

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS  
DOUTORADO EM SAÚDE COLETIVA

KAMILLA ARRUDA BARBOSA

**COMPORTAMENTO ALIMENTAR DE IMIGRANTES BOLIVIANOS  
PORTADORES DE DIABETES E HIPERTENSÃO**

SANTOS  
2020

KAMILLA ARRUDA BARBOSA

**COMPORTAMENTO ALIMENTAR DE IMIGRANTES BOLIVIANOS  
PORTADORES DE DIABETES E HIPERTENSÃO**

Tese apresentada ao Programa de  
Doutorado em Saúde Coletiva da  
Universidade Católica de Santos como  
requisito parcial para obtenção do  
título de Doutora em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Denise Martin  
Coviello

SANTOS

2020

KAMILLA ARRUDA BARBOSA

## **COMPORTAMENTO ALIMENTAR DE IMIGRANTES BOLIVIANOS PORTADORES DE DIABETES E HIPERTENSÃO**

Tese apresentada ao Programa de  
Doutorado em Saúde Coletiva da  
Universidade Católica de Santos como  
requisito parcial para obtenção do  
título de Doutora em Saúde Coletiva.

Profa. Dra. Denise Martin Coviello

### **BANCA EXAMINADORA**

Profa. Dra. Denise Martin Coviello - Universidade Católica de Santos  
(UNISANTOS)

---

Profa. Dra. Sílvia Viodres Inoue - Universidade Católica de Santos  
(UNISANTOS)

---

Profa. Dra. Cláudia Ridel Juzwiak - Universidade Federal de São Paulo  
(UNIFESP)

---

Profa. Dra. Eunice Nakamura - Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)

---

Prof. Dr. Alejandro Goldberg - Universidad de Buenos Aires

---

Prof. Dr. Cássio Silveira (Suplente) - Universidade Federal de São Paulo  
(UNIFESP)

---

Prof. Dra. Eugênia Brage (Suplente) - Universidad de Buenos Aires

---

SANTOS

2020

*A cultura não é só a manifestação artística ou intelectual que se expressa no pensamento. A cultura manifesta-se, sobretudo, nos gestos mais simples da vida cotidiana. Cultura é comer de modo diferente, é dar a mão de modo diferente, é relacionar-se com o outro de outro modo. Cultura para nós são todas as manifestações humanas, inclusive o cotidiano, e é no cotidiano que se dá algo essencial: o descobrimento da diferença. (FREIRE et. al, 1985. p.34)*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço à Deus pela bênção concedida, permitindo a realização de mais um sonho. Sem Ele, nada disso seria possível!

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, pela bolsa concedida desde o primeiro ano do doutorado.

À Associação dos Residentes Bolivianos, por ceder o espaço de forma tão gentil para que as entrevistas fossem realizadas.

Aos imigrantes bolivianos que participaram da pesquisa, doando um pouco do seu tempo e contribuindo de forma tão especial para a construção desse trabalho.

À minha orientadora, Profa. Dra. Denise Martin, por acreditar no meu potencial, pela orientação cuidadosa e pelas palavras de incentivo proferidas nos momentos de dificuldades.

Aos Profs. Drs. Alejandro Goldberg, Sílvia Viodres, Cláudia Ridel Juzwiak e Eunice Nakamura, pela disponibilidade em cooperar com a realização deste trabalho.

À minha irmã Isabelle, pelas sugestões e contribuições que me permitiram expandir os horizontes, durante esta jornada.

À Tatiane Barbosa Bispo, por me apresentar e introduzir a esse cenário de trabalho com os imigrantes bolivianos.

À Ângela Patrícia Gonzales Flores, pela dedicação e disponibilidade em me apresentar com tanto empenho a cultura boliviana.

À Nataniele Patrícia Bohn Pfuetzenreiter, pelos apontamentos e recomendações para a tese.

À minha mãe Eny, que sempre foi a minha maior incentivadora e que batalhou muito para me oferecer uma educação de qualidade.

Ao meu irmão Vinícius, que sempre acreditou no meu potencial.

## RESUMO

Os fluxos migratórios internacionais têm se constