a possibilidade de insucesso. Nestas condições a vulnerabilidade pode ser reduzida, de acordo com o conceito de Luna (2009).



Contudo, o direito à autonomia é limitado quando entra em conflito com o direito de outros atores, inclusive o do próprio profissional, que deverá estar ciente de seu papel. Da mesma forma, a autonomia individual deverá ser respeitada quando a opção for por interromper o tratamento, ainda que este se manifeste positivo. O julgamento relativo à importância e representatividade da alimentação é individual e facultado ao paciente e familiares.

Assim sendo, a Bioética enquanto ciência argumentativa e reflexiva traz uma abordagem para a qual o juramento hipocrático assume uma conotação que é da participação do sujeito na tomada de decisões, não impondo esperança quando na realidade esta poderá não se concretizar por completo.

É essencial e pertinente o consentimento informado por escrito autorizando o tratamento proposto ao paciente, juntamente com o conhecimento pelos familiares do que está envolvido nele. Todavia, este não consiste apenas em uma simples assinatura de autorização em uma folha de papel (SIMÓN; BARRIO, 2012).

Desde a sua publicação em 1976, o conceito de consentimento informado passou por processos de modificação, vindo a se tornar um processo formal. Como resultado disto, hoje existe uma melhor compreensão de como os profissionais de saúde devem colaborar com os pacientes e seus pais na tomada de decisões. São condições essenciais de um termo de consentimento adequado para a tomada de decisões conscientes e isenta a apresentação adequada das informações, a avaliação da compreensão do paciente ou seus responsáveis, a análise ainda que tácita da capacidade do paciente ou de seus responsáveis em tomar a decisão e assegurar a liberdade de desistir a qualquer momento da participação na pesquisa ou no ensaio clínico (APPELBAUM; LIDZ; MEISEL, 1987).



JUSTIÇA

Na busca por respostas equilibradas ante os conflitos que se apresentam para familiares e pacientes nas condições descritas, a conduta ética do profissional demanda considerações sobre a dietoterapia que possam afetar desfavoravelmente a família. Incluídos aí estão os encargos financeiros gerados pela proposta terapêutica e que poderão não ser suportados pela família; a opção de tratamento que, por desconhecimento, preconceito ou mesmo temor por parte do profissional, é apresentada tardiamente aos familiares, quando então eventuais efeitos positivos podem ser minimizados. A distância a centros de excelência ou referência também pode constituir entrave para o acesso adequado à atenção médica; cuidados com respeito ao sigilo e confidencialidade, discriminação, segurança do paciente e consentimento informado culminam com a justiça no atendimento a pacientes e familiares fragilizados.

Estas condições remetem à abordagem de Luna (2001) a respeito do melhor comprovado, que nem sempre pode estar disponível nas condições descritas acima, produzindo não apenas vulnerabilidade diante das expectativas que não se concretizam, mas também injustiça pela impossibilidade de acesso ao melhor tratamento.

A Bioética preconiza a conduta responsável da parte de quem deve decidir o tipo de tratamento e de pesquisas com relação à dieta. Como conhecimento novo, a contribuição da Bioética deve caminhar para respostas equilibradas ante os conflitos atuais. Conflitos estes, relativos aos pacientes, médicos e profissionais afetos na assistência. As dietas propostas podem gerar custos que, para algumas condições, não poderão ser enfrentados pelos familiares. Paralelamente, a opção de tratamento pode se apresentar em ocasião tardia seja por



desconhecimento do profissional, não credibilidade, preconceito ou inexistência de comprovação científica ou ainda a não indicação terapêutica. Além disso, a indisponibilidade do tratamento na localidade de residência do paciente é outro entrave que impõe um risco pela distância de um centro de excelência, podendo suprimir dele uma possibilidade de tratamento efetivo. Negar ao paciente o tratamento quando ele ou familiares não apresentam os requisitos mínimos, que permitam a adoção da dieta com a devida segurança é uma situação a ser avaliada pela equipe em benefício do paciente.

PROFISSIONAL

Os princípios da Bioética enfatizam a condição do paciente e presumem riscos e benefícios decorrentes do tratamento sendo o paciente o alvo exclusivo. Estes princípios poderiam ser aplicados também ao terapeuta quando ele não tem, por parte do paciente e/ou dos familiares, a obediência ao tratamento com o rigor preconizado. A autonomia do clínico em identificar os casos para os quais a dieta pode ser adotada com maior chance de sucesso em razão da condição clínica do paciente é essencial. Por outro lado, é prudente, por parte da equipe, avaliação também das características da família tais como maturidade, desejo pelo tratamento ou tratamentos anteriores, disposição para aprender, dedicação, recursos materiais e financeiros, perfil psicológico, entre outros, antes de propor a terapêutica.

Um tratamento que considere todo o conjunto de condições do paciente e familiares terá, possivelmente, mais chance de sucesso. Além disso, pode representar também um benefício direto para a equipe e indireto para outros pacientes como resultado da segurança advinda da prática e da experiência.



É importante reconhecer a autonomia dos pacientes e familiares quando houver manifestação pela descontinuidade da dieta. Não cabe ao profissional qualquer julgamento de valor sobre a decisão da família ou interpretação da ação como falta de vontade, inoperância e, conseqüentemente, derrota pessoal.

PACIENTE E FAMILIARES

A família pode se sentir compelida a implantar a dieta depreendendo que não há outra opção ou entendendo que a equipe está realizando investigações científicas. Ela não sabe do que se trata, apenas que é a opção por uma dieta rigorosa, que impõe a exclusão de alimentos de consumo habitual. Em função disso, haverá a necessidade de suprimir alimentos, privar outros integrantes da família, principalmente irmãos, exigirá maior dedicação no preparo das refeições e, portanto, maior disponibilidade de tempo (TOMÉ; AMORIM; MENDONÇA, 2003). Levar a própria refeição quando houver necessidade pode ser de difícil manejo e gerar uma situação constrangedora para a criança e familiares. Em alguns casos, a impossibilidade de consciência ou de manifestação da vontade da criança sobre a restrição que lhe foi imposta pode criar situações de risco quando receber alimentos não permitidos na dieta.

O ônus decisório pela adesão ao tratamento com dieta não convencional recai sobre os pais ou responsáveis legais, o que implica em arcar com os possíveis riscos decorrentes do tratamento imposto que, dependendo do tipo de dieta, podem ter conseqüências devastadoras. Por outro lado, o sucesso da terapia pode trazer como benefício o controle parcial ou total dos sinais da doença.



Para uma tomada de decisão consciente, autônoma e esclarecida, os pais ou responsáveis legais devem ter assegurada a oportunidade de esgotar todas as suas dúvidas e anseios com os profissionais. Esta medida é a segurança da equipe de saúde na indicação e condução de uma abordagem terapêutica que não é uma primeira opção de tratamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A dieta cetogênica para o tratamento da epilepsia de difícil controle é alternativa em uso que pode contribuir para a melhora da condição de saúde do paciente. Resultados positivos estão na dependência da equipe de profissionais, que deve estar ciente de suas responsabilidades e deveres éticos, desde a proposição, condução e término do tratamento. Por parte dos familiares é importante a isenção na tomada da decisão pela dieta e a ciência dos riscos e benefícios advindos desta opção. É importante assegurar a autonomia do paciente, pais ou responsáveis para a tomada de decisão. O benefício deve se sobrepor à maleficência enquanto oportunidades de acesso deveriam ser asseguradas para todos.

Sobre a dieta isenta de glúten e caseína para o tratamento do autismo, não há comprovação científica de sua efetividade. Portanto, além das implicações bioéticas pode culminar com um processo ético profissional.



REFERÊNCIAS

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. *Informed Consent, Parental Permission and Assent in Pediatric Practice*. Pediatrics, v. 95, n. 2, p. 314 - 317. Bioethics Committee. Disponível em: <<http://pediatrics.aappublications.org/content/95/2/314>>. Acesso em: 08 ago. 2014.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. *Task Force on Pediatric Research, Informed Consent, and Medical Ethics*. Pediatrics. v. 57, 1976, p. 414-416.

APPELBAUM P. S., LIDZ, C.W., MEISEL, A. *Informed Consent: Legal Theory and Clinical Practice*. New York, NY: Oxford University Press, 1987.

BANK, I. M., S. D.; ROSENBLATT, B.; BERNARD, C.; MACKIE. A. S. *Sudden Cardiac Death in Association with the Ketogenic Diet*. Pediatric Neurology. v. 39, n. 6, 2008, p. 429-431.

BEAUCHAMP, T.L.; CHILDRESS, J.F. *Principles of Medical Bioethics*. 4 ed., New York: Oxford University Press, 2001, 454 pp.

CROSS J. H., NEAL E. G. *The ketogenic diet-update on recent clinical trials*. Epilepsia, v. 49, n. 8, 2008, p. 6-10.

ESTRADA, J.J. *Terapias Médicas Emergentes: de la ficción a La aplicación*. In Bioética Clínica. BECA, Juan Pablo; ASTETE, Carmen (Orgs.). Ed. Mediterrâneo, 2012.

FREEMAN, J.M., KOSOFF, E.H., HARTMAN, A. L. *The ketogenic diet: one decade later*. Pediatrics, v. 119, n. 3, 2007, p. 535-43.



GIORGIS, V. & VEGGIOTTI, P. *GLUT1 deficiency syndrome 2013: current state of the art*. The Journal of British Epilepsy Association, v. 22, n. 10, 2013, p. 803-11.

HUFFMAN J. & KOSSOFF, E. H. *State of the Ketogenic Diet(s) in Epilepsy*. Current Neurology and Neuroscience Reports, n. 6, 2006, p. 332-340.

KANG, H.C.; CHUNG D. E., KIM, D. W.; KIM H. D. *Early -and late-onset complications of the ketogenic diet for intractable epilepsy*. Epilepsia, n. 45, 2004, p. 1116-1123.

KAWICKA, A.; REGULSKA-ILOW, B. *How nutritional status, diet and dietary supplements can affect autism*. A review. Rocznik Państwowej Szkoły Wyższej im. prof. dr. hab. J. Śniadeckiego, v. 64, n. 1, 2013, p. 1-12.

KUHSE, H.; SINGER, P. *What is Bioethics? A historical introduction*. In A Companion to Bioethics, Blackwell Publishing, 2001, 512 pp.

LUNA, F. *Is "best proven" a useless criterion?* Bioethics, v. 15, n. 4, 2001, p. 273-288.

_____. *Elucidating the Concept of Vulnerability. Layers not Labels*. International Journal of Feminist Approaches of Bioethics, v. 2, n. 1, 2009, p. 121-139.

MACKLIN, R. *Bioethics, vulnerability and protection*. Bioethics, vol. 17, n. 5-6, 2003, p. 472-486.

MULLOY, A.; LANG, R.; O'REILLY, M., SIGAFOOS, J.; LANCIONI, G., RISPOLI, M. *Gluten-free and casein-free diets in the treatment of autism spectrum disorders: a systematic review*. Research in Autism Spectrum Disorders, v. 4, n.3, 2010, p. 328-339.

OAKLEY, J. *A virtue ethics approach*. In KUHSE, H.; SINGER, P. (Editors). A Companion to Bioethics. Blackwell Publishing, 2001, 512 pp.



PENNESI, C.M. & KLEIN, L. C. *Effectiveness of the gluten-free, casein-free diet for children diagnosed with autism spectrum disorder: based on parental report*. Nutritional Neuroscience. v. 15, n. 2, 2012, p. 85-91.

RASHID, M.; BUTZNER, D.; BURROWS, V. et al. *Consumption of pure oats by individuals with celiac disease: a position statement by the Canadian Celiac Association*. *Can. J. Gastroenterol*, v. 21, n. 10, 2007, p. 649-51.

SIMÓN, P. & BARRIO, I. M. *Consentimiento informado*. In BECA, Juan Pablo; ASTETE, Carmen (orgs.), *Bioética Clínica*. Ed. Mediterrâneo, 2012.

TOMÉ, A.; AMORIM, S.T.S.P.; MENDONÇA, D. R. B. *Dieta cetogênica no tratamento das epilepsias graves da infância: percepção das mães*. *Rev. Nutr.*, Campinas, v. 16, n. 2, abr/jun. 2003, p. 203-210.

VACCAREZZA, M.D; TOMA, M.V.; GUEVARA, J.D.R.; DIEZ, C.G.; AGOSTA, E. G. *Treatment of refractory epilepsy with the modified Atkins diet*. *Arch Argent Pediatr.*, v. 112, n. 4, 2014, p. 348-352.

WANG, H. S., LIN, K. L. *Ketogenic Diet: an early option for epilepsy treatment, instead of a last choice only*. *Biomed J*, v. 36, 2013, p. 16-17.



ABORDAGEM NUTRICIONAL EM CUIDADOS PALIATIVOS

Ana Cláudia Thomaz

Carolline Ilha Silvério

Fernanda Pires Resende

Letícia Hacke

Maryanne Zilli Canedo da Silva

Natali Carol Fritzen

Maria Eliana Madalozzo Schieferdecker

A nutrição faz parte dos cuidados básicos de vida, mas também é utilizada como terapia para algumas doenças. Os cuidados básicos devem ser proporcionados a todo ser humano, sem exceção. A alimentação é sinônimo de saúde, bem-estar e prazer, com equivalência direta à vida (SOCHACKI et al., 2008). O tratamento requer indicação suficientemente avaliada, meios técnicos adequados e equipe qualificada, com objetivo de melhorar ou manter o bem-estar do paciente.

O Cuidado Paliativo é a área que enfatiza o cuidar global do paciente que não apresenta mais resposta aos tratamentos considerados curativos, por meio de ações e medidas realizadas visando, principalmente, fornecer melhor qualidade de vida ao indivíduo e sua família.



Os aspectos éticos e psicológicos, a forma de abordagem e o entrosamento dos profissionais são essenciais para esses pacientes e seus familiares (GOLDMAN; SCHAFER, 2004).

Em cuidados paliativos, a nutrição tem entre seus objetivos reduzir os efeitos adversos causados pelo tratamento medicamentoso e controlar os sintomas da doença de base. A nutrição deve preservar a autonomia do indivíduo, levando sempre em conta seus hábitos alimentares, fundamentais para assegurar a satisfação e conforto do doente (BENARROZ; FAILLACE; BARBOSA, 2009).

O objetivo deste capítulo é descrever a abordagem nutricional nos cuidados paliativos, com foco na autonomia do paciente.

CUIDADOS PALIATIVOS

A primeira definição de cuidados paliativos da Organização Mundial da Saúde (OMS) foi publicada em 1990. Em 2002 essa definição foi revista e definida como “uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento. Requer identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004).

O foco não está apenas na doença, mas no indivíduo como um todo, respeitando a autonomia nas decisões a seu respeito, no controle dos sintomas e na diminuição do seu sofrimento e de seus familiares (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2008; SOCHACKI et al., 2008).



A atuação da equipe de saúde capacitada em cuidados paliativos torna-se fundamental e deve ser norteada de acordo com os princípios estabelecidos pela OMS (2004), que são:

- Promover o alívio da dor e outros sintomas desagradáveis;
- Afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal;
- Não acelerar nem adiar a morte;
- Integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado;
- Oferecer um sistema de suporte que possibilite ao paciente viver tão ativamente quanto possível, até a sua morte;
- Oferecer sistema de suporte para auxiliar os familiares e entes queridos durante a doença do paciente e a enfrentar o luto;
- Realizar abordagem multiprofissional para focar nas necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto;
- Melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença;
- Iniciar o cuidado paliativo o mais precocemente possível, juntamente com outras medidas de prolongamento da vida, como a quimioterapia e a radioterapia e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes.

Para garantir a dignidade do paciente, os princípios dos cuidados paliativos, citados anteriormente, devem ser considerados, entendendo que existe um limite para cura, mas não para o cuidado (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2012; CREMESP, 2008; WHO, 2004).



Destaca-se entre os princípios do cuidado, a autonomia, estes, filosoficamente desenvolvidos por Kant, a identificam como o único princípio da moralidade (HUPFFER, 2010). Mais recentemente, Habermas refere-se também ao princípio da autonomia como fundamento da democracia e defende a liberdade comunicativa para o entendimento mútuo (HUPFFER, 2010; SERÔDIO, 2014). Autonomia e liberdade comunicativa são, portanto, princípios que orientam o tratamento paliativo.

ALIMENTAÇÃO E TERAPIA NUTRICIONAL EM CUIDADOS PALIATIVOS

Dar de comer e beber é uma ação humana de respeito à vida e ao cuidado dos semelhantes. Segundo a Declaração Universal de Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas (1948), toda pessoa tem direito à alimentação adequada, também prevista pela Emenda Constitucional nº 64 de 2010 (BRASIL, 2010).

O acesso à alimentação é um direito humano em si mesmo, na medida em que a alimentação constitui-se no próprio direito à vida. Negar este direito é antes de mais nada, negar a primeira condição para a cidadania, que é a própria vida (VALENTE, 2002).

A alimentação faz equivalência direta à vida, não apenas a ingestão de nutrientes para produção de energia, manutenção da saúde, crescimento e funcionamento normal de todos os órgãos e tecidos, mas também é sinônimo de saúde e bem-estar.

Alimentar-se possui um significado simbólico de integração social intimamente ligado a fatores culturais, emocionais, sociais e religiosos (FERNÁNDEZ-ROLDÁN, 2005; HOPKINS, 2004). Essa conotação simbólica e emocional é manifestada no carinho, conforto e o cuidado no



fornecimento do alimento, que devem ser encorajados, juntamente com a interação familiar e a sociabilidade (AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION, 2013).

A nutrição em cuidados paliativos fundamenta-se também nos princípios bioéticos, colocando o paciente como o responsável pela tomada de decisão no que se refere à alimentação, reduzindo o sofrimento e evitando intervenções desnecessárias (ANCP, 2012). Porém, em pacientes impossibilitados de se comunicar, com rebaixamento do nível de consciência ou confusão mental, a opinião dos familiares deve ser considerada juntamente com a da equipe de assistência (MCKINLAY, 2004).

O cuidado nutricional no paciente paliativo divide-se em três fases: a) inicial, quando a terapêutica é adotada para oferecer nutrientes em quantidades suficientes para restaurar ou manter o estado nutricional e aumentar a sobrevida do paciente; b) avançada, em que a terapia objetiva reduzir os sintomas e conferir qualidade de vida e, c) terminal, em que o objetivo é proporcionar conforto (ALVES, 2012; ANCP, 2012).

A via prioritária para fornecer alimentação deve ser a oral, embora em diferentes situações, alguns indivíduos não apresentem condições de se alimentar por essa via, necessitando então de nutrição enteral ou parenteral. O importante é que o indivíduo ou seus familiares, sintam-se confortáveis em relação à oferta de nutrientes (ANCP, 2012; CREMESP, 2008).

A prescrição de dieta via oral, com estratégias nutricionais que visam reduzir os sintomas gastrointestinais, pode proporcionar melhora da ingestão alimentar e qualidade de vida (ALVES, 2012). No entanto, a oferta de alimentos via oral deve considerar os efeitos colaterais do tratamento e respeitar a tolerância do paciente, pois muitas vezes ele prefere não se alimentar até a melhora dos sintomas.



Em estudo realizado no Brasil, verificou-se que o atendimento conjunto entre médico e nutricionista possibilitou a escolha adequada tanto da terapia medicamentosa para dor, quanto da dietoterapia, reduzindo a ocorrência de efeitos colaterais e melhorando a aceitação de alimentos, com reflexo positivo na qualidade de vida (SILVA et al., 2010).

Quando a ingestão via oral não for possível ou insuficiente para atingir 60% das recomendações energéticas em 5 dias, sem perspectiva de evolução, é indicado iniciar a terapia nutricional enteral (TNE) por meio da utilização de sonda (BRASIL, 2009). A decisão para iniciar a TNE deve ter a aceitação do paciente e de sua família, além de considerar os potenciais riscos e benefícios e a sobrevida estimada do paciente (AUGUST et al., 2009).

Na impossibilidade da TNE, pode ocorrer a indicação da Terapia Nutricional Parenteral (TNP), sendo que esta tem como vantagens não interferir nos sintomas gastrointestinais em relação à TNE. Embora possam ocorrer eventos adversos causados pela nutrição parenteral, como aumento do tempo de hospitalização, complicações relacionadas ao acesso venoso central e complicações metabólicas, observa-se sobrevida prolongada e melhora da qualidade de vida (AUGUST et al., 2009).

A oferta hídrica mínima parece contribuir para que o indivíduo não tenha sensação de sede. Caso haja presença de sintomas como xerostomia, confusão mental ou necessidade de hidratar o paciente, o uso da hidratação subcutânea pode oferecer alívio com o mínimo de desconforto (STRASSER; BRUERA, 2002).

A conduta nutricional pode variar de acordo com as características individuais como: idade, gravidade da doença, situação psicológica social econômica, cultural entre outras. Além disso, a própria doença também irá direcionar qual a melhor terapia nutricional a ser escolhida.



A segunda causa de mortalidade no Brasil é o câncer, sendo que cerca de 30% dos novos casos evoluem a óbito em um ano, mesmo com os grandes avanços da medicina no tratamento oncológico (SILVA et al., 2010). O seu tratamento pode causar sintomas como: dor, inapetência, mucosite, náuseas, vômitos, hiperglicemia pelo uso de corticóides e constipação intestinal pelo uso de opióides, que interferem negativamente na ingestão alimentar (ALVES, 2012).

No câncer, a perda de peso, atrofia muscular, fadiga, fraqueza e perda de apetite, estão relacionados à presença da caquexia. Essa síndrome deve ser identificada precocemente para que medidas efetivas sejam implementadas na tentativa de evitar sua progressão (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2011).

A aceitação alimentar deve ser estimulada a fim de contribuir para controle dos sintomas e a qualidade de vida dos pacientes em cuidados paliativos. Em situações especiais, onde o paciente possui restrições alimentares, é importante que seja discutido com a equipe multiprofissional a fase em que o paciente se encontra e qual o seu prognóstico, para que sejam definidos os alimentos que serão oferecidos. A análise dos riscos e benefícios da liberação da dieta deve ser considerada, priorizando as preferências e desejos alimentares do paciente.

No cuidado de pacientes hematológicos ou pós-transplantados, onde a própria doença e seu tratamento tendem a causar comprometimento do sistema imunológico, é indicada a prescrição da dieta composta apenas de alimentos cozidos e que ofereçam baixo risco de contaminação.

Pacientes podem desejar consumir alimentos crus, como “comer uma manga e chupar o caroço”, comer a ameixa do pé que existe no quintal da avó, preparações elaboradas por familiares, como a canja que a esposa preparava quando as crianças estavam com gripe, ou mesmo



alimentos adquiridos em restaurantes e lanchonetes, como a empadinha mais famosa da cidade. Fazer a vontade do paciente, nesses casos, não é apenas alimentá-lo, é proporcionar recordações relacionadas ao prazer, aos laços familiares ou outros momentos importantes da vida, é trazer conforto físico e emocional.

A decisão de iniciar a TNE ou TNP deve considerar todas as possibilidades de complicações e de efeitos indesejáveis, bem como seus benefícios. Todos esses aspectos devem ser discutidos com o paciente e seus familiares, para que eles possam entender e expressar seus desejos, respeitando-se o princípio da autonomia (ABCP, 2011).

O uso paliativo da terapia nutricional em pacientes com câncer em fase terminal raramente é indicado (grau de evidência B nos *guidelines* da American Society for Parenteral and Enteral Nutrition - ASPEN). Pacientes que demonstram resposta favorável à nutrição parenteral incluem aqueles com obstrução intestinal inoperável, sintomas mínimos envolvendo os principais órgãos, como cérebro, fígado e pulmões e progressão indolente da doença (AUGUST et al., 2009).

Em cardiopatas, o cuidado paliativo tem se concentrado principalmente na presença de insuficiência cardíaca (IC), (Denvir et al., 2014). A IC é uma doença de alta complexidade que está associada a elevada taxa de morbidade e mortalidade, condição tão grave que se equivale a doenças malignas. O que se observa é que poucos pacientes com IC em sua fase final recebem cuidados paliativos especializados (CARVALHO; ISSA; LOPES, 2010).

A restrição hídrica e salina em pacientes com IC é recomendada, porém, há aqueles que não toleram tal restrição, resultando na diminuição da ingestão alimentar e comprometimento do estado nutricional. Nesses casos é viável que libere o sal, proporcionando maior palatabilidade do alimento para o paciente. Indivíduos portadores de IC possuem pior



qualidade de vida quando comparados a outros pacientes com doença em fase terminal. Sendo assim, deve ser considerado o cuidado individualizado por parte de toda a equipe, visando o conforto do paciente (CARVALHO; ISSA; LOPES, 2010).

A alimentação e hidratação são essenciais para a manutenção da vida, porém, não são capazes de restaurar a consciência ou evitar a morte iminente em pacientes em cuidados paliativos (ADA, 2013).

As orientações alimentares no indivíduo cardiopata podem ser entendidas de forma equivocada, visto que esse tipo de cuidado não objetiva a restrição e sim o controle da doença. A terapia nutricional é considerada como tratamento não farmacológico, proporcionando maior conforto ao paciente. Como exemplo, o controle da ingestão de sódio para evitar a retenção líquida, que piora as condições respiratórias e que leva ao aumento da taxa de reinternação (LENNIE et al., 2013).

A utilização de imunonutrientes como o ômega 3 na IC também é indicada para o alívio dos sintomas da doença avançada. Estudos mostram que a baixa ingestão de tal componente aumenta os níveis de mediadores pró-inflamatórios, podendo causar fadiga e anorexia (LENNIE et al., 2013). Na prática clínica é possível observar o desconforto do cardiopata em termos de respiração e fadiga, fazendo com que a alimentação se torne um momento desagradável.

Além dos pacientes oncológicos e cardiopatas, atenção especial deve ser dada aos idosos, visto que o rápido processo de envelhecimento da população brasileira, associado aos avanços tecnológicos da medicina, contribuiu para o aumento progressivo na sobrevivência dos idosos (WONG; CARVALHO, 2006).

O processo natural do envelhecimento, por si só, leva a alterações corporais como redução da massa óssea, massa muscular e, consequentemente, da água corporal, caracterizando-o como fator de risco para



o desenvolvimento de complicações, sendo essas mais graves quando associadas a doenças crônicas (MARUCCI; FERNANDES, 2010).

No idoso com doença crônica, a evolução para a morte ocorre quando há estado de fragilidade, com declínio das funções orgânicas e de atividades de vida diária. A promoção da atenção integral ao idoso com o envolvimento de seus familiares é importante para evitar o comprometimento da qualidade de vida e o rápido declínio de suas funções. Com a aproximação da morte do ente querido, pode ocorrer na família um desgaste físico, financeiro e emocional (FRATEZI; GUTIERREZ, 2011).

Dentre as doenças que levam aos cuidados paliativos em idosos, destacam-se as neurológicas, como as demências e os acidentes vasculares cerebrais. As demências têm evolução lenta e causam muito sofrimento ao paciente e à família (ANCP, 2012).

A alimentação por via oral pode ser um dos poucos prazeres restantes e é também o momento de socialização para a pessoa que sofre de demência avançada. Quando esse prazer não pode mais ser alcançado, a decisão do paciente ou dos familiares em utilizar uma via de alimentação alternativa é tarefa difícil e exige reflexão de todos os envolvidos no cuidado. Isso deve envolver avaliação multidisciplinar das causas reversíveis de não comer e discussões com a família sobre o plano de cuidados em relação à fase de demência (AMERICAN GERIATRICS SOCIETY, 2013).

Não é indicado rotineiramente o uso de terapia nutricional oral ou enteral nos pacientes idosos em fase terminal. No entanto, cada situação deve ser avaliada individualmente considerando-se aspectos éticos e antropológicos no sentido mais amplo da palavra, prezando pelo diálogo com o paciente, familiares e equipe de assistência (CELANO; LOSS; NEGRÃO, 2011).



A utilização de TNP ou hidratação nos pacientes em que a morte é iminente, como por exemplo pacientes com Alzheimer avançado ou demência vascular, deve ser o resultado de cuidadosa reflexão interdisciplinar, associada aos anseios da família. O conforto é prioridade e o suporte nutricional deve estar alinhado com outros tratamentos paliativos. A decisão de iniciar a TNP nessas situações é controversa pelo risco de infecções e alto custo. Os estudos sobre o efeito de TNP em pacientes com demência são limitados (SOBOTKA et al., 2009).

Na prática clínica, percebe-se que não há consenso sobre a via de alimentação a ser utilizada em idosos. São comuns os casos em que a família deseja que o paciente seja alimentado independente da via, enquanto outros em que a alimentação via oral está dificultada, opta-se pelo jejum ao invés da terapia nutricional para não causar mais sofrimento ao paciente. Em situações como estas, mesmo que a via escolhida não seja a mais indicada naquele momento, o profissional deve estar ciente de que a autonomia do paciente e dos familiares está sendo respeitada. Nos casos de idosos abandonados por seus familiares no ambiente hospitalar, cabe à equipe multidisciplinar decidir a melhor conduta.

Em todos os casos, a decisão de iniciar, manter ou suspender a alimentação e a hidratação de pacientes que estão em cuidados paliativos deve estar embasada em discussões que ponderem os benefícios e os malefícios de determinada conduta (BACHMANN et al., 2001), garantindo a inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral, com preservação da imagem, da identidade, da autonomia, de valores, ideias e crenças, conforme prevê a Lei n.º 10.741, de 1.º de outubro de 2003 que dispõe sobre o estatuto do idoso (BRASIL, 2003). O idoso deve ser consultado, em todas as situações, respeitando suas necessidades e expectativas.

Há determinadas situações em que as justificativas para a utilização ou não de uma terapia nutricional mais agressiva extrapolam os



conhecimentos biológicos e a equipe multidisciplinar deve estar preparada para discutir cada situação de forma individualizada (CELANO; LOSS; NEGRÃO, 2011).

REFLEXÕES SOBRE TERAPIA NUTRICIONAL EM CUIDADOS PALIATIVOS

Nem sempre o alimento promoverá o conforto e o bem-estar aos indivíduos. Os efeitos indesejáveis das técnicas da nutrição, em especial da TNP, são, algumas vezes, causas de piora da qualidade de vida, prejudicando o objetivo dos cuidados paliativos. Essa contradição está presente em diversas situações nas quais os pacientes apresentam perda de autonomia para se alimentar, passando por sintomas diversos do trato gastrointestinal, até impossibilidade total de alimentação (BENARROZ; FAILLACE; BARBOSA, 2009).

Muitos trabalhos demonstram que a oferta de nutrientes em casos de doença avançada não tem impacto sobre os desfechos clínicos. No entanto, essa decisão deve ser individualizada, ponderando sempre as particularidades de cada caso, os riscos e benefícios para o paciente, no seu conjunto físico, psíquico e social, além de hábitos culturais e religiosos (ABCP, 2011).

O ato de não alimentar e não poder ofertar nutrientes ao paciente gera ansiedade e provoca o sentimento de ruptura do elo quase irreversível entre alimentação e vida. Essa talvez seja a maior dificuldade encontrada, tanto pelos profissionais da saúde quanto pela família. Por isso, é necessário, antes de qualquer conduta, considerar os valores do ato de comer, de ofertar e receber nutrientes para o paciente, familiares, cuidadores e profissionais (Moynihan et al., 2005).

A abordagem nutricional nos cuidados paliativos com foco na autonomia tem como princípio a liberdade de escolha do paciente.



O profissional tem o dever de informar com clareza sobre as opções de alimentar e nutrir o paciente, bem como acolher os familiares, que em muitos casos não se sentem seguros ou aptos para decidir o que é melhor. Nos casos em que ocorre a transferência da responsabilidade para o profissional, este deve dividir sempre seu conflito com a equipe multidisciplinar para que juntos busquem as alternativas que estejam em sintonia com os princípios éticos protagonizados pela OMS.

REFERÊNCIA

ABCP - Associação Brasileira de Cuidados Paliativos. *Consenso Brasileiro de Caquexia-Anorexia em Cuidados Paliativos*. Revista Brasileira de Cuidados Paliativos. v. 3, n. 3, supl. 1, 2011.

ANCP - Academia Nacional de Cuidados Paliativos. *Manual de cuidados paliativos: ampliado e atualizado*, 2 ed. Porto Alegre: Meridional, 2012.

ADA – American Dietetic Association. *Position of the American Dietetic Association: Ethical and Legal Issues in Nutrition, Hydration and Feeding*. J Am Diet Assoc., v.113, 2013, p.828-833.

ALVES, F. R. *Abordagem Nutricional nos Cuidados Paliativos*. In: GARÓFOLO, Adriana (org.). *Nutrição Clínica, funcional e preventiva aplicada à Oncologia: teoria e prática profissional*. Rio de Janeiro: Rubio, 2012, p. 177-183.

AGS - American Geriatrics Society. *Feeding Tubes in Advanced Dementia Position Statement*, 2013.

AUGUST, D. et al. *ASPEN Clinical Guidelines: Nutrition Support Therapy During Adult Anticancer Treatment and in Hematopoietic Cell Transplantation*. Journal of Parenteral and Enteral Nutrition, v. 33, n. 5, p 472-500, 2009.



BACHMANN, P. et al. *Standards, options et recommandations: nutrition en situation palliative ou terminale de l'adulte porteur de cancer évolutif*. Bull Cancer, v. 88, 2001, p. 985-1006.

BENARROZ, M. O.; FAILLACE, G. B. D.; BARBOSA, L. A. *Bioética e nutrição em cuidados paliativos oncológicos em adultos*. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, 2009, p. 1875-1882.

BRASIL. *Lei nº 1074, de 1 de outubro de 2003*. Dispõe sobre o Estatuto dos Idosos. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm>. Acesso em: 01 ago. 2016.

_____. *Constituição (1988). Emenda constitucional n.º 64, de 4 de fevereiro de 2010*. Altera o art. 6º da Constituição Federal, para introduzir a alimentação como direito social. Brasília, 2010.

CARVALHO, A. L. O.; ISSA, V.; LOPES, N. *Cuidados paliativos na insuficiência cardíaca*. In: SANTOS, F. S. (1 ed.). *Cuidados paliativos: diretrizes, humanização e alívio dos sintomas*. São Paulo: Atheneu, 2010, p. 517-527.

CELANO, R. M. G.; LOSS, S. H.; NEGRÃO, R. J. N. *Terapia Nutricional para Pacientes na Senescência (Geriatrics)*. In: Projeto Diretrizes. São Paulo, 2011. p. 425-436.

CREMESP - Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. *Cuidado Paliativo*. São Paulo: CREMESP, 2008.

DENVIR, M. A. et al. *Future Care Planning for patients approaching end-of-life with advanced heart disease: an interview study with patients, carers and healthcare professionals exploring the content, rationale and design of a randomized clinical trial*. BMJ Open, 2014.



FERNÁNDEZ-ROLDÁN, A. C. *Nutrición en el paciente terminal*. Punto de vista ético. *Nutrición Hospitalaria*. Madrid, v. 20, n. 2, 2005, p 88-92.

FRATEZI, F. R.; GUTIERREZ, B. A. O. *Cuidador familiar do idoso em cuidados paliativos: o processo de morrer no domicílio*. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, 2011, p. 3241-3248.

GOLDMAN, L.; SCHAFER, A. I. *Cecil Textbook of Medicine*. Philadelphia: W. B. Saunders Company, 2004, p. 1308.

HOPKINS, K. *Food for life, love and hope: an exemplar of philosophy of palliative care in action*. *Proceedings of the Nutrition Society*. Londres, v. 63, n. 3, 2004, p. 427-429.

HUPFFER, H.M. *O princípio da autonomia na ética Kantiana e sua recepção na obra do Direito e Democracia de Jurgen Habermas*. *Anima Ver. Eletro-nica*. v. 5, 2010, p.142-163.

LENNIE, T. A. et al. *Nutrition Intervention to Decrease Symptoms in Patients with Advanced Heart Failure*. *Research in Nursing & Health*, v. 36, 2013, p. 120-145.

MARUCCI, M. F. N.; FERNANDES, E. A. *Nutrição e alimentação em cuidados paliativos*. In: SANTOS, F. S. (1 ed.). *Cuidados paliativos: diretrizes, humanização e alívio dos sintomas*. São Paulo: Atheneu, 2010, p. 299-304.

MCKINLAY, A. W. *Nutritional support in patients with advanced cancer: permission to fall out?* *Proc Nutr Soc*. Aberdeen, UK, v. 63, 2004, p. 431-435.

MORLEY, J. E. *Calories and caquexia*. *Clinic Nutrition & Metabolic Care*, v. 12, 2009, p. 607-610.



MOYNIHAN, T.; KELLY, D. G.; FISCH, M. J. *To Feed or Not to Feed: Is That the Right Question?* Journal of Clinical Oncology. Rochester, v. 23, n. 25, 2005, p. 6256-6259.

ONU – Organização das Nações Unidas. *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. Nova Iorque, 1948.

SILVA, P. B. et al. *Controle dos sintomas e intervenção nutricional*. Fatores que interferem na qualidade de vida de pacientes oncológicos em cuidados paliativos. Revista Dor. São Paulo, v. 11, n. 4, 2010, p. 282-288.

SERÔDIO, J. *Conceitos Principais de Reabilitação* – Instituto Nacional para Reabilitação, I.P. In: Costa A. & Othero M. (Coordenação). *Reabilitação em Cuidados Paliativos*. Lusodidacta, 2014, p. 56.

SOBOTKA, L. et al. *ESPEN Guidelines on Parenteral Nutrition: Geriatrics*. Clinical Nutrition, n. 28, 2009, p. 461-466.

SOCHACKI, M. et al. *A dor de não mais alimentar*. Rev. Bras Nutr Clin. v. 23, n. 1, 2008, p. 78-80.

STRASSER, F.; BRUERA. E. D. *Update on anorexia and cachexia*. Hematol Oncol Clin North Am, Houston, v.16, 2002, p.589-617.

VALENTE, F. L. S. *Direito Humano à alimentação: desafios e conquistas*. São Paulo: Cortez Editora, p.137, 2002.

WHO - World Health Organization. *Better palliative care for older people*. Report. Geneva, 2004.

WONG, L. L. R.; CARVALHO, J. A. *The rapid process of aging in Brazil: serious challenges for public policies*. Rev Bras Est Pop. São Paulo, v. 23, n. 1, 2006, p. 5-26.



ALIMENTAÇÃO DO PACIENTE ONCOLÓGICO NO FIM DA VIDA: a autonomia em debate

*Fabiane de Cássia Savi Tomasiak
Anor Sganzerla*

O câncer é um dos maiores causadores de morte da história da humanidade, sendo o responsável por 12,5% das mortes por ano no mundo. Do total de óbitos por câncer, mais de 70% ocorrem em países de média e baixa renda. Cerca de 11 milhões de pessoas são diagnosticadas com câncer a cada ano e estima-se mais de 16 milhões de casos novos de câncer para 2020, sendo que 60% desses casos ocorrerão em países em desenvolvimento (WHO, 2010).

Por ser uma doença complexa, e para ser adequadamente enfrentada, exige infraestrutura e deve ser avaliada dentro de um enfoque multidisciplinar e por profissionais habilitados. A abordagem do paciente com neoplasia maligna é uma tarefa difícil na prática clínica porque envolve a transferência de informações sobre seu diagnóstico, prognóstico, riscos e benefícios do tratamento, além das possibilidades de progressão da doença (MACIEL, 2006).



A alimentação é um elemento determinante do início ao fim da vida, e com os avanços biotecnocientíficos da atualidade, que possibilitam o prolongamento da vida, a alimentação passou a ter um papel ainda mais central para o alcance da qualidade desta. Sendo assim, quando o indivíduo adoecer a alimentação pode ajudá-lo além das questões físicas, mas também psicológicas, sociais, espirituais, além de promover o bem-estar e a qualidade de vida (BENARROZ, 2011). O paciente oncológico no fim da vida, juntamente com seus familiares e cuidadores, passa a entender a alimentação como um componente do “cuidado”. Nesta etapa, todos os esforços são para que uma “boa vida” os conduza de uma maneira digna a uma “boa morte” (FLORIANI et al., 2008).

Os dilemas éticos vão surgindo a partir do momento em que a alimentação não pode ser mais fornecida por via oral ou há a recusa alimentar por parte do paciente, as quais são situações bastante comuns no paciente oncológico no fim da vida. O único consenso entre os autores que discutem sobre a alimentação no fim da vida é o de que há ainda muita controvérsia sobre essa temática. A alimentação é defendida por muitos profissionais e familiares como um cuidado básico e que deveria ser instituída em qualquer situação, mesmo que por meios artificiais (sonda, cateter ou ostomias). Por outro lado, há defesa pela omissão ou suspensão da alimentação artificial, considerando-se o melhor benefício ou o melhor interesse do paciente, o qual deve ser determinado pelo consenso entre familiares e/ou profissionais, quando na incapacidade de manifestação do paciente.

Os desafios éticos iniciam-se já na determinação do prognóstico do paciente: como afirmar que se trata de um paciente oncológico no fim da vida? Existem várias formas de se estabelecer um prognóstico, mas o importante é ressaltar que não se trata de uma questão de se



definir uma escala de tempo, mas em se estabelecer previamente medidas mais adequadas e que atendam às necessidades da pessoa em cada estágio durante a evolução de sua doença, ou seja, proporcionar o cuidado mais adequado e no tempo certo.

O diagnóstico tardio que ainda ocorre na maioria dos casos de câncer no Brasil, seja pelas características da própria doença e/ou pela morosidade dos sistemas de saúde (público e privado), que pode contribuir para este diagnóstico, fato que leva muitos pacientes de câncer à necessidade de cuidados paliativos na descoberta da doença, por já se encontrarem em uma fase da doença onde para esta os tratamentos curativos já não levam mais a cura ou até mesmo a remissão da doença.

A Organização Mundial da Saúde (2002) define cuidado paliativo como:

uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual.

Na oncologia, o termo paliativo refere-se ao paciente fora de possibilidades terapêuticas de cura, e se aplica não somente em sua fase terminal, mas durante todo o curso da doença. Devido às inúmeras fragilidades e limitações que envolvem o cuidado do paciente oncológico em fim de vida e, devido à complexidade dos fatores envolvidos na sua monitorização, a assistência por uma equipe multidisciplinar é essencial para atender aos princípios do cuidado paliativo. Este trabalho conjunto de especialistas com formações distintas permite



integrar, harmonizar e complementar os conhecimentos e habilidades dos integrantes da equipe, permitindo a identificação, intervenção e acompanhamento da terapêutica. O foco dessa assistência não consiste na cura da doença, mas sim no controle da dor, no alívio do sofrimento e melhora dos sintomas, valorizando as necessidades básicas de higiene e alimentação que são parte do tratamento (CORREIA et al., 2007). Em cuidados paliativos, é importante e necessário o diálogo sobre o uso de técnicas humanísticas e tecnológicas que busquem mitigar o sofrimento não apenas dos enfermos, mas também de seus familiares e profissionais da saúde (SEPULVEDA, 2005).

O ato de se alimentar pode ser percebido por familiares “como forma de cuidar e expressar amor”, “significa muito ao familiar, fazendo com que esse não se sinta impotente”, como citado por Rajimakers et al. (2013), em seu estudo qualitativo que evidenciou algumas percepções por parte do familiar em relação a alimentação como: “o prazer atribuído ao alimento era maior na fase terminal, uma vez que muitos prazeres desaparecem no fim da vida”, “remete a memórias felizes e/ou ocasiões especiais”, “o ato de se alimentar com o familiar como convívio social”, “as refeições deram ritmo aos dias, levando o paciente a se vestir, a realizar rituais, rotinas e hábitos, como uma tentativa de voltar a vida normal”.

Ressalta-se que a alimentação participa da construção do corpo não só do ponto de vista biológico como também nos aspectos culturais e simbólicos. O alimento se diferencia de outras formas de consumo porque ele é incorporado, atravessando as fronteiras do self, e “nós nos tornamos o que nós comemos”, em uma relação cotidiana, íntima que envolve risco e confiança. As discussões atuais sobre alimentação e o comer indicam que estas têm deixado de serem



expressão e afirmação de identidades sociais para se inscrever no centro do processo de construção da própria identidade (POULAIN, 2003).

Na sociedade moderna a alimentação passa a ser vista mais como um conjunto de nutrientes, que quando administrados trarão melhorias clínicas às pessoas, no cenário desta dissertação, no entanto, o que se pode perceber, é que para o paciente oncológico no fim da vida e seus familiares, a alimentação se expressa como um conjunto de atos e atitudes de uma sociedade.

Diferentemente de outras condutas terapêuticas, a alimentação em nossa cultura tem um significado simbólico, Roldán (2005) afirma que dar de comer e beber é uma ação humana significativa de respeito à vida e cuidado aos nossos semelhantes, já que a alimentação tem uma forte conotação de fonte de vida e sua privação significa atentar contra ela (BACHMANN et al., 2001). No entanto, cabe considerar que a supressão da nutrição não é o que vai originar a morte do paciente e sim a sua doença de base que atua como causa determinante, como bem ressaltado por Couceiro (2004) “o doente não morre porque não come, e sim não come porque está morrendo”.

Entretanto, qualquer decisão sobre a alimentação (inclusive artificial) deve considerar os aspectos simbólicos expostos acima, portanto, ser discutida com toda a equipe multiprofissional e quando possível com os pacientes e seus familiares (VATHORST, 2014).

Considera-se que o apetite e a ingestão alimentar são fatores importantes no cotidiano do paciente oncológico no fim da vida, sendo associado ao prazer e à vida. Partindo dessa concepção, a alimentação no fim da vida se inscreve em um apoio global visando manter ou restaurar o bem-estar do paciente (BACHMANN et al., 2001), sendo este um conceito multidimensional, dinâmico e subjetivo e por isso



difícil de ser definido (JOCHAM et al., 2006). Para tanto, deve-se sempre considerar as necessidades do indivíduo, preferências e hábitos alimentares, que são fundamentais tanto para o controle dos sintomas, quanto para garantir satisfação e conforto (PESSINI, 2007).

Independentemente de qualquer conduta nutricional a ser realizada nesse cenário, é essencial o respeito à autonomia e à dignidade do indivíduo. A prescrição dietética realizada com o objetivo de fornecer as necessidades nutricionais do paciente deve, acima de tudo, oferecer prazer e conforto. Desta forma, juntamente com outras medidas, contribuirá com a manutenção da qualidade de vida do paciente oncológico no fim da vida (EBERHARDIE, 2002).

Neste sentido, a alimentação pode ser considerada no contexto de direito humano fundamental, o direito humano à alimentação adequada, devendo ser garantido pelo Estado, entendendo sua provisão como um dos elementos básicos para o respeito à dignidade da pessoa humana. O artigo 3º da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH, 2005) traz o respeito à dignidade humana e aos direitos fundamentais como princípio que deve orientar as decisões e práticas de indivíduos, grupos, instituições e empresas, públicas e privadas. Especificamente, no artigo 14º- Responsabilidade social e saúde - da mesma declaração, o acesso à alimentação adequada é também mencionado como um direito a ser garantido.

O cuidar faz parte da vida humana desde o início até o fim da vida, sendo uma necessidade do ser humano, o sentido de cuidar tem como objetivo promover o bem-estar (SCHRAMM et al., 2008) ao homem, dando continuidade à sua espécie de modo saudável e preservando a sua autonomia, tanto em nível individual quanto coletivo (BRASIL, 2008).



Os indivíduos sem probabilidade de cura da doença podem ficar internados por longos períodos nos hospitais, recebendo cuidados muitas vezes inadequados, normalmente focados apenas na cura da doença, sendo submetidos a métodos invasivos e de alta tecnologia, acarretando em medidas desproporcionais e ocasionando mais sofrimento aos pacientes e seus familiares. Neste momento, é preciso que o profissional tenha o discernimento e que entenda qual é a real necessidade e adequação, e sempre focar no alívio dos sintomas mais relevantes e promover uma melhor qualidade de vida dos pacientes em cuidados paliativos. É preciso ter um equilíbrio entre o conhecimento técnico-científico e a humanização para cuidar do enfermo, sem que neste se afete a dignidade humana com tratamentos desproporcionais, possibilitando assim que o mesmo morra em paz (CORREA et al., 2007).

Portanto, faz-se necessário que cada profissional da área da saúde saiba reconhecer as limitações do tratamento clínico e cirúrgico para com os pacientes em cuidados paliativos a fim de garantir um cuidado digno e respeitoso (PESSINI, 2007).

Sempre valoroso citar que o paciente oncológico no fim da vida em cuidado paliativo, é um paciente vulnerável, suscetível e sensibilizado e com um prognóstico com várias intercorrências, bem como seus familiares, portanto a comunicação entre os profissionais de saúde e estes deve ser clara, gentil e adequada. Evidenciando sempre que não se está a deixar o paciente morrer por negligenciar cuidado e sim se está oferecendo o cuidado necessário e adequado para esta etapa da vida, os cuidados paliativos são uma prática altamente individualizada, sendo necessária uma avaliação diferenciada. A medicina paliativa não é medicina de protocolos clínicos, mas uma medicina de princípios, e como tal deve partir do princípio de que



a melhor ferramenta para a boa palição de sintomas é a avaliação do paciente. Carvalho e Parsons (2012) propõem que a avaliação do paciente em cuidados paliativos, em regime de internação ou ambulatorial, deve conter elementos que possibilitem a compreensão de quem é a pessoa doente, de suas representações na sociedade e suas percepções sobre si mesmo (ANCP, 2009).

A experiência do câncer é um acontecimento de vida que não atinge só o doente, ele abrange também a sua família, e os nomeadamente que tomam a responsabilidade de serem os cuidadores. Tal como o doente, a família/cuidador também vivencia situações de crise e de adaptação às mudanças que a doença provoca. A família/cuidador sofre alterações das suas rotinas, regras, rituais familiares e nos papéis que cada membro ocupa.

Nessas circunstâncias, o processo de transmitir más notícias ao paciente é desafiador, complicado e de responsabilidade essencialmente do médico, sendo compartilhada e exercida por toda a equipe multidisciplinar de saúde na sequência (BRASIL, 2008). A má notícia tem sido definida como qualquer informação que envolva mudança drástica na perspectiva de futuro da pessoa num sentido negativo. Quando se trabalha com pacientes com câncer avançado, os problemas de comunicação entre os profissionais de saúde e os pacientes ainda se tornam mais evidentes quando comparados com casos de câncer em fase inicial. Para Schramm, 2001, p.24:

o aspecto que mais chama a atenção é a vulnerabilidade do doente no que se refere ao conteúdo da comunicação e a sua sensibilidade decorrente da informação recebida. Quando se trata da informação sobre o prognóstico da doença, o paciente que deseja menos informação é aquele com pior prognóstico e que evita pensar na morte.



O termo comunicação pode ser definido de vários modos, de acordo com o contexto pode ser entendido como qualquer situação de inter-relação entre pessoas que dialogam entre si. Afirma Schramm (2001, p.24) que “um aspecto essencial da comunicação se refere à oposição muitas vezes constatada entre o aspecto propriamente linguístico (transmissão da informação) e o aspecto existencial (emoções e valores) podendo prejudicar o próprio processo comunicativo na sua integralidade”. E acrescenta o autor que um modo de sair dessa polaridade é procurar unir as duas situações sem confundi-las, por conseguinte, a comunicação passa a ser entendida como uma forma dinâmica de agir e pode ser pensada em sua dimensão bioética (SCHRAMM, 2008).

Diante dos dilemas entre a verdade, respeito, exercício responsável da autonomia, o direito à informação qualificada, o benefício dessa informação e o possível não malefício de alguma informação não dada, vimos a necessidade de discutir sobre a autonomia do paciente oncológico no fim da vida.

Para Schramm (1998, p.29) “em termos etimológicos, autonomia é uma palavra de origem grega, composta pelo adjetivo *autos*, que significa o mesmo, ele mesmo e por si mesmo, e o substantivo *nomos*, que quer dizer compartilha, instituição, lei, norma, convenção ou uso”. O sentido geral da palavra indica a capacidade do ser humano em dar-se às suas próprias leis e compartilhá-las com seus semelhantes ou a condição de uma pessoa ou coletividade capaz de determinar por ela mesma a lei à qual se submeterá.



Para Beauchamp e Childress (2011, p.138),

autonomia não pode ser entendida exclusivamente como a autode-terminação de um indivíduo, pois a inclusão obrigatória do outro na questão da autonomia traz uma nova entidade para a discussão que alia a ação individual ao componente social. Ser autônomo é ter o direito de se autodeterminar, mas igualmente de respeitar o mesmo direito nos outros.

Desde o Código de Nuremberg (1947) que o conceito de dignidade e respeito pela pessoa se encontra ligado à ideia de autonomia. As contribuições filosóficas que mais concorreram para a reflexão ética nasceram justamente dos movimentos de defesa dos direitos humanos e, assim, foram tomando forma os princípios fundamentais da ética contemporânea: beneficência, não maleficência, autonomia, justiça e equidade, aos quais se acrescentou o da vulnerabilidade.

A dignidade do ser humano e do seu direito à liberdade inscrevem o conceito de autonomia nas práticas diárias das sociedades contemporâneas. A autonomia, denominação pela qual é conhecido o princípio de respeito às pessoas, exige que se aceite que elas se autogovernem, isto é, sejam autônomas nas suas escolhas e atos, embora dentro do respeito integral à ideia autonomista, apreendida como conceito de respeito pelo outro (FERRAZ, 2001).

A dignidade humana está implícita na autonomia da pessoa, que é capaz de deliberar sobre os seus objetivos pessoais e agir de tal modo que será tanto mais autônoma quanto mais e melhor for desta e dos com quem convive.

O respeito ao princípio da autonomia passou a possibilitar ao doente o direito de participar com o seu médico da responsabilidade



na tomada das decisões, superando-se a visão paternalista do médico na sua relação com o doente. Segundo Cascais (2002, p.63), “o movimento da autonomia terá correspondido à necessidade de proteger os vulneráveis, dando poder aos competentes, criando maior equilíbrio entre médico e doente”.

O princípio da autonomia passou a ser atribuído de modo geral ao doente e o da beneficência ao médico, sendo o da justiça postulado por terceiros para além dos diretamente interessados (doente, médico ou outros profissionais de saúde) – a exemplo das sociedades criadas para a defesa dos direitos dos doentes, cujas atividades e reclamações exercem influência notável na opinião pública (LOPES, 2001).

O ambiente hospitalar assume características impessoais, desconfortáveis e distanciadoras, impede a presença de familiares, que têm se mostrado capazes de contribuir para uma melhor recepção da comunicação/ informação clínica pelos doentes. O desenvolvimento tecnológico pode igualmente distanciar o médico do seu doente, levando ainda a que se estabeleçam problemas de justiça na distribuição dos recursos econômicos para a saúde pela menor acessibilidade dos doentes de menores recursos ou de maior debilidade.

Respeitar a autonomia é reconhecer que ao indivíduo cabe deliberar e tomar decisões segundo seu próprio plano de vida e ação, embasado em valores, crenças aspirações, mesmo quando sejam diferentes daqueles aceitos pelos profissionais de saúde. O respeito à autonomia requer que se tolerem crenças e as escolhas das pessoas desde que não constituam ameaça a outras pessoas ou à coletividade (RICOUER, 2008).

Uma parte crescente do meio científico, expressa principalmente pelos paliativistas, questiona sobre os reais benefícios do suporte nutricional nesses pacientes (REIRIZ, 2008). Muitas vezes, os efeitos



indesejáveis das técnicas da nutrição, sobretudo a nutrição artificial, podem ser fontes de degradação da qualidade de vida e nocivas ao objetivo primordial dos cuidados paliativos (BACHMANN et al., 2001).

Porém, o estado paliativo se confunde com o terminal, mas é preciso ressaltar que são fases distintas, sendo necessário considerar essas fases na tomada de decisão. Considera-se uma doença terminal quando nenhuma terapêutica disponível tem eficácia, com uma forte probabilidade de morte em curto período de tempo (BACHMANN et al., 2001), sendo definida como uma enfermidade avançada, progressiva e incurável, momento em que no Brasil, na maioria dos casos, inicia-se os cuidados paliativos (ROLDÁN, 2005).

Evidências sugerem que a alimentação nasogástrica (enteral) no fim da vida (terminalidade) é um procedimento "inútil", que na melhor das hipóteses é improvável conferir benefícios significativos para o paciente, e na pior das hipóteses apenas estende o processo de morrer. Os pacientes com a doença avançada cursam com sinais e sintomas como náuseas, vômitos, alteração no paladar, saciedade precoce, anorexia, caquexia, fraqueza e dispneia (BACHMANN et al., 2001), o que dificulta ou impossibilita a ingestão alimentar.

É observado que jejum para pacientes em estado de terminalidade contribui para proporcionar melhor conforto. Isto porque a privação prolongada de alimentos está associada a uma série de modificações tanto metabólicas quanto psicológicas, apresentando diminuição substancial de secreções respiratórias, tosse, náuseas, vômito e diarreia, bem como aumento de cetonas circulantes que tem como efeito a diminuição da sensação de fome, podendo, dessa forma, ser associado à sensação de bem-estar (CARVALHO, PARSONS; 2012).

Porém, o ato de se alimentar pode ser percebido por familiares "como forma de cuidar e expressar amor", "significa muito ao familiar,



fazendo com que este não se sinta impotente”, como citado por Rajimakers et al. (2013, p.668) em seu estudo qualitativo que evidenciou algumas percepções por parte do familiar em relação a alimentação, como: “ o prazer atribuído ao alimento era maior na fase terminal, uma vez que muitos prazeres desaparecem no fim da vida”, “ remete a memórias felizes e/ou ocasiões especiais”, “ o ato de se alimentar com o familiar como convívio social”, “ as refeições deram ritmo aos dias, levando o paciente a se vestir, a realizar rituais, rotinas e hábitos, como uma tentativa de voltar à vida normal”.

Qualquer decisão sobre a alimentação deve considerar os aspectos simbólicos expostos acima, portanto, ser discutida com toda a equipe multiprofissional, pacientes (sempre que possível) e seus familiares (VATHORST, 2014). Há também que considerar os conflitantes pontos de vista entre os médicos e cuidadores leigos, quanto ao que seria a melhor escolha para o paciente e a proximidade potencial do fim da vida, levando a implicações importantes para a expectativa de vida e sobrevida do paciente (CLARKE, 2014).

A tomada de decisão envolvendo a alimentação em cuidados paliativos é abordada por Chai et al. (2013) em um estudo realizado em Singapura com 38 pacientes e 62 cuidadores, buscando compreender a complexa interação de fatores que influenciam o continuar alimentando. Evidenciou-se que os participantes tendiam a responder afirmativamente para as perguntas referentes aos benefícios à saúde, psicológicos e emocionais. Entre outros fatores observados está a piedade filial, definida como uma obrigação de cuidar de seus pais ou membros mais velhos do ciclo familiar, ofertando alimentação a todo custo, mesmo quando o prognóstico é ruim, exemplificando que o valor da nutrição, alimentação e comer também parece ser culturalmente determinado (SILVA et al., 2010). Outro termo encontrado por



Chai et al. (2013) foi a alimentação como fonte de esperança, mantê-la é geralmente considerado como essencial ao cuidado do paciente. Mas o que fazer quando o paciente recusa a alimentação?

A recusa alimentar é comumente observada em estágios finais da doença e pode provocar sofrimento nos familiares e cuidadores (BACHMANN et al., 2001). Pois, diferentemente de outros tratamentos, a alimentação em nossa cultura tem um significado simbólico, Roldán (2005) afirma que dar de comer e beber são uma ação humana significativa de respeito à vida e cuidado aos nossos semelhantes, já que a alimentação tem uma forte conotação de fonte de vida, e sua privação significa atentar contra ela (BACHMANN et al., 2001). No entanto, cabe considerar que a supressão da nutrição não é o que vai originar a morte do paciente, e sim a sua doença de base que atua como causa determinante.

Nesse contexto, o princípio do respeito à autonomia é o princípio que exige que a equipe multidisciplinar que presta a assistência não trate o paciente sem assegurar-se de que é o que ele deseja.

À medida que o fim da vida se aproxima, os objetivos mudam, o alimento continua sendo ofertado, mas a ênfase agora está na qualidade de vida e no alívio do sofrimento, não como uma terapêutica ativa para promover adequação nutricional. Se a melhora da qualidade de vida e o alívio do sofrimento não podem ser evitados por meio da alimentação, ela passa a ser fútil nessa situação. Entretanto, aspectos contextuais da família podem tornar, mesmo nessa situação, o fornecimento de suporte nutricional enteral uma conduta desejável.

A finalidade da alimentação para o paciente oncológico no fim da vida, ou seja, a identidade destas, ainda apresenta muitas discordâncias e incertezas e, apesar da falta de consenso entre os autores, o apelo para que a alimentação não seja compreendida somente como



uma oferta de nutrientes e sim como um ato humano que envolve diferentes significados, relacionados ao afeto, prazer, ódio, amor, religiosidade, hábitos, está presente neste. Dessa maneira, independente se a alimentação for considerada um cuidado básico para o paciente oncológico no fim da vida, é necessário considerar sempre a melhor decisão para o paciente.

REFERÊNCIAS

BACHMANN, P. et al. *Standards, options et recommandations: nutrition en situation palliative ou terminale de l'adulte porteur de cancer évolutif*. Bull Cancer. v. 88, n.10, 2001, p. 985-1006.

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. *Princípios da ética biomédica*, 2^a ed. Ed. Loyola, 2011, 574 pp.

BENARROZ, M. O.; FAILLACE, G. B. D.; BARBOSA, L. A. *Bioética e nutrição em cuidados paliativos oncológicos em adultos*. Cad. Saúde Pública. v. 25, n. 9, p.1875-1882. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So102-311X2009000900002>. Acesso em: 07 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Guia prático do cuidador*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. *Manual de Cuidados Paliativos ANPC*. 2 ed. Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012.

CASCAIS, A. F. *Genealogia, âmbito e objeto da Bioética em Portugal*. Lisboa, 2002, p.59-69. Disponível: <<http://www.bocc.ubi.pt/pag/cascais-antoniogenealogia-bio.pdf>>. Acesso em: 06 ago. 2015.



CHAI, H. Z. et al. *Feeding: what it means to patients and caregivers and how these views influence Singaporean Chinese caregivers' decisions to continue feeding at the end of life*. American Journal of Hospice & Palliative Medicine. v. 31, n. 2, p. 166-171, 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23503566>>. Acesso em: 07 jun. 2015.

CLARKE, G. et al. *Should they have a percutaneous endoscopic gastrostomy? The importance of assessing decision-making capacity and the central role of a multidisciplinary team*. Clinical Medicine. v. 14, n. 3, p.245-249, 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24889566>>. Acesso em: 07 jun. 2015.

CORRÊA, P.H.; SHIBUYA, E. *Administração da Terapia Nutricional em Cuidados Paliativos*. Revista Brasileira de Cancerologia, v. 53, n. 3, 2007, p. 317-323.

COUCEIRO, A. *Ética em Cuidados Paliativos*. Editorial Triacastela, 2004.

EBERHARDIE, C. *Nutrition support in palliative care*. Nurs Stand, 2002, p. 47-52.

FERRAZ FC. *A questão da autonomia e a Bioética*. Bioética, 2001, p. 73-81.

FLORIANI, C. A. *Palliative care in Brazil: a challenge to the health-care system*. Palliative Care: Research and Treatment, v. 2, 2008, p. 19-24. Disponível em: <<http://www.la-press.com/palliative-care-in-brazil-a-challenge-to-the-health-care-system-p-article-a1085>>. Acesso em: 07 ago. 2015.

SANDERS, D. S., ANDERSON, A. J., BARDHAN, K. D. *Percutaneous endoscopic gastrostomy: an effective strategy for gastrostomy feeding in patients with dementia*. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15244356>>. Acesso em: 07 set. 2015.



JOCHAM, H. R. et al. *Quality of life in palliative care cancer patients: a literature review*. J Clin Nurs., v. 15, 2006, p.1188-95. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16911060>>. Acessado em: 18 set. 2015.

LOPES, H.J.S. *Dos modelos de análise bioética, da pedagogia dos valores ao ensino da ética e de comunicação relacional*. Lisboa: Almandina, 2001, p.58-63.

MACIEL, M. G. R. et al. *Critérios de Qualidade para os Cuidados Paliativos no Brasil*. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2006.

PESSINI, L. *Distanásia: Até quando prolongar a vida?* Loyola, 2.ed, 2007.

POULAIN, J.P; PROENCA, R.P.C. *O espaço social alimentar: um instrumento para o estudo dos modelos alimentares*. Rev. Nutr., Campinas, v. 16, n. 3, 2003, p. 245-256.

RAIJMAKERS, N. J. H. et al. *Bereaved relatives' perspectives of the patient's oral intake towards the end of life: a qualitative study*. Palliative Medicine. v. 27, n. 7, p. 665-672. Disponível em: < <http://pmj.sagepub.com/content/27/7/665.long>>. Acesso em: 07 set. 2015.

RICOEUR, P. *O justo 1: a justiça como regra moral e como instituição*. Tradução de Ivone C. Benedetti. São Paulo: M. Fontes, 2008.

ROLDÁN, F. C. *Nutrición en el paciente terminal*. Punto de vista ético. Revista Nutrición Hospitalaria. v. 20, n. 2, 2005, p. 88-92.

SCHRAMM, F. R.; PALACIOS, M.; REGO, S. O modelo bioético principialista para a análise da moralidade da pesquisa científica envolvendo seres humanos ainda é satisfatório? Ciênc. saúde coletiva, 2008, p. 361-70.

_____. *A autonomia difícil*. Bioética, 1998, p. 27-38.



SEPULVEDA, C. *Los cuidados paliativos: perspectiva de la Organización Mundial de la Salud*. Dolentium Hominum, v. 58, n.1, 2005, p.16-19.

SILVA, J. K. et al. *Alimentação e cultura como campo científico no Brasil*. Physis: Revista de Saúde Coletiva. v. 20, n. 2, 2010, p. 413-442. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000200005>. Acesso em: 07 jun. 2015.

VATHORST, S. *Artificial nutrition at the end of life: ethical issues*. Best Practice & Research Clinical Gastroenterology. v. 28, n. 2, 2014, p. 247-253. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1521691814000213>>. Acesso em: 03 set. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Better palliative care for older people*. Geneva: WHO, 2004.

_____. *World Cancer Report, 2010*. International Agency for Research on Cancer. Lyon, 2010.



COMUNICAÇÃO DE RISCO REFERENTE AO CONSUMO DE ALIMENTOS INDUSTRIALIZADOS NO BRASIL

André Godoy Ramos

Os profissionais de saúde, juntamente com os pesquisadores da área de saúde pública e ambiental, nos revelam, diariamente, perigos. Perigos ambientais, perigos químicos, perigos nutricionais e perigos microbiológicos. Conhecemos a existência de muitos desses perigos na nossa alimentação. É sabido que o alimento pode conter um agente biológico ou uma substância química em quantidade suficiente para ser potencialmente capaz de causar infecção ou intoxicação alimentar, com ou sem sintomas.

A Vigilância Sanitária precisa conhecer muito mais do que o perigo, ou melhor, é preciso gerenciar o dano que esse perigo pode causar à saúde da população e comunicar o risco à saúde causado pelo perigo de forma clara, útil e verdadeira. Isso para não incorrer em uma ausência de ética.

Para mudar o sentido das escolhas na alimentação é necessário que se tenha cautela na comunicação de risco, sendo justo com quem vende alimentos, ao mesmo tempo esclarecendo ao consumidor seus riscos



significativos. Como colocar uma pitada ética de comunicação nos alimentos que o brasileiro consome diante do fantasioso estímulo midiático ao consumo é o desafio. Diante dos excessos de sódio, de açúcar, de gordura e de calorias, a regulação na propaganda e nos dizeres de rotulagem dos alimentos industrializados tem sido suficiente? A intervenção do Estado deve ser na composição, exigindo boas práticas nutricionais de fabricação? A comunicação de risco nutricional é viável e eficaz?

Vários perigos sempre estiveram presentes na nossa alimentação sem causar risco significativo. Alguns perigos migraram de fatores de risco a protetores de riscos, como por exemplo os antigos “antinutricionais” (taninos, fitatos, inibidores de tripsina) que hoje estão no rol das substâncias funcionais (SGARBIERI; PACHECO, 1999). Em se tratando de alimentação, para se mitigar um determinado risco nutricional pode-se criar outro. O fator de risco pode ser a ausência de um determinado nutriente ou o excesso do mesmo. Estamos sempre sendo induzidos a escolher o risco que mais nos convém. Até porque a ausência de risco é uma quimera. A descoberta do perigo é mais fácil e rápida, mas a comunicação do risco requer a análise do risco. O desafio dos gestores é comunicar os riscos aos consumidores e não a existência de perigos. Para isso, muitas vezes, é preciso sobrepor informações publicitárias enganosas ou omissas.

A comunicação nos levou, por exemplo, ao consumo dos “perigosos” ácidos graxos trans para substituírmos as “perigosas” gorduras saturadas. Apesar das primeiras evidências, o princípio da precaução não foi utilizado para frear o consumo das gorduras vegetais hidrogenadas. Quando escolhemos consumir um vegetal orgânico podemos estar trocando o risco causado por resíduos de agrotóxico pelo risco causado por agentes biológicos, o que quer dizer diminuir a probabilidade de um perigo químico e aumentar probabilidade de um perigo biológico.



Essa é a principal definição de risco, ou seja, diante de um perigo, qual a possibilidade de ocorrência de um evento que poderá ser danoso à saúde (JARDIM; CALDAS, 2009).

Podemos fazer boas escolhas desde que bem analisados os riscos antes de sua comunicação. Contudo, em geral, tomamos decisões baseados em informações globais, e por mais que estejamos globalizados, o arroz da China, por exemplo, possui mais possibilidade de contaminação por micotoxina que o arroz consumido no Brasil. Por outro lado, o arroz está presente na dieta brasileira de forma mais significativa do que no México e EUA, que devem ter um olhar mais atento para o milho, em relação ao arroz, por ser de maior consumo na América do Norte.

Já o fator de risco “consumo de caloria em excesso” é comum aos americanos, mexicanos e brasileiros, porém o nutriente não é tratado como perigo pelos órgãos do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Existem dados epidemiológicos suficientes para o alerta ao consumo de produtos que estão no rol dos alimentos com excesso de sódio ou de gordura, energético ou alto índice glicêmico, mas os profissionais ligados à alimentação são ofuscados, diante da população, pela midiática sedução comercial de alimentos industrializados.

Esses problemas devem ser discutidos a partir de uma ética de corresponsabilidade, uma vez que é fruto de uma mentalidade global. A racionalidade comunicativa proporciona ao homem uma oportunidade de repensar sua ação na sociedade mundial e saber os danos que está criando a nós mesmos (HABERMAS, 1990).

A comunicação dos riscos existentes nos produtos pré-embalados deve ser entendida como um dever do Estado para com o consumidor, que não pode estar submetido à possibilidade de danos à saúde. Diante da comunicação social tendenciosa ao consumo excessivo, o cidadão, vulnerável, sem informação, “tem” que acreditar na inocuidade dos



alimentos ofertados nas prateleiras dos supermercados. No caso dos nutrientes ingeridos acima de limites recomendáveis, a comunicação social se encarrega de velar os riscos e, ainda, transferir a culpa ao consumidor “descomedido”.

A comunicação social engloba os processos de informar, persuadir e entreter as pessoas. Encontra-se presente em praticamente todos os aspectos do mundo contemporâneo, evoluindo aceleradamente, registra e divulga a história e influencia a rotina diária, as relações pessoais e de trabalho.

A comunicação organizacional (publicidade, propaganda, relações públicas, comunicação de marketing) de empresas e de organizações governamentais ou não governamentais, são os principais instrumentos de comunicação social. Por diversos meios de comunicação de massa – rádio, revista, jornal, televisão, teatro, cinema, propaganda, internet, as informações podem nos proteger ou enganar a depender da bagagem cultural de quem recebe a informação e, principalmente, de como se comunica ou qual a informação que se sobressai ou persuade melhor o receptor (DO ROSÁRIO, 2006). O advento das tecnologias de comunicação fez as mensagens circularem com grande velocidade e com fluxos multidirecionais entre múltiplos emissores e receptores (CASTELLS, 2003). O resultado é a vulnerabilidade do receptor que não consegue ter o real conhecimento diante do excesso de informação persuasiva e, em muitos casos, antagônica.

RISCO À SAÚDE

Entender o risco é de importância basilar e tem suscitado grande número de produções acadêmicas nos campos da sociologia e da saúde. A prática de Vigilância Sanitária, no Brasil e no mundo, deve ter como



foco fundamental o risco. O risco é um fenômeno social complexo e a sociedade moderna foi denominada sociedade do risco. Por isso, a definição do termo não é única, risco é utilizado na linguagem técnico-científica de várias áreas, como saúde, economia, sociologia, e adquiriu significados variados (LUIZ, 2007).

Além do aspecto social do risco, a mensuração do risco à saúde deve considerar relevância, frequência e severidade do evento. Um caso de botulismo em um alimento enlatado, por exemplo, mesmo que seja com apenas uma pessoa, é considerado um surto porque sai do normal, que é não ocorrer nenhum caso. O evento de botulismo é de severidade alta, quase sempre fatal, de baixa frequência por ser raro, contudo relevante. Se o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária não tem em mãos a avaliação e o gerenciamento do risco, não terá como e porque comunicar o risco. Ao falhar na análise de risco a comunicação não pode ser eficiente.

Conceituando no campo da saúde, o risco corresponde a uma probabilidade de ocorrência de um evento, em um determinado período de observação, em população exposta a determinado fator de risco, sendo sempre coletivo (ALMEIDA FILHO, 1997). Na mesma linha, o *Codex alimentarius* define risco em alimentos como a função da probabilidade de um efeito nocivo para a saúde e da gravidade deste efeito, como consequência de um perigo ou perigos nos alimentos (OPAS, 2006).

Este conceito de risco à saúde é o mais propagado, entretanto, insuficiente para a área de vigilância sanitária, que deve trabalhar no campo da prevenção. Então, o risco na Vigilância Sanitária torna-se a possibilidade de ocorrência de eventos que poderão provocar danos à saúde, sem que se possa, muitas vezes, precisar qual o evento, e até mesmo se algum ocorrerá. Aqui podemos citar o caso dos alimentos geneticamente modificados, nos quais sua ingestão pode ou não vir a causar danos à saúde. No campo do Direito Sanitário muito se fala do



princípio da precaução, o que reforça a subjetividade do conceito de risco. Pensemos agora em analisar o impalpável risco para chegarmos à comunicação de risco.

Garrafa (2005) diz que a Bioética também trabalha com o princípio da precaução afirmando que esta deve se ater em questões relacionadas ao ambiente e aos modos de vida em sociedade. O respeito à pessoa, à beneficência e à justiça são princípios que norteiam a Bioética comprometida com as questões de vulnerabilidade, com o ambiente em que vivemos e com o trato adequado à “coisa pública”.

A comunicação de risco deve ser um dos instrumentos de intervenção do Estado para prevenir e proteger o consumidor que, diante da sua vulnerabilidade, não consegue compilar as informações e optar por menor possibilidade de danos a sua saúde.

COMUNICAÇÃO DO RISCO E SUAS INTERDEPENDÊNCIAS

A Análise de Risco é um processo com três componentes: a Avaliação de Risco, o Gerenciamento do Risco e Comunicação do Risco. São etapas dependentes, uma etapa necessita da outra. Se não há comunicação e não se gerencia o risco, não se pode avaliar sem saber o impacto à população. Trata-se, então, de um sistema que deve estar muito bem articulado entre gestores e avaliadores. Os avaliadores de risco, após caracterizar o perigo e avaliar a sua exposição, devem explicar seus achados, bem como os gestores de risco, já informados, basearem suas decisões de intervenção. Continuando o raciocínio sistemático da análise de risco, sem uma comunicação eficiente entre os avaliadores, cientistas e o gestor, as pessoas não compreenderão os riscos para tomar decisões apropriadas.



A comunicação de risco é deficiente e o indefeso mundo das informações oficiais não consegue sobrepor as inúmeras informações recebidas por meio da publicidade de alimentos dos meios de comunicação. As informações mais atuais sobre alimentação são oferecidas a nós pelas indústrias de alimentos.

A moderna sociedade de consumo é acentuadamente marcada pelo uso da publicidade, cuja influência se estende sobre a vida das pessoas, dita novos padrões de comportamento, novas ideias e cria novos valores. Frente à formação da sociedade de consumo, os seres humanos são massa de manobra nas mãos dos donos do capital, internamente os cidadãos passam a sofrer o reducionismo imposto pelo poder do capitalismo. A mensagem publicitária tem o poder de orientar a opinião do consumidor no momento da escolha de um produto, mas também pode ser elemento de persuasão poderoso o suficiente para levar o consumidor a optar por um produto que não corresponda exatamente às suas necessidades, ou mesmo, para criar no consumidor uma “necessidade” de um produto. A publicidade, por meio da manipulação de elementos psicológicos e emocionais do ser humano, priva o indivíduo da autonomia na escolha do que consumir e, frequentemente, coloca em risco sua saúde.

No entanto, o Estado de Direito não é uma arena para jogos sem regras e com a vigência, a partir de 1991, do Código Nacional de Defesa do Consumidor – CDC (BRASIL, 1990) e a criação da figura jurídica da publicidade enganosa e abusiva, a má publicidade passou a ser passível de punição e regulação. Há que se observar que já antes do CDC a Vigilância Sanitária empreendia, mesmo que timidamente, tentativas de controlar a veiculação de informações publicitárias enganosas, omissas ou de má fé na área de alimentos. Cita-se aqui um clássico caso de um produto lácteo que dizia no seus dizeres publicitários “que



vale por um bifinho”, frase proibida pela então SNVS, com base no artigo 12° e 23° do Decreto-Lei 986/69 (BRASIL, 1969), ainda em vigor.

Art 12. Os rótulos de alimentos de fantasia ou artificial não poderão mencionar indicações especiais de qualidade, nem trazer menções, figuras ou desenhos que possibilitem falsa interpretação ou que induzam o consumidor a erro ou engano quanto à sua origem, natureza ou composição.

Art 23. As disposições deste Capítulo se aplicam aos textos e matérias de propaganda de alimentos qualquer que seja o veículo utilizado para sua divulgação (BRASIL, 1969).

É interessante salientar que, após vinte anos, a frase se mantém na memória das pessoas e possui, portanto, um efeito persuasivo remanescente, o que demonstra que nessa área, muitas vezes, não é possível remediar. Destacando a vulnerabilidade como ferramenta bioética para reforçar o debate e a ação do Estado, é importante neste tema, também, as informações omissas.

A Vigilância Sanitária, em caso de não ter certeza a respeito da segurança do produto alimentício, por não poder controlar a quantidade a ser consumida, pode atuar no sentido de preservar o direito de escolha do consumidor, em respeito ao princípio jurídico da precaução. A presente abordagem bioética diria “deve atuar” ao invés de “pode atuar”. Desta forma, diante notória publicidade de exageros, ambiguidades e fantasias que emanam da arte da persuasão e que, em via de regra, coloca em risco a saúde da população, há que se esclarecer pontos omissos no concernente ao consumo de determinado alimento.

O Estado brasileiro tem como prática de intervenção na análise de risco apenas o que se refere a contaminantes químico, físicos ou



biológicos. Poucas ações se voltam para o aspecto nutricional. Alguns governos, tais como do Reino Unido, do Equador e do Chile, dentre outros, nos últimos anos mostraram interesse na comunicação do risco nutricional em alimentos. É comum no mundo todo os dizeres de rotulagem dos alimentos conterem a informação do conteúdo de nutrientes por meio de tabelas. Acontece que o consumidor comum tem a obrigação de saber interpretar os números. Ideias como o alerta nutricional por meio da comunicação nos rótulos do chamado semáforo nutricional (*traffic light nutrition label*) já foram consideradas viáveis por governos ou até mesmo instituições privadas. As ideias consistem em avaliar os teores de sódio, açúcar e gorduras presentes em produtos alimentícios, indicando os teores desses nutrientes como baixos, médios ou altos, permitindo o consumidor visualizar verde, amarelo e vermelho, respectivamente.

VULNERABILIDADE E INSEGURANÇA ALIMENTAR

Os indivíduos têm direito de receber informações corretas sobre o conteúdo do alimento, sobre hábitos saudáveis de alimentação e adequá-los ao seu estilo de vida (VALENTE, 2003).

Os direitos humanos são indivisíveis e a insegurança alimentar e nutricional apresenta múltiplas causas. Essas duas características incluídas também ao mais recente direito humano inserido na Constituição brasileira, o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA), levam a concluir que sua abordagem deve envolver uma visão holística, de como reduzir a insegurança alimentar e nutricional.

Conforme Valente (2002), a insegurança alimentar aparece devido a um conjunto de fatores de risco ambientais, políticos, sociais, econômicos e culturais, e também devido à inabilidade dos vulneráveis



para lidar com fatores de risco, de forma efetiva e continuada. Por esse motivo, a partir da II Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, as questões nutricionais foram incluídas nos debates e no conceito de Segurança Alimentar no Brasil. Quanto à indivisibilidade dos Direitos Humanos, mais exatamente do DHAA, podemos dizer que o direito à alimentação de qualidade não pode ser separado dos direitos à moradia, educação, serviços de saúde e lazer.

A vulnerabilidade à insegurança alimentar deve-se a inabilidade de enfrentar fatores de riscos outros além do puramente sanitário. Podemos nos lembrar da vulnerabilidade pela necessidade de matar a fome sem perder tempo em preparar o alimento e comer. É aqui que entra o ataque midiático para a aquisição dos alimentos industrializados e das comidas prontas para rápido consumo. Poder aquisitivo e condições socioeconômicas não são mais barreiras de acesso. As famílias que recebem, por exemplo, o Bolsa Família, programa de transferência de renda do atual Governo Brasileiro, têm consumido mais alimentos industrializados, ou seja, melhoraram o acesso aos alimentos, no entanto, a qualidade do que comem é relativamente questionável. Não por culpa delas, mas porque vivem na mesma sociedade que nos invoca a valorizar e consumir os produtos industrializados. Além disso, a lógica neoliberal impede, em particular, o Estado de intervir nas regras do mercado (LARA CORTÉS, 2001).

O artigo 8º da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos preconiza o respeito pela vulnerabilidade humana e pela integridade individual. O artigo 14º preconiza o acesso à alimentação adequada, e no artigo 20 reforça ao explicitar que: deve-se promover a avaliação e o gerenciamento adequado de riscos relacionados à medicina, às ciências da vida e às tecnologias associadas (ONU, 2005). O gerenciamento de risco depende da comunicação de risco,



chegamos, portanto ao ponto. Cabem ações regulatórias do Estado no sentido de comunicar e esclarecer ao consumidor quais os perigos contidos nos alimentos e quais os consequentes riscos à saúde que podemos mitigar por meio de escolhas mais conscientes para garantir que a insegurança alimentar não seja vivida e nem percebida pelo ser humano, o colocando como vulnerável.

VULNERABILIDADE NO CONSUMO DE ALIMENTO INDUSTRIALIZADO E O HÁBITO ALIMENTAR

A vulnerabilidade leva ao contexto de fragilidade, desproteção, desfavor e até mesmo desamparo ou abandono. O indivíduo vulnerável é o ser que está frágil e, por alguma circunstância, exposto ao dano. O conceito abrange diferentes tipos de exclusão de diversos grupos populacionais, de maneira independente de suas classes sociais, seu poder aquisitivo ou seu conhecimento intelectual (GARRAFA, 2003). Os alimentos são produtos de interesse para a saúde e sua qualidade sanitária e nutricional devem ser claras, conforme a Ética da Responsabilidade, defendida por Hans Jonas. As empresas fabricantes de produtos e serviços de interesse para a saúde, assumindo sua responsabilidade, devem garantir qualidade. O Estado, por sua vez deve intervir para proteger a população mais vulnerável, o que coaduna com o princípio da precaução.

Os alimentos que estamos consumindo, mesmo quando estão no rol dos alimentos com qualidade sanitária, oferecem risco à saúde. Os perigos não estão relacionados com os contaminantes químicos, físicos ou biológicos. Muitas vezes o fator de risco não é direto, proveniente da composição química absoluta dos alimentos. O resultado da forma de consumo, a quantidade consumida, o índice glicêmico, a



frequência dos alimentos aliados ao valor calórico em relação à atividade física praticada, o alto teor de sódio, de açúcar e de gorduras é que caracterizam o fator de risco.

Há ausência de regulação do Estado que objetive o monitoramento desses perigos negligenciados, o que deixa a população vulnerável, principalmente diante da falta de comunicação do risco e a poderosa publicidade das indústrias. A falta de direito a escolhas mais conscientes nos remete à ausência de autonomia, que implica diretamente a vulnerabilidade dos sujeitos.

A população vem alterando os hábitos, o que vem impactando o perfil epidemiológico e nutricional da população brasileira, com aumento na prevalência da obesidade e de outras doenças crônicas não transmissíveis (DCNT).

A crescente oferta de alimentos industrializados (ricos em gorduras, açúcares e sódio), a facilidade de acesso desses alimentos com alta densidade energética e às vezes com preços mais baixos, a redução da atividade física e do consumo de alimentos mais saudáveis, como cereais, leguminosas, frutas e verduras, resultaram em alteração do padrão do estado nutricional, com aumento na prevalência de sobrepeso e obesidade e diminuição da incidência de desnutrição, caracterizando assim a transição nutricional da população brasileira (TARDIDO; FALCÃO, 2006).

Dados de pesquisas nacionais mostram que 60,8% da população brasileira adulta apresentam algum grau de excesso de peso, 47,8% das crianças de 5 a 9 anos, e entre os adolescentes de 10 a 19 anos, 25,4% apresentam o mesmo perfil (BRASIL, 2014).

Com relação aos dados sobre consumo alimentar, a Pesquisa sobre Orçamento Familiar - POF, coordenada pelo IBGE em 2010, revela tendência crescente de substituição de alimentos básicos e



tradicionais na dieta da população brasileira como arroz, feijão e hortaliças por refrigerantes, biscoitos, carnes processadas e comida pronta, implicando aumento na densidade energética das refeições e padrões de alimentação capazes de comprometer o balanço energético e aumentar o excesso de peso.

A Estratégia Global em Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde, da Organização Mundial da Saúde (OMS), contém uma série de orientações e ressalta que as recomendações para as populações e indivíduos devem contemplar orientações para: atingir um balanço energético adequado, restringir o consumo de gorduras totais, substituir o consumo de gorduras saturadas pelo de gorduras insaturadas, eliminar o consumo de ácidos graxos *trans*, aumentarem o consumo de frutas, outros vegetais, grãos integrais e sementes, restringir a ingestão de açúcares e limitar o consumo de sal e sódio (BARRETO, 2005). O documento destaca a importância de informações corretas, padronizadas e compreensíveis sobre o conteúdo dos alimentos para que os consumidores sejam capazes de realizar escolhas alimentares mais saudáveis e que os governos devem exigir que os rótulos apresentem informações sobre os principais aspectos nutricionais dos alimentos.

O acordo para redução de sódio, assinado entre o Ministério da Saúde e a Associação Brasileira das Indústrias de alimentos (ABIA), tem se mostrado ineficiente por dois motivos: o primeiro, por se tratar de acordo voluntário, as empresas não são obrigadas a aderir, portanto, não há sanção para empresas que não reduzam os teores; segundo, o teor definido como limite é um cálculo feito com valores que ficam pouco abaixo dos mais altos em cada categoria de alimento, ou seja, de partida, a maioria dos alimentos já está com valores considerados abaixo do limite, não necessitando promover redução de teores, e os demais não são obrigados a aderir ao acordo de redução.



Portanto, para além do necessário monitoramento desse e outros acordos por parte de entidades representativas da sociedade civil, é essencial qualificar as informações sobre o risco presente nos alimentos industrializados ricos em sódio, açúcar e gorduras, tornando-as claras e inteligíveis à população, com a finalidade de que se possam realizar melhores escolhas alimentares.

A indústria que produz alimentos com altos teores de sódio, açúcar e gordura procura, no geral, omitir essas informações, entra aqui a necessidade de intervenção do Estado para garantir informações mais práticas como essa ou outras formas de comunicação eficientes em mitigar o risco. Em respeito à autonomia, conforme Beauchamp e Childress (2012) devem ser empregadas no exame das decisões individuais, no âmbito do cuidado em saúde (referente aos pacientes) e da pesquisa clínica (sujeitos de pesquisa). Conforme assentado pelos autores, esse princípio não tem prioridade moral sobre os demais, não é excessivamente individualista, não está excessivamente focado na razão e não é indevidamente legalista.

Para utilizar a Bioética em prol da comunicação do risco nutricional em alimentos, podemos também citar o princípio da beneficência que, conforme Beauchamp e Childress (2012) tem como obrigações proteger e defender os direitos dos outros e prevenir a ocorrência de danos aos outros. Portanto, a beneficência expressa uma obrigação do ente público de agir em benefício dos outros para além dos interesses econômicos e produtivos das empresas de alimentos.

O Estado Brasileiro deve monitorar a qualidade dos alimentos, mas, sobretudo, comunicar de forma compreensível os perigos existentes, não só nos aspectos referentes à presença de contaminantes, como comunicar os riscos de consumo, além da recomendação dietética.



A população brasileira é a maior consumidora de agrotóxico do mundo (LONDRES, 2011), bem como tem sobrepeso e sofre das doenças crônicas não transmissíveis associadas. Apesar da comunicação ineficiente, não há dúvida de que o consumidor de contaminantes tem o direito de saber da presença de aditivos em excesso ou de contaminantes como resíduos de agrotóxicos e de drogas veterinárias. Entretanto, os alimentos considerados inócuos nos são ofertados por meio de publicidade, com informações omissas ou enganosas, sem conscientizar o consumidor da severidade relativa ao consumo alimentar excessivo. Quem educa e cria nossos hábitos alimentares não pode ser exclusivamente o mercado.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N. *Transdisciplinaridade e saúde coletiva*. Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. II, 1997, p. 1-2. Disponível em: <http://www.scielo.org/article_plus.php?pid=S1413-81231997000100005&tlng=pt&lng=en>. Acesso em: 02 dez. 2015.

BARRETO, S. M. et al. *Análise da estratégia global em alimentação saudável, atividade física e saúde da Organização Mundial da Saúde, Epidemiologia e Serviços de Saúde*. Brasília, v.14, n.1, 2005. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S1679-49742005000100005&script=sci_arttext&tlng=es>. Acesso em: 02 dez. 2015.

BEAUCHAMP T.L.; CHILDRESS J. F. *Principles of biomedical ethics*. New York University Press, 7. ed, 2012, p. 90-349.



BRASIL. *Decreto-Lei nº 986 de 21 de outubro de 1969*. Norma básica de Alimentos. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 1969, p. 8935. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Delo986.htm>. Acesso em: 02 dez. 2015.

_____. *Lei nº 8.078 de 11 de setembro de 1990*. Código Nacional de Defesa do Consumidor. Diário Oficial da União, 1990, p. 1 (SUPLEMENTO). Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8078.htm>. Acesso em: 02 dez. 2015.

_____. Ministério da Saúde. *Vigitel Brasil 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília, 2014. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2013.pdf>. Acesso em: 02 dez. 2015.

CASTELLS, M. A. *Galáxia da internet: reflexões sobre a internet, os negócios e a sociedade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003, p. 103-107.

DO ROSÁRIO, M. D. *Mediatização da comunicação política*. Media, política e comunicação - a negociação do poder. Universidade de Santiago de Compostela, 2006, p. 143.

GARRAFA V. *Da Bioética de princípios a uma Bioética interventiva*. Bioética (CFM), Brasília, v.13, n.1, 2005, p.125-134. Disponível em:<http://www.revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/97/102>. Acesso em: 02 dez. 2015.



_____; PORTO, D. *Intervention bioethics: a proposal for peripheral countries in a context of power and injustice*. *Bioethics*, v. 17, n. 5-6, 2003, p. 1467-8519. Disponível em: <http://www.researchgate.net/profile/Volnei_Garrafa/publication/23134597_Interventional_bioethics_epistemology_for_peripheral_countries/links/549a3aa90cf2d6581ab159bf.pdf>. Acesso em: 02 dez. 2015.

HABERMAS, J. *O discurso filosófico da modernidade*. Trad. Ana Maria Bernardo et al. Lisboa: Dom Quixote, 1990.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009 - Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil*. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoadevida/pof/2008_2009_encaa/pof_20082009_encaa.pdf>. Acesso em: 02 dez. 2015.

JARDIM, A.; CALDAS, E. D. *Exposição humana a substâncias químicas potencialmente tóxicas na dieta e os riscos para saúde*. *Química Nova*, v.32, n.7, 2009, p. 1898-1909. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/qn/v32n7/36.pdf>>. Acesso em: 02 dez. 2015.

JONAS, H. *O Princípio Responsabilidade - Ensaio de uma ética para a civilização tecnológica*. Rio de Janeiro: Contraponto, Ed. PUC-RIO, 2006, p. 356.

LARA CORTÉS, C. *Moral de mercado versus seguridad alimentaria: una aproximación desde la ética del bien común*. *Acta Bioethica*, Santiago, v. VII, nº 2, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2001000200005>. Acesso em: 02 dez. 2015.



LONDRES, F. *Agrotóxicos no Brasil: um guia para ação em defesa da vida*. ASPTA – Assessoria e Serviços a Projetos em Agricultura Alternativa, Rio de Janeiro: 2011, p. 190. Disponível em: <www.agriculturesnetwork.org/library/253711/at.../libraryitem_file>. Acesso em: 02 dez. 2015.

LUIZ, O. C. *Jornalismo científico e risco epidemiológico*. Ciências & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, 2007, p. 717-726. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000300022&lng=pt>. Acesso em: 02 dez. 2015.

ONU. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*. Edição e tradução: Cátedra UNESCO de Bioética da Universidade de Brasília. Brasília, 2005.

SGARBIERI, V.C.; PACHECO, M. T. B. *Alimentos funcionais fisiológicos*. Brazilian Journal Food Technology. Campinas, Preprint Serie, n. 2, 1999. Disponível em: <<http://www.ital.sp.gov.br/bj/artigos/brazilianjournal/free/c9902.pdf>>. Acesso em: 02 dez. 2015.

TARDIDO, A.P.; FALCÃO M. C. *O impacto da modernização na transição nutricional e obesidade*. Revista Brasileira de Nutrição Clínica. São Paulo, v. 21, n.2, 2006, p.117-24. Disponível em:<http://www.ucg.br/ucg/eventos/obesidade_curso_capacitacao_ambulatorial/Material_Consulta/Material_Nutricao/O%20oimpacto%20da%20moderniza%C3%A7%C3%A3o%20na%20transi%C3%A7%C3%A3o%20nutricional%20e%20obesidade.pdf>. Acesso em: 02 dez. 2015.

VALENTE, F. L. S. *Fome, desnutrição e cidadania: inclusão social e direitos humanos*. Saúde e Sociedade, São Paulo, v.12, n.1, 2003. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v12n1/08.pdf>>. Acesso em: 02 dez. 2015.



ÉTICA E REGULAMENTAÇÃO DA PUBLICIDADE DE ALIMENTOS DIRECIONADA A CRIANÇAS E ADOLESCENTES

*Dillian Adelaine Cesar Da Silva
Antonio Carlos Rodrigues Da Cunha*

Este capítulo apresenta como proposta trazer reflexões para o debate sobre a ética e a regulamentação da publicidade de alimentos – especialmente quando direcionada a crianças e adolescentes – tentando comprovar que a Bioética é democrática em suas contribuições às políticas públicas, e acrescentar valor ao discurso – quiçá à forma de intervenção – em defesa da alimentação como direito humano, buscando reforço por meio da apropriação e aplicação de conceitos, princípios e fundamentos da Bioética de Intervenção e da Ética da Responsabilidade.

Necessária para balizar e orientar a convivência do ser humano com a natureza e dos seres humanos entre si, no atual contexto de desenvolvimento social, econômico, científico e tecnológico, a Bioética serve-se da compreensão ampliada e sistêmica da vida para propor



reflexões e atitudes de cunho libertador e não-dogmático à própria vida e seus dilemas diante do turbilhão da pós-modernidade.

Partindo de tal tentativa de apreensão da realidade, complexa e multifacetada, o diálogo e a atuação transdisciplinar se fazem essenciais ao discurso e à prática da Bioética de Intervenção (GARRAFA, 2006).

Tendo como uma de suas importantes bases o principialismo e como nascedouro as ciências médicas, a Bioética ocupa-se também de questões relacionadas ao ambiente e aos modos de vida em sociedade. Partindo da discussão sobre ética em pesquisas com seres humanos, a Bioética de cunho principialista desenvolveu seu arcabouço a partir do Relatório Belmont, elaborado no âmbito do Kennedy Institute, em 1978, que trazia três princípios orientadores para a temática: respeito à pessoa, beneficência e justiça (GARRAFA, 2005).

Pesquisadores do Kennedy Institute conceberam então a Bioética como a parte da ética aplicada, preocupada com as questões morais surgidas nas áreas da investigação biomédica e dos cuidados em saúde. Já sob a égide da Bioética, os princípios basais do Relatório Belmont foram reformulados e editados em livro pelos estadunidenses Tom L. Beauchamp e James F. Childress, pesquisadores da Georgetown University – vinculada ao mesmo Kennedy Institute, denominado *“Principles of Biomedical Ethics”*. Publicado em 1979, o livro apresenta um quarto princípio adicional, o da não maleficência, e trata o respeito à pessoa como respeito à autonomia. Nessa abordagem, os princípios constituem núcleos de onde derivam regras e normas (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2012).

O referencial teórico de Beauchamp e Childress serviu de base para o que chamamos “principialismo” – abordagem que ainda na



atualidade é de grande utilidade e reflexão, sobretudo acerca dos conflitos e dilemas morais da ética médica e biomédica.

No entanto, lacunas advindas da utilização do princípalismo, como a pretensa universalidade e sua inabilidade para tratar de temas que afetam, em especial, aos países com menor desenvolvimento social e econômico, repletos de problemas sanitários e ambientais - como ocorre majoritariamente nos países do Hemisfério Sul - fizeram emergir movimentos de crítica e propostas mais contextualizadas para a abordagem bioética de questões relacionadas ao ambiente e aos modos de vida em sociedade, como a Bioética de Intervenção (GARRAFA, 2005).

A ampliação conceitual e de princípios da Bioética, conquistada através de décadas do século XX - com protagonismo de pesquisadores e militantes da América Latina - e reafirmada em 2005, com a construção e aprovação da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos - DUBDH, permite que diversas áreas de atuação do ser humano, não somente da ciência médica, mas também das políticas públicas, especialmente da área social, se beneficiem do acúmulo produzido por esse campo da ética aplicada (GARRAFA, 2005). Nesse sentido, se dá a escolha da Bioética de Intervenção como um dos referenciais de análise da questão da regulamentação da publicidade de alimentos.

Seguindo com a visão de que a ética deve permear os debates relacionados ao agir público, toma-se aqui como referencial adicional o Princípio Responsabilidade, elaborado por Hans Jonas, como perspectiva de diálogo crítico diante dos avanços tecnológicos alcançados pela humanidade. Jonas (2006) entende que a técnica moderna - com ações, objetos e consequências de nova e tamanha ordem de grandeza



- impõe também nova dimensão à ética, que é exatamente o Princípio Responsabilidade.

Tal princípio implica respeitar, cuidar, lutar, renunciar e acima de tudo agir com responsabilidade, como atos essencialmente éticos. O Princípio Responsabilidade aponta para o compromisso com as gerações futuras, de maneira que o agir coletivo deve preocupar-se com o bem público e não individual, e que quanto mais se pressente o perigo do futuro, mais temos que agir no presente (JONAS, 2006).

A defesa dos direitos humanos à saúde e à alimentação adequada encontra no estudo da Bioética de Intervenção e do Princípio Responsabilidade pleno reforço e congruência, especialmente no que tange à compreensão sistêmica e transdisciplinar da realidade, à responsabilidade pública na defesa dos mais vulneráveis, ao diálogo plural e ao dever com as gerações futuras como imperativos e tantas outras interfaces, permitindo o religar de saberes.

No cenário da saúde pública e da segurança alimentar e nutricional, é de extrema relevância desenhar e implementar políticas públicas intersetoriais, transdisciplinares, equânimes e efetivas voltadas à prevenção e ao enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis - DCNT, entre elas a obesidade. O alarmante aumento da prevalência dessas doenças nas últimas décadas caracterizou alterações no perfil epidemiológico e nutricional da população brasileira, implicado pelas drásticas mudanças nos modos de vida, padrões de atividade física e hábitos alimentares, em decorrência dos processos de industrialização, urbanização e globalização.

O panorama epidemiológico exige atuação do Estado no sentido de proteger a população dessas doenças, o que passa pela prevenção da obesidade ainda na infância; nesse sentido, dentre outros fatores, têm-se demonstrado a influência nefasta da publicidade de alimentos



nas escolhas alimentares das famílias, em especial as escolhas realizadas pelas crianças e adolescentes (OPAS, 2012; VASCONCELLOS et al., 2014).

Nesse contexto, a regulamentação da propaganda e da publicidade de alimentos pode assumir um papel estratégico como medida de proteção, particularmente voltada para o público mais vulnerável aos apelos promocionais, como o infantil (HENRIQUES; CAMACHO DIAS; BURLANDY, 2014).

Percebe-se a urgência de uma atuação que se mostre responsável e comprometida com a proteção às crianças e adolescentes, vulneráveis à publicidade de alimentos, considerando também o perfil epidemiológico e nutricional da população brasileira como orientador das práticas em saúde. A presença de discursos sociais conflitantes com essa lógica dificulta o avanço e requer, conforme apontam estudos recentes (HENRIQUES; CAMACHO DIAS; BURLANDY, 2014; MARINS; ARAÚJO; JACOB, 2011), análise à luz de parâmetros éticos, tendo-se em conta questões como o direito à informação e à saúde, a necessidade de minimizar os riscos implicados na exposição às práticas publicitárias e priorizar o interesse público em detrimento dos interesses de natureza econômica.

O caminho a ser percorrido no desenho deste capítulo inicia-se pela apresentação do cenário nacional sobre a regulamentação da publicidade de alimentos direcionada a crianças e adolescentes, seguida pela elucidação dos conceitos de vulnerabilidade e autonomia, aplicando-os ao debate em questão. Em sequência, aponta-se a responsabilidade do Estado em proteger as crianças e adolescentes da exposição à publicidade de alimentos, com base no arcabouço da Bioética de Intervenção e na Ética da Responsabilidade de Hans Jonas.



REGULAMENTAÇÃO DE PUBLICIDADE NO BRASIL – POR QUÊ?

O debate em torno do controle da publicidade no Brasil envolve o Estado, em seu papel de proteção da população, e as empresas do setor regulado, tanto as produtoras de bens sujeitos ao controle como o setor de publicidade e propaganda, que defendem a liberdade de atuação, através de mecanismos de autorregulamentação, como a atuação do Conselho Nacional de Autorregulamentação Publicitária – Conar (VEIGA et al., 2011).

Um dos públicos sobre os quais há maior interesse em conquistar por meio da promoção comercial, é o público infantil, não apenas futuros como atuais consumidores e formadores de opinião.

Crianças e adolescentes são considerados extremamente vulneráveis aos apelos promocionais veiculados em diferentes meios de comunicação, e a propaganda, a publicidade e a promoção comercial de alimentos influenciam as escolhas alimentares infantis (VASCONCELLOS et al., 2014).

Consequências dessa influência nos hábitos alimentares expressam-se no perfil epidemiológico da população. Embora apresentando estabilização nas tendências de crescimento do excesso de peso e obesidade (pela primeira vez em oito anos de pesquisa), os dados de 2014 do VIGITEL - Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, pesquisa realizada anualmente pelo Ministério da Saúde, mostram que 52,5% da população brasileira adulta apresentam excesso de peso e 17,9% apresentam obesidade. Dados mais recentes disponíveis em relação a crianças e adolescentes são provenientes da Pesquisa sobre Orçamentos Familiares – POF/IBGE 2008/2009: 33,5% das crianças de cinco a nove anos apresentam excesso de peso e 14,3% apresentam obesidade. Entre os adolescentes,



de 10 a 19 anos, 20,5% estão em sobrepeso e 4,9% apresentam obesidade (BRASIL, 2015; IBGE, 2012).

Para além do impacto social da obesidade, o custo econômico pode servir como reforço à justificativa de medidas interventivas mais fortes por parte do Estado em seus determinantes. Recente pesquisa a respeito do impacto econômico da obesidade no Sistema Único de Saúde (SUS) demonstrou que foram gastos em 2011, R\$ 488 milhões (quatrocentos e oitenta e oito milhões de Reais) com o tratamento da obesidade e de doenças associadas a esse quadro (OLIVEIRA, 2013).

Tendo em consideração exatamente o perfil epidemiológico, a vulnerabilidade e a falta de autonomia para a realização de escolhas alimentares, esforços no sentido de fazer frente à influência da publicidade de alimentos iniciaram-se no Brasil há aproximadamente uma década, quando o Ministério da Saúde e a Anvisa elaboraram proposta de Resolução de Diretoria Colegiada daquele órgão com o objetivo de regulamentar a propaganda e outros tipos de estratégias de promoção comercial de alimentos, cumprindo com seu papel regulador de uma prática comercial que, sabidamente, tem influência no perfil alimentar da população.

No entanto, a presença de interesses contrários à regulamentação e ao controle por parte do Estado, no âmbito da sociedade, levou ao fracasso desse processo, uma vez que, em sequência à publicação do instrumento, entidades representativas do setor regulado pressionaram o governo pela invalidação da RDC, alegando inconstitucionalidade por incapacidade da ANVISA como reguladora, justificando que tal medida somente poderia ser implementada por Lei.

Diversos movimentos sociais têm buscado chamar a atenção para a necessidade de regulamentação da publicidade desde então, inclusive com o entendimento de que a publicidade voltada às crianças



deveria ser proibida. Em março de 2014, o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente – Conanda, órgão ligado à Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, aprovou a Resolução 163/2014, que considerou abusiva toda e qualquer publicidade dirigida à criança, tornando-a proibida, em acordo com o Código de Defesa do Consumidor, que impede, como instrumento legal, a publicidade abusiva. Apesar de seu caráter como norma vinculante, a Resolução do Conanda não vem sendo respeitada pelos anunciantes, que seguem violando impunemente a Lei.

Matéria sobre a proibição de publicidade de produtos infantis também é tratada em projeto de lei pendente de aprovação pelo Congresso Nacional, o PL nº 5.921 de 2001.

Por outro lado, de maneira geral, os setores sujeitos à regulamentação ou proibição da publicidade entendem que a atual regulamentação de publicidade seja suficiente, e colocam que a responsabilidade individual dos pais e famílias deve ter maior peso na realização das escolhas alimentares. Também defendem a publicidade como meio informativo sobre os alimentos.

Após a publicação da resolução em referência pelo Conanda, o conjunto das entidades que congregam a categoria econômica de comunicação social - associações representantes de anunciantes, agências de publicidade, emissoras de rádio e televisão, revistas e outdoors – veio a público, por meio de nota divulgada em seu sítio eletrônico, afirmar que somente reconheciam o Poder Legislativo como único foro capaz de legitimamente legislar sobre publicidade comercial. Afirmam ainda que a autorregulamentação, já vigente no Brasil, seria suficiente para coibir práticas abusivas em publicidade.

Entretanto, estudos demonstram a ocorrência de exposição excessiva de crianças à publicidade de alimentos, principalmente alimentos



considerados não saudáveis (ricos em calorias, gorduras, açúcares e sódio) - que constituem 90% dos produtos anunciados - com especial destaque às mídias televisivas (OPAS, 2012). Essa exposição exerce influência nos hábitos de consumo e no estado nutricional do público a que são dirigidas (MONTEIRO, 2009; VASCONCELLOS et al., 2014).

Nesse sentido, considera-se que a autorregulamentação é insuficiente, por ser realizada por pares (o Conar é composto por representantes dos próprios anunciantes) e por saber-se que as crianças e adolescentes não possuem discernimento suficiente e adequado para compreender as estratégias publicitárias como tal (VASCONCELLOS et al., 2014; VEIGA et al., 2011). A Frente pela Regulação da Publicidade de Alimentos (2013), que congrega entidades da sociedade civil nos âmbitos acadêmico, científico e de defesa de direitos, aponta que a atuação do Conar não vem apresentando resultados efetivos no tema da publicidade infantil, demonstrando-se também contrária à chamada correção, que seria o compartilhamento da regulação entre o Estado e o setor regulado, com fiscalização da auto regulação.

Com base nesse entendimento, é importante aprofundar o conhecimento sobre a vulnerabilidade dos públicos a que se dirige a publicidade de alimentos e sobre como se dá a realização de escolhas verdadeiramente autônomas, para fins de discutir a questão das responsabilidades envolvidas em tais escolhas.

VULNERÁVEIS SÃO AUTÔNOMOS PARA AS ESCOLHAS ALIMENTARES?

Realizar escolhas alimentares adequadas pressupõe autonomia. Para além da existência de informações corretas e completas disponíveis, sabe-se que há diversos fatores que influenciam e determinam as escolhas dos alimentos, e a publicidade é um deles (MONTEIRO,



2009). Veremos que autonomia pressupõe informação e ausência de influências indevidas, e também que o processo de construção da autonomia requer redução das vulnerabilidades, o que, no caso de crianças e adolescentes, trata-se de vulnerabilidade intrínseca à fase da vida, ou seja, a incapacidade em escolher seus próprios alimentos de maneira adequada está condicionada à idade.

A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos - DUBDH, aclamada por todos os países membros desta entidade em 2005, diz em seu artigo oitavo que:

A vulnerabilidade humana deve ser levada em consideração na aplicação e no avanço do conhecimento científico das práticas médicas e de tecnologias associadas. Indivíduos e grupos de vulnerabilidade específica devem ser protegidos e a integridade individual de cada um deve ser respeitada. (UNESCO, 2005, art. 8°).

Partindo-se do Relatório do Comitê Internacional de Bioética da UNESCO (2013) sobre Vulnerabilidade e Integridade Pessoal, um dos documentos que oferecem suporte à compreensão dos princípios contidos na DUBDH, entende-se vulnerabilidade como as condições que, mais ou menos diretamente, influenciam na nossa capacidade de viver como indivíduos livres e autônomos.

O Relatório trabalha com a visão de vigilância no sentido de proteção do bem-estar de indivíduos e grupos vulneráveis, compreendidas entre tais grupos as crianças, por seu estágio de vida que implica incapacidade de escolhas autônomas. Esse entendimento reforça a importância de uma ampla gama de princípios como autonomia, beneficência, justiça, dignidade, equidade. O princípio da vulnerabilidade e integridade pessoal não apenas enfatiza tais metas, mas



também torna visível que o objetivo último do progresso da ciência, no âmbito da Bioética, não pode ser o lucro (UNESCO, 2013).

Para além do cumprimento das normativas vigentes e das obrigações fundamentais que temos uns para com os outros, a importância do entendimento do princípio da vulnerabilidade e integridade pessoal contido na DUBDH com relação ao debate em questão, nos convoca – enquanto gestores, acadêmicos e profissionais de saúde e nutrição corresponsáveis pelo avanço do conhecimento em nossa área e pelas decisões de como utilizá-lo - a reconhecer a realidade da vulnerabilidade, buscando construir uma ponte entre as diferentes visões sobre a regulamentação da publicidade de alimentos em uma sociedade pluralista, de modo a valorizar mais a solidariedade do que meros interesses individuais (UNESCO, 2013).

Reconhecer, respeitar e reduzir a vulnerabilidade de crianças e adolescentes diante da publicidade de alimentos significa, portanto, protegê-los de tal exposição e buscar, por outro lado, fornecer elementos para a construção de sua autonomia nas escolhas alimentares.

A definição de Beauchamp e Childress (2012) para o conceito de autonomia pessoal engloba o autogoverno livre de interferência e controle externo e de limitações que atrapalhem a realização de escolhas significativas. Um exemplo de prejuízo à realização de escolhas seria o entendimento inadequado; a ação autônoma deve ter intenção, compreensão da situação e ausência de influências que controlem ou determinem tal ação. Nesse sentido, fica claro que as crianças e adolescentes não possuem plena compreensão da situação (os objetivos das ações publicitárias e os meios utilizados para tal) e, assim, são indevidamente influenciadas por tais ações.

Tal raciocínio poderia ser usado também no debate sobre a limitação à autonomia para fazer escolhas alimentares até mesmo em



adultos. As diversas teorias sobre a autonomia estão condicionadas à liberdade, enquanto independência de controle externo, e à capacidade de agência, de ação intencional. Algumas teorias tratam das habilidades necessárias ao autogoverno como: compreensão, raciocínio, administração, deliberação e escolhas independentes. Beauchamp e Childress (2012) focam sua análise sobre autonomia na qualidade das escolhas autônomas, mais do que na capacidade de autogoverno.

Na visão de Engelhardt (1998), o respeito à autonomia deve promover uma ação sem coação externa, onde estejam presentes categorias como o respeito à pessoa e o consentimento. Como dito, pessoas em situação de vulnerabilidade – como crianças e adolescentes – devem ser protegidas.

No que tange às escolhas alimentares, respeitar agentes autônomos é reconhecer o seu direito a fazer escolhas e a agir com base em seus valores e crenças. É a obrigação de respeitar a capacidade das pessoas autônomas em tomar decisões, de posse de informações corretas e completas sobre uma alimentação adequada e saudável.

O respeito à autonomia envolve, assim, agir respeitosamente, não apenas ter uma atitude de respeito. As propostas de autorregulamentação, nesse sentido, seriam uma espécie de atitude de respeito por parte dos anunciantes, no entanto, induzir crianças e adolescentes a escolhas, na maioria das vezes, não saudáveis, não pode ser considerada uma ação respeitosa.

De acordo com Beauchamp e Childress (2012), respeitar a autonomia requer mais do que não interferência; inclui, em alguns contextos, construir ou manter a capacidade das pessoas para escolhas autônomas, e essa atitude diz respeito também ao princípio Kantiano de tratar as pessoas como fins, assistindo-as para o alcance de seus objetivos e forjando sua capacidade como agentes, não meramente evitando



tratá-las como meios para alcançar os fins. No caso da publicidade de alimentos, a finalidade, sabidamente, é a formação de mercado consumidor para aumento das vendas, portanto, visando o lucro.

Portanto, em situações em que se encontram pessoas com autonomia frágil, é necessário trabalhar a capacitação dessas pessoas para que sua autonomia possa se desenvolver e seja reforçada. No caso em questão, crianças e adolescentes devem ter a acesso a informações sobre alimentação adequada e saudável por meio de ações de educação alimentar e nutricional, partindo-se de perspectivas de empoderamento, por meio de práticas problematizadoras, visando à construção de melhores condições para escolhas autônomas (BRASIL, 2012).

A RESPONSABILIDADE DO ESTADO NA REGULAMENTAÇÃO

Tendo reconhecido que crianças e adolescentes são vulneráveis à exposição à publicidade de alimentos, requerendo medidas de proteção e fortalecimento de sua autonomia, passemos a discutir a responsabilidade do Estado diante de tais compromissos. Como balizadores da discussão, apropriamo-nos do entendimento da Bioética de Intervenção, com suas proposições iniciais elaboradas por Garrafa e Porto, além do pensamento de Hans Jonas e seu Princípio Responsabilidade.

A alimentação como direito humano foi incluída em 2010 na Constituição Brasileira no rol dos Direitos Sociais, e por isso, garantir o acesso a uma alimentação adequada e saudável é responsabilidade do Estado e deve ser direito apropriado pela sociedade.

Nesse sentido, urge debater e dar encaminhamento adequado a situações como falta de acesso aos alimentos por parcela significativa da população e às questões que mais recentemente têm ocupado a pauta da área da nutrição em saúde, que dizem respeito à qualidade



dos alimentos e a como fazemos nossas escolhas alimentares. Temas como regulamentação da publicidade de alimentos direcionada a crianças, da oferta de alimentos considerados pouco nutritivos nas cantinas escolares, passando pela regulação da composição dos alimentos industrializados, chegando a temas como agrotóxicos e alimentos geneticamente modificados, são pautas de necessária discussão sob o olhar da Bioética, tomando como base seus referenciais conceituais, princípios e critérios.

As lacunas da Bioética principialista de Beauchamp e Childress, de cunho hegemônico, colocaram a necessidade de aprofundar conhecimentos em proposições que se mostrem capazes de oferecer enfrentamento ao discurso e à prática dominantes, insuficientes para as realidades dos países latino-americanos. Buscando amplitude em seus referenciais e conceitos para além da lógica principialista, a Bioética de Intervenção apresenta fundamentos assentados em interpretações e ações “multi-inter-transdisciplinares” que perpassam diversas áreas do conhecimento humano. Embora a origem da Bioética seja biomédica, para além desta, contribuem às denominadas bioéticas críticas os conhecimentos produzidos pela Filosofia, pelo Direito e pelas ciências humanas (GARRAFA, 2008).

Para a Bioética de Intervenção, a ação social deve ter envolvimento político e comprometimento com as situações de vulnerabilidade, com proposições contextualizadas e capacidade de transformação das realidades sociais. Tal entendimento contextualizado e comprometido com o lado mais frágil da sociedade tornou patente a opção por essa linha de pensamento para iniciar a compreensão da regulamentação da publicidade como responsabilidade do Estado.

A Bioética de Intervenção partilha do conceito epidemiológico da determinação social do processo saúde e adoecimento, percebendo



que a vulnerabilidade configura-se como limitação à autonomia. Crianças e adolescentes, nessa visão, encontram-se em situação de vulnerabilidade e, portanto, incapacidade de proteger os próprios interesses. Assim, a adequada abordagem para esses indivíduos deve prever limites diminuídos de risco aceitável e necessidade de ampliação das medidas de proteção (no caso, o risco da exposição à publicidade de alimentos e a proteção por meio de controle estatal). Essa abordagem também está prevista no texto da DUBDH em seu artigo quarto, que trata de benefício e dano.

Com relação à fundamentação filosófica, a Bioética de Intervenção trabalha com uma base utilitarista e consequencialista, defendendo propostas que atendam ao maior número de pessoas, pelo tempo mais longo possível e que tenham como resultado as melhores consequências para a coletividade, ainda que gerem restrições individuais (GARRAFA; PORTO, 2008).

Esse é o caso das ações de regulamentação implementadas pelo Estado, estas têm a difícil missão de enfrentar poderosos interesses econômicos com a finalidade de proteger os interesses da maioria, com a finalidade última, na análise que respeita à regulamentação da publicidade, garantir a saúde e a alimentação adequada, direitos previstos constitucionalmente. Por meio do instrumental da Bioética de Intervenção, ainda conforme definição de Garrafa e Porto (2008) constante do *Diccionario de Bioética* é possível sustentar a relevância de transformações concretas e permanentes em vez de mudanças superficiais, e a negação de uma postura de neutralidade, optando pela politização de situações onde se estabeleçam conflitos.

Assim, para além dos quatro princípios tradicionais, a Bioética de Intervenção propõe-se a utilizar os denominados “Quatro Pês” para o exercício de uma prática da Bioética que se defina comprometida com



as questões de vulnerabilidade, com o ambiente em que vivemos e com o trato adequado à “coisa pública”. Os “Ps” são: prevenção, proteção, prudência e precaução. Prevenção contra possíveis danos, proteção aos segmentos mais vulneráveis da sociedade, prudência com relação aos avanços da tecnociência e precaução frente ao que desconhecemos (GARRAFA, 2008).

Os referenciais teóricos e práticos de proteção e prevenção colocam-se como guias utilizados para evitar possíveis danos e iatrogenias advindos do uso de tecnologias e serviços de interesse para a saúde pública, onde podemos considerar a publicidade de alimentos, uma vez que a população, especialmente o público infantojuvenil está vulnerável e suscetível, ao mesmo tempo, aos possíveis riscos associados à sua exposição, prejudicando e limitando o desenvolvimento de sua autonomia nas escolhas.

Para Hans Jonas (2006), a autonomia dos sujeitos está ameaçada devido à massificação que os impede de decidir e responsabilizar-se. Ainda, de acordo com o autor, é preciso buscar um novo patamar ético para o progresso técnico global e o uso adequado das tecnologias, patamar esse fundado pela responsabilidade. A ação humana deve ser orientada de maneira a garantir a permanência da vida na Terra, devendo a ética aplicar-se ao agir individual e ao público, considerando o imperativo de que deve haver um futuro.

Interpretando essa visão da Ética da Responsabilidade, defendida por Jonas, entende-se que as empresas fabricantes de produtos e ofertantes de serviços de interesse para a saúde devem garantir a qualidade dos produtos e serviços, agindo de forma responsável em benefício da população que, muitas vezes, precisa ser protegida por meio de intervenções do Estado, justamente em vista de sua vulnerabilidade. A Ética da Responsabilidade consiste, então, em um “agir



que se antecipa à ação” e não como cobrança ou imputação de um ato já acontecido (JONAS, 2006).

No mesmo sentido, a Bioética de Intervenção atribui ao Estado a responsabilidade de garantir os direitos da população, reforçando eticamente a necessidade de intervenção do Estado em questões como a regulamentação de publicidade de alimentos (VEIGA et al., 2011).

Ainda, para a Bioética de Intervenção, a responsabilidade do Estado serve também para garantir e preservar a dignidade das pessoas, individualmente e enquanto grupos sociais, de maneira a contribuir para minimizar as assimetrias nas relações sociais e amenizar os efeitos das diversas vulnerabilidades, em uma lógica considerada equitativa (VEIGA et al., 2011).

Tal entendimento encontra reforço no arcabouço constitucional brasileiro, que define a saúde como direito de todos e dever do Estado, a alimentação adequada também como direito social, além de diversas políticas públicas que expressam obrigações do Estado no sentido de proteger, promover e garantir a saúde e a nutrição adequada no país, como as Políticas Nacionais de Alimentação e Nutrição, Promoção da Saúde e, mais recentemente, de Segurança Alimentar e Nutricional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por não estar a serviço do grande capital, diferentemente de outras áreas da ciência e do desenvolvimento tecnológico, em diversos momentos a Bioética depara-se com dificuldade de avançar como produtora de sentidos para a gestão de políticas de saúde e da área social como um todo. No Brasil, ainda se encontra distante de ter uma fundamentação legal servindo como embasamento a tantas políticas públicas para as quais pode oferecer contribuição e trazer o avanço necessário. Mas a Bioética segue crescendo, dialogando e intervindo



conforme necessário. Para os profissionais de saúde e nutrição que atuam pautados pelo olhar da Bioética, trata-se de um privilégio participar dessa história.

As políticas de segurança alimentar e nutricional guardam semelhança com o modo de contextualizar a realidade utilizado como ferramenta pela Bioética por entender como necessário o compartilhamento e articulação de saberes para sua compreensão e atuação. A complexidade do sistema agroalimentar – desde a produção até o consumo, o grau de tecnologias aplicáveis ao ramo da alimentação e nutrição como o enriquecimento de alimentos e a transgenia e, por outro lado, a persistência de situações de fome e má nutrição (essa expressão referindo-se a ambas as faces da insegurança alimentar e nutricional, quais sejam, a desnutrição e doenças associadas à escassez de alimentos, como deficiências por micronutrientes e infecções, e a obesidade e doenças crônicas não transmissíveis, como diabetes, hipertensão e câncer) colocam questões desafiadoras para a alimentação e nutrição como áreas de conhecimento em saúde pública, extrapolando o debate para as demais áreas concernentes à segurança alimentar e nutricional.

Na linha de pensamento bioético que trata da proteção aos vulneráveis, fica patente que a regulação e regulamentação na área de alimentos são papéis do Estado a serem fortalecidos, uma vez que esses temas envolvem conflitos de interesse por parte da indústria de alimentos com as questões de saúde e nutrição, tendo um enfoque social imprescindível por tratar-se de determinantes de saúde e por dizer respeito à cultura alimentar e aos modelos educativos vigentes, nas escolas ou nos núcleos familiares.

A responsabilidade pelas escolhas alimentares não deve ser considerada somente no âmbito individual ou das famílias, e sim do Estado



como garantidor de boas condições de alimentação, nutrição e saúde, especialmente nos níveis de promoção, prevenção e proteção.

Assegurar a proteção de grupos e indivíduos com vulnerabilidade especial, trabalhando pelo enfrentamento dos contextos e de seus determinantes, é o teste mais importante acerca da nossa capacidade e vontade de promover a igualdade de direitos e a dignidade de cada ser humano (UNESCO, 2013). Tal desafio ultrapassa o âmbito de debates para colocar-se como possibilidade norteadora concreta de posicionamentos e decisões, nos diversos âmbitos em que é possível a aplicação da Bioética. Conforme compreende Ramos (2012), o potencial de crítica que a Bioética traz apenas é concretizado quando a radicalidade presente em seu discurso é aplicada também em suas práticas, de modo a tornar sua experiência concreta, em estado de permanente questionamento.

Deve fazer-se ouvir perante os mecanismos de poder, esta é a missão da Bioética, como a entende Solbakk (2012), e não estar a serviço do grande capital, das corporações, dando-lhes reforço ideológico. A má utilização de metodologias bioéticas para justificar posturas de neutralidade diante de conflitos pode resultar em profundas distorções sociais.

Considerando a saúde como resultante da interação entre complexos e intrincados fatores, entre eles os biológicos, sociais, culturais e econômicos, a Bioética muito tem a contribuir com a gestão das políticas de saúde pública e nutrição no Brasil, destacando-se seu posicionamento no sentido de aliar-se a posturas políticas e ideologicamente comprometidas com a parte mais vulnerável da sociedade.

Nesse sentido, defende-se a aprovação imediata pelo Congresso Nacional do Projeto de Lei nº 6.032, de 2005, que cria o Conselho Nacional de Bioética, a funcionar como órgão consultivo do governo



para criação de políticas públicas e auxílio nas decisões na área da Saúde. Essa proposta busca assegurar características como independência, interdisciplinaridade e pluralidade ao Conselho em referência, a ser criado para dar suporte consultivo na elaboração de legislações que envolvam questões polêmicas de interesse social e de saúde, como a regulamentação da publicidade direcionada a crianças e adolescentes.

Tendo em conta a presença de diferentes formas de olhar para a questão como um problema, considera-se importante, ainda, investigar em profundidade os discursos presentes na sociedade relacionados à regulamentação da publicidade de alimentos direcionada a crianças e adolescentes, buscando confrontá-los do ponto de vista da conformação de seus argumentos no que diz respeito ao posicionamento ético.

Aplicando-se, portanto, as visões da Ética de Responsabilidade e da Bioética de Intervenção na análise do papel do Estado frente às vulnerabilidades em saúde, pode-se afirmar que é justificável a regulação de bens e serviços de interesse para a saúde, configurando-se o Estado como responsável e protetor, atuante contra as iniquidades e em favor das populações vulneráveis, no caso ora em debate, as crianças e adolescentes expostos à publicidade de alimentos.

Com a análise empreendida ao longo desse capítulo, procurou-se reforçar o debate acerca da necessidade de regulamentação da publicidade de alimentos, apresentando argumentos no sentido de reconhecer que seja eticamente legítimo, defensável e, ainda, mandatória ao Estado Brasileiro tal atuação, entendendo que a publicidade de alimentos direcionada a crianças e adolescentes tem claro interesse comercial, cuja finalidade não é a promoção do ser humano, não



respeita sua vulnerabilidade e age contra a promoção de sua autonomia para a realização de escolhas alimentares saudáveis.

REFERÊNCIAS

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. *Principles of Biomedical Ethics*. 7ª ed. New York: Oxford University Press, 2012.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas*. Brasília: MDS, Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, 2012.

_____. Ministério da Saúde. *Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico – VIGITEL (2015)*. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/abril/15/PPT-Vigitel-2014-.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2015.

ENGELHARDT JUNIOR, H. T. *Os princípios da Bioética*. In Fundamentos da Bioética. 2. ed. São Paulo: Loyola, 2004. cap. 3, p. 131-168.

FRENTE PELA REGULAÇÃO DA PUBLICIDADE DE ALIMENTOS. *Autorregulação da publicidade no Brasil é insuficiente*. Disponível em: <<http://regulacaoalimentos.blogspot.com.br/2013/09/autorregulacao-da-publicidade-no-brasil.html#more>>. Acesso em: 15 set. 2014.

GARRAFA, V.; PORTO, D. *Bioética de intervención*. In: TEALDI, J. C. (Dir.). *Diccionario latino-americano de bioética*. Bogotá: Unesco/ Universidad Nacional de Colômbia, 2008. cap. 3, p. 161-164.

_____. *Da Bioética de princípios a uma Bioética interventiva*. Bioética (CFM), Brasília, v.13, n.1, 2005, p.125-134.



_____. *Multi-inter-transdisciplinaridade, complexidade e totalidade*. In KOTTOW, M.; SAADA, A. (Orgs.). *Bases Conceituais da Bioética: enfoque latino-americano*. São Paulo: Gaia/UNESCO, 2006, cap. 3, p. 73-91.

_____. *Bioética*. In: GIOVANELLA, L. et al (Orgs.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz e CEBES, 2008, cap. 24, p.741-757.

HENRIQUES, P.; CAMACHO DIAS, P.; BURLANDY, L. *A regulamentação da propaganda de alimentos no Brasil: convergências e conflitos de interesses*. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.30, n.6, 2014, p.1219-1228.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil*. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010.

JONAS, H. *O Princípio responsabilidade: ensaio de uma ética para a civilização tecnológica*. Rio de Janeiro: Contraponto, PUC Rio, 2006.

MARINS B. R., ARAÚJO I. S., JACOB S. C. *A propaganda de alimentos: orientação, ou apenas estímulo ao consumo?* *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.16, n. 9, 2011, p. 3873-3882.

MONTEIRO, R. A. *Influência de aspectos psicossociais e situacionais sobre a escolha alimentar infantil*. Tese (Doutorado em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações). Universidade de Brasília, Brasília, 2009, 225 pp.



OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. *Recomendações da consulta de especialistas da Organização Pan-Americana da Saúde sobre a promoção e a publicidade de alimentos e bebidas não alcoólicas para crianças nas Américas*. Washington, DC: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

OLIVEIRA, M. L. *Estimativa dos custos da obesidade para o Sistema Único de Saúde do Brasil*. 2013, 95 pp. Tese (Doutorado em Nutrição Humana). Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

RAMOS, F. R. S. *A Bioética como ferramenta de interpretação da realidade: entre o universalismo e o pluralismo*. In: PORTO, D. et al (Orgs.). *Bioéticas, Poderes e Injustiças: 10 anos depois*. Brasília: Conselho Federal de Medicina; Cátedra Unesco de Bioética; Sociedade Brasileira de Bioética, 2012, cap. 8, p. 143-152.

SOLBAKK, J. *Bioética no divã*. In: PORTO, D. et al (Orgs.). *Bioéticas, Poderes e Injustiças: 10 anos depois*. Brasília: Conselho Federal de Medicina; Cátedra Unesco de Bioética; Sociedade Brasileira de Bioética, 2012, cap. 3, p. 67-76.

UNESCO. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*. Edição e tradução: Cátedra UNESCO de Bioética da Universidade de Brasília. Brasília, 2005.

UNESCO. *The Principle of Respect for Human Vulnerability and Personal Integrity*. Report of the International Bioethics Committee of UNESCO (IBC). Paris, 2013.



Dillian Adelaine Cesar da Silva e Antonio Carlos Rodrigues da Cunha

VASCONCELLOS A. B. et al. *A saúde pública e a regulamentação da publicidade de alimentos*. Disponível em: <<http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/regulamentaPublicidadeAlimentos.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2014.

VEIGA E. et al. *A legitimidade da intervenção estatal na publicidade de produtos sujeitos à vigilância sanitária*. Revista de Direito Sanitário, São Paulo, v.12, n.2, jul./out. 2011, p. 91-111.



AMAMENTAÇÃO NA ADOÇÃO: potencializando a beneficência

Caroline Filla Rosaneli

Bruna Luisa Bunhak

Luana Oliveira Girardon

Mário Antonio Sanches

A adoção pode ser definida como a criação de relacionamento afiliativo que envolve aspectos jurídicos, sociais e afetivos, que a diferenciam da filiação biológica. É considerado o conjunto de relações parentais estabelecidas por pessoas sem vínculo biológico direto (REPPOLD; HUTZ, 2003). Neste contexto, é proporcionada uma família para crianças que não puderam ser criadas pelos seus pais biológicos, possibilitando a casais criar uma criança e torná-la seu filho mesmo sem ligação genética.

Os motivos que levam casais a adotar uma criança são, em 60% dos casos, o fato dos pais não poderem ter filhos biológicos (PEREIRA; MISHIMA-GOMES, 2011). O principal intuito é proporcionar à criança o desenvolvimento fazendo parte de uma família, na qual as ligações serão basicamente afetivas. Outros motivos são relacionados a mulheres solteiras que querem ser mães, à perda de um filho ou ao



acolhimento de um parente (REPPOLD; HUTZ, 2003). O contato com uma criança abandonada, o desejo de ter filho quando biologicamente já não é mais possível, ou o argumento de que há muitas crianças necessitadas e é melhor adotá-las do que pôr mais crianças no mundo, também podem ser justificados para a adoção (PEREIRA; MISHIMA-GOMES, 2011).

Para que a adoção passe de um processo jurídico para uma relação afetiva existe a necessidade de criar vínculos afetivos e uma das principais formas de criação de vínculo entre a mãe e o bebê é a amamentação. A amamentação é uma prática secular com comprovados benefícios nutricionais, imunológicos, cognitivos, econômicos e sociais (CHAVES et al., 2007), que ainda hoje é amplamente incentivada em todo mundo, devido às suas inúmeras vantagens na qualidade da saúde da criança ao longo de sua vida (HUNT, 2006; EIDELMAN et al., 2012).

No Brasil, pesquisas mostram que as medianas de amamentação exclusiva e aleitamento materno total, são respectivamente 23,4 dias e 10 meses, o que não cumpre o preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (PONTES; ALEXANDRINO; OSÓRIO, 2008). O aumento do tempo de duração de amamentação é uma das principais formas de contribuir com a meta do Ministério da Saúde para reduzir a mortalidade infantil (HUNT, 2006).

Sabe-se que uma em cada três crianças é amamentada exclusivamente nos primeiros quatro meses de vida, e apenas uma em cada cinco, recebe leite materno até os seis meses de idade (PONTES; ALEXANDRINO; OSÓRIO, 2008). Por não serem amamentadas, 1,5 milhões de crianças morrem a cada ano em todo mundo (HUNT, 2006).

Sendo a amamentação um fator importante para o desenvolvimento infantil, existindo com ela a geração de um forte vínculo mãe e



filho mesmo sem ligação genética, o aleitamento na adoção torna-se assunto relevante a ser mais estudado e divulgado tanto para os profissionais da saúde quanto para os demais profissionais envolvidos no processo da adoção, para que juntos consigam dar o devido apoio e informações que incentivem esta prática entre as famílias que desejam adotar bebês. Assim, este trabalho tem como objetivo descrever a importância da amamentação na adoção buscando também analisar o assunto sob o referencial bioético do princípio da beneficência e a distinção entre mínimos e máximos éticos.

PERSPECTIVAS ÉTICAS PARA AMAMENTAÇÃO NA ADOÇÃO

Compreendemos que é importante o reconhecimento da adoção como um dos modos legítimos do ser humano exercer sua parentalidade, de ser mãe e pai. Na adoção se evidencia que a parentalidade deixa de ser a reprodução biológica que partilhamos com outras espécies animais e torna-se um processo psicológico que se opera no homem e na mulher no caminho de tornarem-se pais, que supõem um trabalho interior sobre si mesmos, no qual participam todos os membros da família (SOLÍS-PONTÓN; BECERA; MALDONADO-DURÁN, 2006).

Deste modo, a adoção pode ser compreendida como um projeto do casal, ou da pessoa, em realizar-se humanamente e ao mesmo tempo o acolhimento de uma criança. A parentalidade abrange, portanto, dois polos: o primeiro são as pessoas que assumem a parentalidade e o segundo são os filhos que precisam ser incluídos no planejamento, pois a parentalidade é algo maravilhoso: sua grandeza deriva da dignidade pessoal dos filhos (FORD, 2008). Por isso, também na perspectiva do princípio da beneficência, pode-se dizer que há um dever ético de se



buscar o melhor interesse da criança, além dos benefícios às mães e pais envolvidos na adoção, pois lutamos para que todos os filhos que venham ao mundo sejam bem-vindos (EGUREN, 1976). Deste modo, é legítimo todo empenho dos profissionais de saúde e dos demais envolvidos para promover a amamentação na adoção.

Para o tema da amamentação na adoção é muito pertinente a distinção entre éticas de mínimos e éticas de máximos, entre éticas da justiça e éticas da felicidade

(...) As éticas da justiça ou éticas de mínimos ocupam-se unicamente da dimensão universalizável do fenômeno moral, isto é, daqueles deveres de justiça que são exigíveis de qualquer pessoa racional e que, em suma, só compõem algumas exigências mínimas. As éticas de felicidade, ao contrário, tentam oferecer ideais de vida boa, nos quais o conjunto de bens de que os homens podem desfrutar se apresentam de maneira hierarquizada para produzir a maior felicidade possível (CORTINA, 2005, p. 115).

Gracia (1999) relaciona os quatro princípios da Bioética (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 1994) com os conceitos de ética de mínimos e de máximos. Defende que os princípios da não maleficência e justiça correspondem à ética dos mínimos enquanto que os princípios da autonomia e beneficência correspondem à ética dos máximos. Apresentando estes dois níveis hierárquicos para os princípios da Bioética, Gracia (1999, p. 387) afirma que “ao mínimo moral podemos ser obrigados de fora, enquanto à ética de máximos depende sempre do sistema de valores, isto é, do próprio ideal de perfeição e felicidade que tenhamos fixado para nós”. Percebemos que estas perspectivas éticas – aplicadas à amamentação na adoção – ajudam a situar



adequadamente a problemática, pois na questão da adoção se está, nitidamente, na esfera da ética dos máximos.

Nesta perspectiva pode-se dizer que a adoção em si já é um benefício. Isto pode motivar a mãe a percorrer o nem sempre fácil processo para amamentar nestas condições, como se verá abaixo. Ressalte-se, entretanto, que é importante que as mães adotivas estejam cientes de que a amamentação não deve ser encarada como obrigatória, ou seja, um eventual fracasso em amamentar em nada diminui a grandeza da adoção.

COMO É POSSÍVEL A AMAMENTAÇÃO NA ADOÇÃO

A partir do momento que uma mulher que irá adotar uma criança decide que irá amamentar, é possível iniciar um processo de indução para produção de leite, podendo chegar até mesmo à amamentação exclusiva (GOFFMAN; BERNSTEINS, 2005), ainda que a mulher não tenha passado por todas as transformações e estímulos prévios que ocorrem durante a gravidez (CARVALHO, 2003; ARANDA, 2010). Porém, para isso acontecer é necessário primeiramente que sejam repassadas todas as informações, métodos, dificuldades e, principalmente, que ela esteja motivada e que tenha o apoio de seu companheiro e familiares, pois este processo tomará tempo e necessita de muita perseverança (CARVALHO, 2003; SZUCS et al., 2010).

Segundo Delton (2010), para criar um plano de ação com uma mãe adotiva devem-se definir as razões pelas quais ela deseja amamentar. Nos estudos realizados os dois principais objetivos são conseguir desenvolver um relacionamento com a criança, incentivando o desenvolvimento do vínculo afetivo e oferecendo os benefícios nutritivos do leite materno (BRIERVLIET et al., 2001; BRYANT, 2006). Existem



indicações de que estas definições devem ser feitas antes de iniciar a indução, pois as próprias mães constroem sua definição do que seria uma amamentação bem sucedida e esta definição deve ser colocada como o objetivo a ser atingido (DELTON, 2010).

Entretanto, outros estudos mostram que é papel do profissional da área da saúde assegurar que essas mães tenham expectativas realísticas sobre o processo, pois dificilmente uma mãe adotiva poderá amamentar exclusivamente (DELTON, 2010). Estudos mostram que a amamentação exclusiva depende de vários fatores e atitudes, entre eles qual o tipo de técnica de indução que será escolhida; o apoio que a mãe receberá do profissional da saúde que, dependendo de suas atitudes e informações passadas, pode reduzir a confiança da mulher e assim diminuir a chance de sucesso (GRIBBLE, 2004a). De acordo com Grazziotin (2012), depois de o profissional ter orientado, sem iludir a futura mãe, esclarecendo inclusive os riscos e as possibilidades de resultados parcialmente satisfatórios, deve deixar a paciente decidir o que é melhor para si mesma, sem influenciar na sua decisão.

Como métodos de indução à produção de leite existem a relactação adotiva, cujo processo consiste em estimular as mamas a produzirem leite em uma mulher que já esteve grávida, independente se a criança nasceu a termo ou prematuro, óbito fetal, aborto e se amamentou ou não filhos anteriores; e a lactação adotiva, que é a estimulação láctea em uma mulher que nunca engravidou (GRAZZIOTIN, 2012; BRIERVLiet et al., 2001).

No caso de já ter amamentado antes, pode-se observar a presença de leite já nos primeiros sete dias, caso seja sua primeira experiência, a descida do leite ocorre geralmente na segunda semana. Isto dependendo de quantas vezes o lactente for colocado ao seio para ocorrer a estimulação depois da sua chegada na família. Essa produção segue



aumentando normalmente até o sexto mês, no qual a mãe consegue suprir pelo menos metade das necessidades da criança (CARVALHO, 2003). Deve-se também esclarecer que o leite produzido por uma mulher que engravidou tem a mesma qualidade do leite de uma mulher que estimulou a amamentação, sendo ambos completos (ARANDA, 2010). Porém, o leite que começa a ser produzido pela mãe adotiva não tem as características de colostro, tendo composição semelhante a do leite maduro (GRAZZIOTIN, 2012).

Outro fator para alcançar o sucesso da indução, além das informações passadas pelos profissionais e da motivação, segundo Aranda (2010), relaciona-se à idade da criança. Quanto mais nova maior é a chance do aleitamento ser possível. Se o bebê chegar com mais de quatro meses, por exemplo, o processo é mais lento, mas não impossível (ARANDA, 2010). Ainda deve-se considerar o tempo que a mãe dedicou para se preparar. De acordo com a experiência de Goldfarb e Newman (2012a), se a mãe tiver seis meses de preparo, a probabilidade de conseguir a amamentação exclusiva aumenta. Um dos obstáculos decorre de a mãe não dispor efetivamente de tempo para dedicar-se, o que pode impedir que prossiga o processo de lactação adotiva (GRAZZIOTIN, 2012).

As técnicas utilizadas para a estimulação diferem entre si em algumas características, de acordo com o momento em que é tomada a decisão de amamentar ou de acordo com o momento de chegada da criança. No primeiro caso quando a mulher toma a decisão de amamentar antes de a criança ter nascido ou ainda está para ser adotada, ela terá tempo para realizar os cuidados com mais calma, e quando a criança chegar talvez já esteja produzindo leite. Isto sem dúvida ajuda muito a produção láctea, pois a criança aceitará mais facilmente sugar as mamas que já produzem leite.



A data da chegada da criança também poderá interferir nas técnicas de estimulação, preparação das mamas, uso ou não de medicamentos, auxiliares artificiais, uso de sonda ou conta gotas. Outras questões ainda devem ser pensadas, como a idade da criança, pois se for prematura pode não conseguir sugar e se já for maior pode já ter recebido outras formas de alimentação, o que concorre para dificultar o processo de adaptação (GRAZZIOTIN, 2012).

Pode-se utilizar também bomba (manual ou automática) com foco na preparação e estimulação. Porém, a mãe não deve ser desencorajada pelo fato de não estar produzindo leite antes de o bebê chegar, pois nenhuma bomba é tão boa na extração do leite como um bebê sugando bem e com a pega correta. A finalidade principal do bombeamento antes do bebê chegar é iniciar as mudanças nas mamas da mulher, de modo que comecem a produzir leite, não necessariamente para acumular reserva (NEWMAN; GOLDFARB, 2009)

Sabe-se que vários hormônios trabalham juntos quando a gravidez ocorre, para induzir as alterações da mama favoráveis ao aleitamento (GOFFMAN; BERNSTEINS, 2005; ARANDA, 2010; BRYANT, 2006). Já que a mãe adotiva não passa pela gravidez e precisa passar por estas transformações, uma das possibilidades é a de utilizar métodos farmacológicos associados às demais técnicas já citadas, que juntos podem facilitar o fornecimento de leite pelas mães (BRYANT, 2006). Kramer (1995) sugere que agentes farmacológicos possam ter principalmente benefício psicológico, considerando seu potencial simbólico. É importante ressaltar que esta indução pode ser frustrada, e a capacidade de amamentar da mãe adotiva não pode negatar seu ato de beneficência.

Caso o bebê seja entregue inesperadamente, sem que a mãe tenha previsto para poder iniciar o estímulo nas mamas, ou caso ele



chegue e ela ainda não tenha produção de leite suficiente, o estímulo com a sucção do próprio bebê pode ser a melhor técnica. Para facilitar a aceitação do bebê sugar uma mama sem leite, pode-se usar um conta-gotas, ou seja, ao mesmo tempo em que o bebê suga, pingar o leite artificial na região da aréola, próximo aos lábios do bebê, pois assim ele percebe o alimento e continua a sucção (CARVALHO, 2003; GRAZZIOTIN, 2012).

Outra técnica disponível é a da utilização de tubo de sonda nasogástrica, em que uma das extremidades da sonda é colocada fixa na aréola, bem próximo ao mamilo, de modo que a criança abocanhe a mama com a ponta da sonda no interior da sua boca, e a outra extremidade fique dentro de um recipiente com leite (GOFFMAN; BERNSTEINS, 2005; DELTON, 2010). Assim o bebê aprende a mamar no peito com a pega correta, desencadeando os reflexos de produção e ejeção de leite (CARVALHO, 2003) enquanto obtém o alimento necessário para sua nutrição, sendo esta suplementação reduzida conforme aumente a oferta de leite materno (GOFFMAN; BERNSTEINS, 2005).

Os fatores psicológicos – inerentes à parentalidade na adoção – podem influenciar a prolactina, a ocitocina e os reflexos para a descida do leite (BRIERVLIET et al., 2001) e, como efeitos secundários, podem ser observadas irregularidades ou ausência de menstruação, o que comprova que o processo está indo bem (CARVALHO, 2003). Almeida e Novak (2004), ao questionar uma mãe adotiva sobre quais seriam as razões para o sucesso da amamentação da sua filha, obteve como resposta: *“A receita do sucesso eu não sei, contudo eu acredito que, para que uma mãe consiga amamentar, independente dela ser adotiva ou não, ela precisa, em verdade, ser amamentada, ela precisa ser acolhida...”*. Além do apoio já citado anteriormente, a percepção pública também é fator importante



para a mãe continuar amamentando (HUNT, 2006), por isso, a cultura desempenha um papel relevante.

De acordo com Giugliani (1994), uma boa técnica de amamentação é indispensável para o sucesso, dado que previne trauma nos mamilos e garante a retirada efetiva do leite pela criança. A criança que não abocanha uma porção adequada da mama tende a causar traumas nos mamilos e pode não ganhar peso adequadamente, apesar de permanecer longo tempo no peito. As mamadas ineficazes dificultam a manutenção da produção adequada de leite e uma má estimulação dos mamilos pode diminuir o reflexo de ejeção (GIUGLIANI, 1994). É importante considerar todavia que o profissional precisa estimular e incentivar a mulher para que não desanime com as dificuldades encontradas, se amamentar for realmente seu objetivo. Mesmo tendo que enfrentá-las, quando pensar em desistir, a mulher deve ser lembrada dos benefícios que está trazendo para si e para a criança.

O ATO DE AMAMENTAR

O aleitamento não é só fonte de nutrição e bem-estar para o bebê, mas também importante estimulante natural para a saúde da mãe, na qual o prazer de amamentar une-se com a satisfação de uma vida saudável. A mãe pode ser beneficiada em sua saúde física, psicológica e emocional (ZERNER; GRAZZIOTIN, 2012). Como primeiro benefício, Delton (2010) sugere que amamentar um bebê adotado pode ajudar a aliviar o desapontamento de não poder engravidar. Além disso, o fluxo induzido permite que a satisfação e autoconfiança aumentem dentro da mãe adotiva, melhorando a adaptação ao papel de mãe (DELTON, 2010) e despertando um sentimento de profunda ligação com o filho, que também parece ser um importante elo na construção



da identidade feminina (GIUGLIANI, 1994; SONEGO; LOPES, 2009): é comum observar-se, nas atitudes da mãe adotiva, uma excitação, uma premência e uma emoção profunda (SONEGO; LOPES, 2009).

Por outro lado, a amamentação pode causar um sentimento ambíguo e contraditório oscilando entre o desejo de amamentar e o fardo que amamentar representa, anulando a vida e os compromissos da mulher. O fato de ter que amamentar sucessivamente, segundo Zerner e Grazziotin (2012), desgasta física e mentalmente a mulher, exigindo um esforço físico continuado, resultando em cansaço e carência de sono, levando a mãe a pensar em parar de amamentar como forma de diminuir as tarefas da maternidade.

Apesar das mudanças de vida entre mães adotivas e mães biológicas serem semelhantes, os fatores de estresse associados a ter um filho biológico podem ser diferentes dos fatores de ter um filho adotado. As mulheres são menos suscetíveis à ansiedade devido à ausência de alterações biológicas associadas com o processo de nascimento, estresse e ansiedade sobre complicações no parto e a conclusão bem sucedida no processo de triagem da adoção (MOTT et al., 2011). Em contrapartida, pode-se imaginar que mães adotivas possam se sentir menos preparadas para lidar com as necessidades da criança, atribuindo à ausência de vínculo biológico suas dificuldades.

Existe relação positiva entre amamentar e apresentar menor risco ao aparecimento de doenças (REA, 2004; JUNGES et al., 2010; GARTNER et al., 2005). A maioria deles são os mesmos, tanto em uma mãe biológica, quanto na mãe adotiva.

Amamentação por diferentes períodos parece ter um potencial protetor em relação aos diversos tipos de câncer (ZERNER; GRAZZIOTIN, 2012; ANTUNES, 2008; REA, 2004; GARTNER et al., 2005; ROSATO, 2008; BBC BRASIL, 2009). Por certo tempo houve controvérsias



na literatura sobre a proteção da amamentação contra o câncer de mama. Não havia certeza se era por todo o período de vida reprodutiva ou se tinha relação com a menopausa (REA, 2004). Recentemente estudos sugerem que o aleitamento pode ser responsável pela redução em 2/3 desta patologia. Ter sido amamentada também mostrou relação com a diminuição da incidência de câncer de mama na idade adulta, por diminuir o risco de câncer de mama pré-menopausa (TOMA; REA, 2008).

O risco de desenvolver osteoporose também diminui com a amamentação (DELTON, 2010; ROSSATO, 2008; TOMA; REA, 2008) na vida madura e a incidência nas mulheres que não amamentaram foi de quatro vezes maior (ZERNER; GRAZZIOTIN, 2012). Outro estudo mostrou que a amamentação também protege contra fraturas no quadril e no braço. A massa óssea mostrou-se com maior densidade mineral entre mulheres que amamentaram por mais de oito meses do que nas mulheres que amamentaram parcialmente ou não amamentaram (REA, 2004). Aquelas mulheres que amamentaram por um período de 13 a 23 meses tiveram 20% menos chances de desenvolver artrite reumatoide do que aquelas que não haviam amamentado (KARLSON et al., 2004).

Mais recentemente adicionou-se como benefício da amamentação a possibilidade de redução dos níveis de tensão sistólica e diastólica durante a sessão de amamentação, exercendo também efeito sobre a pressão arterial, com valores descendentes ao longo de 6 meses de amamentação (GARTNER et al., 2005; BBC BRASIL, 2009).

Amamentar por mais de um ano pode reduzir em cerca de 20% os riscos das mães desenvolverem diabetes mellitus tipo 2 (BBC BRASIL, [ca. 2009]), e quanto maior a duração da amamentação, menor o risco desta doença (STUEBE et al., 2005). Outro estudo



afirma que para cada ano de amamentação, há risco diminuído de 4% (GARTNER et al., 2005).

Os benefícios que essa mãe terá se amamentar podem ser enfatizados quando o profissional da saúde estiver orientando, como forma de incentivo à indução. Mas a autonomia de escolha da mãe adotiva é extremamente importante no processo inicial. E isto, acima de tudo, deve ser considerado para que qualquer decisão tomada pela mãe ou por outros atores envolvidos neste processo, como família ou profissionais da saúde que auxiliam a tentativa, não seja frustrada ou negativa à beneficência do ato da adoção, que por si representa a generosidade. A mãe como representante do ato de amamentar deve ser respeitada, seja qual for sua necessidade ou escolha, não repassando a ela impotência ou julgamento perante a possibilidade.

Sob o ponto de vista do estado nutricional, a mãe não biológica tem algumas diferenças nesse aspecto quando comparada às mulheres que passaram pela gravidez. Uma mãe saudável, bem nutrida, tem mais chances de amamentar plenamente, com sucesso. O acréscimo de, no mínimo, 500 calorias e 15g de proteínas por meio de dieta adequada, saudável, equilibrada, que forneça todos os nutrientes necessários (GIUGLIANI, 1994; GARTNER et al., 2005), é suficiente para satisfazer as exigências adicionais da síntese do leite também nas mães adotivas (KHAN, 2010).

Porém, alguns estudos têm demonstrado que mesmo mulheres sem alimentação adequada ou até mesmo desnutridas, têm condições de amamentar seus filhos plenamente, pelo menos nos primeiros meses, devendo ser encorajadas para tanto (GIUGLIANI, 1994). Nascimento e Issler (2003) relatam que a nutrição materna tem baixo efeito na produção e composição do leite humano, já que segundo os autores as mães têm a capacidade de mobilizar nutrientes de seu próprio



organismo mesmo na presença da má nutrição, sob estas circunstâncias a composição do leite é preservada, com exceção da fração lipídica. Casos relatados em países pobres também mostram que mesmo com a mãe desnutrida, o leite produzido satisfaz as necessidades da criança, considerando que na composição do leite destas mães há uma diferença pequena sob o valor nutricional em relação ao leite das mães em perfeitas condições nutricionais (GOFFMAN, 2005). Porém, há de se considerar o quanto esta mãe desnutrida está fragilizada ao seu corpo e à sua saúde para esta doação.

Ainda segundo Khan (2010), apesar da necessidade de aumento de calorias e dos nutrientes da dieta materna, a mãe, seja ela biológica ou adotiva, que irá ou está amamentando não necessita de alimentos especiais ou beber além das suas necessidades para produzir ou aumentar sua fonte de leite, a sucção do bebê e o esvaziamento regular da mama que irão determinar a quantidade de leite que será produzida, sendo estes dois últimos itens de extrema importância para as mães adotivas. Somente se a mãe é vegetariana o autor afirma que precisará incluir na sua dieta alguma suplementação (GARTNER et al., 2005; KHAN, 2010).

IMPORTÂNCIA PARA O VÍNCULO MÃE E FILHO

A relação mãe-bebê inicia-se com a forte necessidade de contato entre ambas as partes. Todo ser humano já nasce propenso a estabelecer fortes vínculos afetivos. Essa capacidade, no entanto, pode ser diminuída devido a fatores externos que impeçam o bebê de desenvolver esse potencial com as pessoas que o cercam.

A capacidade de estabelecer vínculos afetivos é inata, mas precisa ser estimulada adequadamente para que se concretize. Sendo assim,



o vínculo mãe e filho na adoção iniciam-se com o desejo de ser mãe, quando por algum motivo não se pode realizar esse desejo surge a ideia de adotar, no momento em que se cria a expectativa de adotar, o vínculo aumenta devido à espera que pode ser maior ou menor do que tempo gestacional. Supõe-se que a falta de vínculo significativo na primeira infância poderá comprometer os futuros relacionamentos da criança (SIQUEIRA; ANDREATTE, 2001).

O ato da amamentação na adoção é a criação da afetividade entre os dois, e o amor tem a ver com convivência e não com ligação biológica, segundo Sonego e Lopes (2009). Isso pode ser propiciado mediante o contato físico entre mãe e bebê que estimule o sentido do tato, pela pele e seus atributos sensoriais (ANTUNES et al., 2008), surgindo a segurança emocional indispensável à criação do vínculo mãe-filho, principalmente para crianças adotadas que viveram histórias que as deixaram emocionalmente vulneráveis. Especialmente nesses casos, tem sido observado que a amamentação auxilia essas crianças na cura do passado dolorido (DELTON, 2010; GRIBBLE; AUSTRALIA, 2004), existindo também a compensação do vazio decorrente da separação repentina e bruta que pode ter ocorrido com sua mãe biológica (ANTUNES et al., 2008).

A criação do elo entre mãe e bebê é fortalecida pelo contato visual que é constante e próximo, assim como o se sentir aconchegado, ouvir a voz da mãe, sentir o cheiro, perceber embalos e carícias, entre demais sensações próprias desse momento que podem iniciar o estabelecimento de uma identidade própria por se sentir cuidada, porque favorecem o estabelecimento, no psiquismo da criança, da percepção de si próprio como um ser querido por seus cuidadores (ÁVILA, 2008). A mãe adotiva também é beneficiada na criação desse vínculo, pois a amamentação proporciona uma



experiência de ligação exclusiva que favorece a construção do papel materno (ZERNER; GRAZZIOTIN, 2012).

A amamentação pode ajudar no desenvolvimento do apego através da interação íntima e regular entre mãe e filho, isso não se passa de forma diferente na adoção, é uma maneira de ligação com o bebê, e em alguns casos pode ajudar a aliviar o desapontamento de não ser capaz de tornar-se gestante e dar naturalmente o nascimento. Muito mais que técnica de amamentação, é forma de incentivar uma relação que pode ser muito feliz, construída no amor e na comunicação entre a mãe e o bebê. A meta principal não deve ser apenas a produção de leite, mas a proximidade, a intimidade que esta relação pode oferecer (GRAZZIOTIN, 2012), porém é importante enfatizar que esta estreita relação também pode ocorrer sem a amamentação. Ela é um elo forte, e pode ou não maximizar a beneficência.

A repercussão no desenvolvimento emocional da criança e no relacionamento mãe-filho em longo prazo é difícil de avaliar (GIUGLIANI, 1994), mas sabe-se que opções positivas de apego facilitam a formação de indivíduos dotados de sentimentos estáveis. O importante é a qualidade da assistência à criança, na qual mãe ou cuidadora é solícita e oferece não só alimento, mas também conforto e segurança, e isto é comum para mães adotivas ou biológicas (ÁVILA, 2008).

A importância da amamentação para fortalecer o vínculo mãe e filho – bastante evidente – precisa sempre ser compreendida na perspectiva ética de que se constitui um esforço para levar o benefício ao seu limite máximo. Por isso é também necessário destacar que mães que não conseguiram amamentar podem estabelecer uma relação afetiva ótima com a criança, pois a dedicação e o amor dos pais pelos filhos podem suprir elementos que naturalmente seriam facilitados e propiciados pela amamentação.



Ser mãe é uma grandeza infinita de sentimentos e emoções, aprofundadas nos momentos de dúvidas e incertezas, e também no processo alimentar. O vínculo da amamentação deve ser desmistificado para que todas as mães, adotivas ou não, saibam do ato de doação que é, e não se sintam estigmatizadas por não conseguirem dar seu próprio leite ao filho. Ser mãe é uma grande beneficência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Adotar por si só já representa ação de extrema coragem e perseverança. E quando uma mulher que irá adotar decide amamentar essa criança com o leite que deve ser produzido pelo seu corpo, sem os estímulos que ocorrem naturalmente na gravidez, este ato transforma-se também em ato de amor, persistência, carinho e muita dedicação. Pois, sim, ele é possível, mas necessita antes de tudo de muita força de vontade e apoio de todos os envolvidos.

Os profissionais de saúde devem ter acesso a todas as informações necessárias para incentivar a amamentação da adoção, pois são eles que irão motivar a futura mãe na aplicação das técnicas, nas vantagens e desvantagens do processo, que se difere em alguns aspectos da amamentação da mãe que passou pelo processo de parto, mas que proporciona benefícios, iguais ou maiores, tanto para a mãe quanto para o bebê.

As vantagens físicas e para a saúde de ambos são parecidas quando se têm laços biológicos. Analisando isto, deve-se pensar por que não dar a chance a uma criança que não pode ser criada e amamentada por sua mãe biológica, de ter a oportunidade de receber os benefícios presentes no ato de amamentar. Porém, para que a mãe adotiva consiga produzir leite com sucesso e suprir as necessidades da criança,



deve realizar as técnicas e adotar uma alimentação saudável que será suficiente para manter qualidade e quantidade do leite.

Mas, além de todos os benefícios físicos, o mais importante quando se fala em adoção é a chance que essa mãe adotiva tem de, com a amamentação, aprofundar o vínculo afetivo mãe-filho, favorecendo o desenvolvimento dessa criança como pessoa, de como será a relação entre mãe e filho e entre a criança e a família.

A adoção em si já é um gesto de grandeza. A amamentação na adoção é um gesto de maior dedicação, que acrescenta muito à saúde da criança e da mãe. Porém, se isto não for possível, a maternidade na adoção não é diminuída. A relação da mãe com a criança pode ser facilitada pela amamentação, mas se isto não for viável, uma mãe dedicada suprirá de outro modo e poderá tornar a relação mãe e filho igualmente equilibrada e saudável para toda a vida.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, João Aprigio Guerra de; NOVAK, Franz Reis. *Amamentação: um híbrido natureza-cultura*. J Pediatr (Rio J), v. 80, 2004, p.119-25.

ANTUNES, Leonardo dos Santos et al. *Amamentação natural como fonte de prevenção em saúde*. Ciênc. saúde coletiva, v. 13, n. 1, 2008, p. 103-109.

ARANDA, F. *Mãe adotiva também pode dar o peito*. Saúde da mulher, jun. 2010. Disponível em: <<http://delas.ig.com.br/saudedamulher/mae-adotiva-tambem-pode-dar-o-peito/n1237670374086.html>>. Acesso em: 10 jun. 2012.



ÁVILA A. M. A.; Mello A. V. *O primeiro amor*. In Anais do 1º Congresso Sul Brasileiro de Aleitamento Materno e bancos de Leite Humano, 2008. Disponível em: <http://www.furb.br/formularios/aleitamento/anais/als/art_als_05.pdf>. Acesso em: 8 jul. 2012.

BBC Brasil. *Mulheres que amamentam: menos patologias cardíacas e derrames*. BBC Brasil. Disponível em: <http://www.bbc.co.uk/portuguese/ciencia/2009/04/090421_leitematerno_ac.s.html>. Acesso em: 9 jul. 2012.

BEAUCHAMP T. L.; CHILDRESS J. F. *Principles of biomedical ethics*. 4. ed. New York: Oxford University Press, 1994.

BIERVLIET, F. P. et al. *Induction of lactation in the intended mother of a surrogate pregnancy: Case report*. Human Reproduction, v. 16, n. 3, 2001, p. 581-583.

BRYANT, Cathy A. *Nursing the adopted infant*. The Journal of the American Board of Family Medicine, v. 19, n. 4, 2006, p. 374-379.

CARVALHO, M. R. *O gostoso desafio de amamentar o filho adotado*. Aleitamento. Disponível em: <<http://www.aleitamento.com/amamentacao/conteudo.asp?cod=987>>. Acesso em: 04 mai. 2012.

CHAVES, Roberto G.; LAMOUNIER, Joel A.; CÉSAR, Cibele C. *Fatores associados com a duração do aleitamento materno*. Jornal de Pediatria, v. 83, n. 3, 2007, p. 241-246.

CORTINA A.; MARTINEZ E. *Ética*. São Paulo: Loyola, 2005.

DENTON, Yvonne. *Induced lactation in the nulliparous adoptive mother*. British Journal of Midwifery, v. 18, n. 2, 2010, p. 84-87.

EGUREN, J. A. *Paternidad responsable y valores humanos: aportación al diálogo sobre la planificación familiar*. Valencia: Edicep, 1976.



EIDELMAN, Arthur I. et al. *Breastfeeding and the use of human milk*. Pediatrics, v. 129, n. 3, 2012, p. 827-841.

FORD, Norman M. *A Catholic ethical approach to human reproductive technology*. Reproductive biomedicine online, v. 17, 2008, p. 39-48.

GARTNER, L. M. et al. *Breastfeeding and the use of human milk*. Pediatrics, v. 115, n. 2, 2005, p. 496-506.

GIUGLIANI, Elsa R. J. *Amamentação: como e por que promover*. J pediatrics, v. 70, n. 3, 1994, p. 138-51.

GOFFMAN, D.; BERNSTEINS P. *Breastfeeding and adoption*. Disponível em: <<http://www.medscape.com/viewarticle/516426>>. Acesso em: 10 de jun. 2012.

GRACIA, D. *Enfoque geral da Bioética*. In: Vidal M. *Ética teológica: conceitos fundamentais*. Petrópolis: Vozes, 1999.

GRAZZIOTIN, C. B. *Amamentação na adoção, lactação – relactação adotiva*. Projeto Palma. Disponível em: <http://www.pucpr.br/servicos/programas_saude/palma/arquivos/relactacao.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2012.

GRIBBLE, K. D. *The influence of context on the success of adoptive breastfeeding: developing countries and the west*. Breastfeeding Review, v. 12, n. 1, 2004, p. 5.

_____; AUSTRALIA, Niagara Park NSW. *Building milk supply in adoptive mothers*. Leaven, v. 40, n. 5, 2004, p. 103-104.

HUNT, Felicity. *Breast-feeding and society*. Paediatric nursing, v. 18, n. 8, 2006, p. 24-26.



JUNGES, Carolina Frescura et al. *Percepções de puérperas quanto aos fatores que influenciam o aleitamento materno*. Rev Gaúcha Enferm, v. 31, n. 2, 2010, p. 343-50.

KARLSON, Elizabeth W. et al. *Do breast feeding and other reproductive factors influence future risk of rheumatoid arthritis? Results from the Nurses' Health Study*. Arthritis & Rheumatism, v. 50, n. 11, 2004, p. 3458-3467.

KHAN, Sheri L. P. *Maternal nutrition during breastfeeding*. Resource, v. 12, n. 13, 2010, p. 01.

KRAMER, Pdraig. *Breast feeding of adopted infants*. BMJ: British Medical Journal, v. 311, n. 6998, 1995, p. 188.

MOTT, Sarah L. et al. *Depression and anxiety among postpartum and adoptive mothers*. Archives of women's mental health, v. 14, n. 4, 2011, p. 335-343.

NASCIMENTO, Maria Beatriz Reinert do; ISSLER, Hugo. *Breastfeeding: making the difference in the development, health and nutrition of term and preterm newborns*. Revista do Hospital das Clínicas, v. 58, n. 1, 2003, p. 49-60.

NEWMAN, J.; GOLDFARB, L. *Breastfeeding your adopted baby or baby born by surrogate/gestational carrier*. Canadian breastfeeding foundation. Disponível em: <http://www.canadianbreastfeedingfoundation.org/induced/adoptive_breastfeeding.shtml>. Acesso em: 9 jul. 2012.



_____. *The protocols for induced lactation: a guide for maximizing breast milk production*. Canadian breastfeeding foundation. Disponível em: <http://www.canadianbreastfeedingfoundation.org/induced/induced.shtml#toc_protocols>. Acesso em: 9 jul. 2012.

PEREIRA R. L.; MISHIMA-GOMES F. K. *A maternagem na adoção: investigação das características psicodinâmicas de uma mãe adotiva*. In: Associação Brasileira de Psicologia da Saúde/Universidade Metodista de São Paulo (orgs.). *Transformações socioculturais e promoção de saúde: II Congresso Luso-Brasileiro de Psicologia da Saúde, I Congresso Ibero-Americano de Psicologia da Saúde*. São Paulo: Associação Brasileira de Psicologia da Saúde/Universidade Metodista de São Paulo, 2011.

PONTES, Cleide M.; ALEXANDRINO, Aline C.; OSÓRIO, Mônica M. *Participação do pai no processo da amamentação: vivências, conhecimentos, comportamentos e sentimentos*. The participation of fathers in the breastfeeding process: experiences, knowledge, behaviors and emotions. *J. pediatrics*, v. 84, n. 4, 2008, p. 357-364.

REA, Marina F. *Os benefícios da amamentação para a saúde da mulher*. *J. Pediatrics*, v. 80, n. 5 Supl, 2004, p. 142-6.

REPPOLD, Caroline Tozzi; HUTZ, Claudio Simon. *Reflexão social, controle percebido e motivações à adoção: características psicossociais das mães adotivas*. *Estudos de psicologia*, v. 8, n. 1, 2003, p. 25-36.

ROSSATO, Norma. *Lactancia materna e inmunidad*. Nuevos aspectos. *Arch Argent Pediatr*, v. 106, n. 5, 2008, p. 385-386.

SIQUEIRA, Leia Aparecida; ANDRIATTE, A. M. *Um estudo observacional sobre o vínculo afetivo de bebês abrigados em instituições*. *Boletim de Iniciação Científica em Psicologia*, v. 2, n. 1, 2001, p. 8-25.



SOLÍS-PONTÓN L.; BECERA T. L.; MALDONADO-DURÁN M. *La cultura de la parentalidad: antídoto contra la violencia y la barbarie*. México: Manual Moderno, 2006.

SONEGO, Joice C.; LOPES, Rita de Cássia S. *A experiência da maternidade em mães adotivas*. Motherhood experience in adoptive mothers. *Aletheia*, n. 29, p. 16-26, 2009.

STUEBE, Alison M. et al. *Duration of lactation and incidence of type 2 diabetes*. *Jama*, v. 294, n. 20, 2005, p. 2601-2610.

SZUCS, K. A.; AXLINE, S. E.; ROSENMAN, M. B. *Induced lactation and exclusive breast milk feeding of adopted premature twins*. *Journal of human lactation: official journal of International Lactation Consultant Association*, v. 26, n. 3, 2010, p. 309.

TOMA, Tereza Setsuko; REA, Marina Ferreira. *Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências*. Benefits of breastfeeding for maternal and child health: an essay on the scientific evidence. *Cad. Saúde Pública*, v. 24, n. Sup. 2, 2008, p. 235-246.

ZERNER, R.; GRAZZIOTIN, M. C. B. *A importância da amamentação para a saúde da mulher que amamenta*. Disponível em: <<http://pt.slideshare.net/bibliotecavirtualam/a-importancia-da-amamentao-para-sade-da-mulher-que-amamenta>>. Acesso em: 15 jul. 2012.



SOBRE OS AUTORES

ALESSANDRO DONASOLO

Engenheiro agrônomo e especialista em Educação do Campo e Agricultura Familiar Camponesa pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Tem experiência profissional em Extensão rural, Educação do campo e Cooperativismo solidário.

ANABELLE RETONDARIO

Nutricionista formada pela Universidade Federal do Paraná (UFPR) e mestre em Segurança Alimentar e Nutricional pela mesma Universidade. É doutoranda em Nutrição na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e professora adjunta do curso de graduação em Nutrição nas Faculdades Ponta Grossa.

ANA CLÁUDIA THOMAZ

Nutricionista formada pela Universidade Estadual do Centro-Oeste - UNICENTRO/PR. Possui Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar, com Ênfase em Oncologia e Hematologia pelo HC/UFPR. Mestranda em Alimentação e Nutrição da Universidade Federal do Paraná- UFPR.

ANDRÉ GODOY RAMOS

Nutricionista pela UnB. Mestre em Alimentos e Nutrição pela UNICAMP. Especialista em Saúde Coletiva e em Vigilância Sanitária pela UnB. Especialista em Direito Sanitário pela FIOCRUZ. Especialista em Gestão de Vigilância Sanitária pelo Instituto Sírrio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Gerente de Alimentos da Vigilância Sanitária do DF.

ANOR SGANZERLA

Doutor em Filosofia pela Universidade Federal de São Carlos. Professor do Programa de Pós-Graduação em Bioética da PUCPR. Tem priorizado suas pesquisas com temas relacionados à Ética e tecnociência, Bioética e biotecnologias, Bioética ambiental, Pós-humanismo e Transhumanismo, entre outros. Presidente em exercício da Sociedade Brasileira de Bioética regional Paraná (gestão 2015-2017).



ANTÔNIO CARLOS LIGOCKI CAMPOS

Professor Titular de Cirurgia do Aparelho Digestivo do Departamento de Cirurgia da Universidade Federal do Paraná. Vice-Coordenador do Programa de Pós Graduação em Clínica Cirúrgica da UFPR. Ex Fellow do Departamento de Cirurgia da Universidade de Montpellier na França e da Universidade de Nova York, Syracuse, EUA. Membro da Academia Paranaense de Medicina.

ANTÔNIO CARLOS RODRIGUES DA CUNHA

Doutor em Bioética pela Universidade de Torino, Itália. Professor aposentado da Faculdade de Medicina da UnB. Atual diretor clínico e sócio proprietário da Clínica Feminile - ginecologia e obstetrícia Ltda. de Brasília-DF.

BRUNA LUISA BUNHAK

Possui graduação em Nutrição pela PUCPR, onde foi agraciada com o prêmio Marcelino Champanhag pelo excelente desempenho acadêmico durante a graduação, realizando a pós-graduação em Marketing também pela PUCPR. Atualmente é nutricionista na Associação Nacional de doenças raras e crônicas - ANDORA, onde desenvolve um trabalho como gerente de pacientes.

CARLA CORRADI PERINI

Doutora em Ciências da Saúde. Mestre em Ciências Farmacêuticas. Graduada em Nutrição. Professora Adjunta do Curso de Graduação em Nutrição e do Programa de Pós-Graduação em Bioética da PUCPR. Membro da Equipe Científica da Sociedade Brasileira de Bioética Regional Paraná.

CARMEN FRANCO

Graduada em Nutrição. Especialista em Nutrição Clínica e Administração Hospitalar. Mestre em Ciências Médicas (UFRGS). Atua em Nutrição clínica, com 15 anos de experiência em hospitais, e em consultório desde 1997. Docente do Centro Universitário La Salle desde 2002. Conselheira do CRN-2 em quatro gestões (2001-2004, 2004-2007, 2010-2013 e 2013-2016), sempre compondo sua diretoria, e como presidente nos períodos 2006-2007, 2011-2013 e 2014-2015.

CAROLINE ERHARDT

Mestranda em Bioética pela PUCPR, onde estuda Direito humano a alimentação e os princípios da Bioética. Nutricionista formada pela PUCPR.

**CAROLINE FILLA ROSANELI**

Nutricionista pela UFSC. Especialista em Saúde Coletiva pela Asbran. Mestre em Alimentos e Nutrição pela UNICAMP. Doutora em Ciências da Saúde pela PUCPR. Docente do Programa de Pós-graduação em Bioética da PUCPR. Coordenadora atual da Comissão Especial para a Construção do Código de Ética do Nutricionista de do CRN-8. Vice-líder do Grupo de Pesquisa Bioética, Saúde Pública e Direitos Humanos. Membro da Comissão científica da Sociedade Brasileira de Bioética regional Paraná (gestão 2015-2017).

CAROLLINE ILHA SILVÉRIO

Nutricionista formada pela Universidade Federal de Alfenas. Possui Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar, com Ênfase em Oncologia e Hematologia HC/UFPR.

CLAUDIA SEELY ROCCO

Possui graduação em Nutrição e mestrado em Tecnologia de Alimentos pela Universidade Federal do Paraná. Doutora em Ciências dos Alimentos pela Universidade de São Paulo. Atualmente é professora na Universidade Federal do Paraná, membro do Departamento de Nutrição e vice-coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da UFPR.

DANIELA FERRON CARNEIRO

Graduada em Nutrição, especialista em Saúde da Família e mestre em Segurança Alimentar e Nutricional pela Universidade Federal do Paraná.

DILLIAN ADELAINE CESAR DA SILVA

Nutricionista. Mestre e especialista em Bioética pela UnB. Especialista em Gestão de Políticas de Alimentação e Nutrição pela FIOCRUZ Brasília e em Saúde da Família pela UFSC. Nutricionista na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

ELENICE COSTA

Nutricionista. Mestre em Nutrição e Saúde Pública pela UFPE. Exerceu cargos de coordenação de graduação e residência em nutrição na UFPE. Foi e está como presidente do Conselho Regional de Nutricionistas /6ª Região - Gestões: 1980/1983, 1999/2002, 2002/2005 e 2015/2017. Foi presidente do Conselho Federal de Nutricionistas – Gestão 1989/1990. Atuou como membro do Conselho Fiscal da ASBRAN, Gestão 2010/2013.



Sobre os autores

FABIANE DE CÁSSIA SAVI TOMASIAK

Mestre em Bioética pela PUCPR. Graduada em Nutrição. Docente do curso de graduação em Nutrição da PUCPR. Desenvolve pesquisas relacionadas com Bioética, alimentação e nutrição e câncer.

FERNANDA PIRES RESENDE

Nutricionista formada pela Universidade Federal de Viçosa. Possui Especialização em Alimentos Funcionais e Nutrigenômica pela Universidade Gama Filho e Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar com Ênfase em Cardiologia - HC/UFPR.

IDA CRISTINA GUBERT

Licenciada em Ciências Biológicas pela UFPR. Mestre em Genética pela UFPR. Doutora em Farmacologia Bioquímica e Molecular pela UFMG. Pós-Doutoranda em Ética em Pesquisa Clínica na Facultad Latino Americana de Ciências Sociales (FLACSO - Argentina). Atualmente é professora titular da Universidade Federal do Paraná nas áreas de Imunologia e Bioética. Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da UFPR e membro do Núcleo de Estudos em Bioética (NEB) – Curitiba, PR.

LEONARDO AGOSTINI

Licenciado, mestre e doutorando em Filosofia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, na linha de pesquisa Ética e Filosofia Política. Professor do curso de Filosofia da Escola de Humanidades da PUCRS. Coordenador do curso de Especialização em Direitos Humanos na PUCRS. Supervisor de Pastoral na Gerência Educacional da Rede Marista de Colégios e Unidades Sociais. Consultor do Conselho Federal de Nutricionistas para a construção do Novo Código de Ética dos Nutricionistas.

LETÍCIA HACKE

Nutricionista formada pela Universidade Federal de Santa Catarina. Possui Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar, com Ênfase em Saúde do Adulto e Idoso - HC/UFPR. Mestranda em Alimentação e Nutrição da Universidade Federal do Paraná.

LUANA OLIVEIRA GIRARDON

Possui graduação em Nutrição pela PUCPR. Atualmente é nutricionista na empresa GRSA, onde desenvolve trabalho como gerente de unidade de alimentação e nutrição.

**MAGDA ROSA RAMOS DA CRUZ**

Doutoranda em Clínica Cirúrgica na UFPR. Mestre em Tecnologia da Saúde pela PUCPR. Especialista em Nutrição Clínica. Professora do curso de graduação em Nutrição e coordenadora do curso de especialização em Nutrição Clínica Funcional e Fitoterapia da Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Nutricionista do Centro de Videolaparoscopia do Paraná.

MAISA DOS SANTOS

Graduada em Agronomia. Mestre em Ciência do Solo pela Universidade Federal do Paraná.

MARIA ADELAIDE WANDERLEY REGO

Formada em Nutrição pela Universidade Federal de Pernambuco. Especialista em Alimentação Institucional e em Gestão Pública pela UFPE. Presidente do Conselho Regional de Nutricionistas da 6ª Região no período de 2010 a 2013. Chefe da Unidade de Produção de Refeições do Hospital das Clínicas da UFPE.

MARIA ELIANA MADALAZZO SCHIEFERDECKER

Nutricionista pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Professora adjunta do Departamento de Nutrição e do Programa de Pós Graduação em Alimentação e Nutrição da Universidade Federal do Paraná. Tutora da Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar, com Ênfase em Saúde do Adulto e Idoso - HC/UFPR. Mestre em Medicina Interna e Doutora em Clínica Cirúrgica pela UFPR.

MÁRIO ANTÔNIO SANCHES

Professor Titular da PUCPR. Fez Pós-doutorado em Bioética na Cátedra de Bioética da Universidad Pontificia Comillas, em Madri. É doutor em Teologia, pela EST/IEPG, de São Leopoldo, RS. Atualmente é o coordenador do Programa de Pós-graduação em Bioética da PUCPR.

MARYANNE ZILLI CANEDO DA SILVA

Nutricionista formada pela Universidade Norte do Paraná (UNOPAR). Possui especialização em Nutrição Clínica e Alimentos Funcionais pela Universidade Estadual de Londrina e Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar, com Ênfase em Saúde do Adulto e Idoso - HC/UFPR.



NATALI CAROL FRITZEN

Nutricionista formada pela Universidade Federal de Santa Catarina. Possui Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar, com Ênfase em Saúde do Adulto e Idoso - HC/UFPR.

PATRÍCIA FERNANDA FERREIRA PIRES

Nutricionista formada pela Universidade Norte do Paraná. Mestre em Segurança Alimentar e Nutricional pela Universidade Federal do Paraná. É doutoranda em Nutrição e Saúde Pública pela Universidade de São Paulo. Professora do curso de graduação em Nutrição na Faculdade de Apucarana e nutricionista responsável técnica da alimentação escolar na prefeitura municipal de Borrazópolis.

RUBIA CARLA FORMIGHIERI GIORDANI

Professora do Departamento de Nutrição da Universidade Federal do Paraná na área de Saúde Pública. Doutora em Sociologia e pesquisadora do Grupo de Pesquisa em Sociologia da Saúde UFPR-CNPq.

SAMANTA WINCK MADRUGA

Graduada em nutrição pela UFPel. Mestre e Doutora em Epidemiologia pela UFPel. Professora adjunta da Faculdade de Nutrição da UFPel. Professora do Programa de Pós-graduação em Nutrição e Alimentos. Chefe do setor de pesquisa e inovação tecnológica do Hospital escola UFPel/EBSERH. Membro da Comissão Especial para a construção do novo Código de Ética e Conduta do Nutricionista (CECEt/CFN).

SILA MARY RODRIGUES FERREIRA

Nutricionista formada pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Mestre e doutora em Tecnologia de Alimentos pela Universidade Federal do Paraná. É professora titular do departamento de Nutrição/UFPR e professora permanente do Programa de Pós-Graduação em Alimentação e Nutrição/UFPR.

THAIS SALEMA NOGUEIRA DE SOUZA

Graduada em Nutrição pela UGF. Especialista em Saúde Pública pela UNESA. Mestre e doutora em Educação em Ciências e Saúde pela UFRJ. É professora adjunta do Departamento de Nutrição em Saúde Pública da Escola de Nutrição da UNIRIO. Nesta instituição, atua também no Núcleo Docente Estruturante do curso de nutrição integral, dentre outras atividades de ensino, pesquisa, extensão e gestão. É membro da Comissão Especial para a construção do novo Código de Ética e de Conduta do Nutricionista (CECEt/CFN).

O livro *Contextos, conflitos e escolhas em Alimentação e Bioética* consubstancia-se, sobretudo, em discussões e reflexões sobre alimentação em diferentes cenários. Traz esclarecimentos sobre alimentação incorporada ao diálogo da Bioética nos temas abordados, que envolvem o direito humano à alimentação adequada, práticas e escolhas alimentares, responsabilidades, vulnerabilidade, autonomia, conflitos e condutas éticas, cuidados paliativos, comunicação de risco e beneficência. Além disto, aportam aspectos legais, nutricionais, familiares, sociais e antropológicos que transmutam pelos ciclos da vida, desde a infância, adolescência, fim da vida e em doenças específicas.



PUCPRESS

ISBN 978-85-68324-50-9



9 788568 324509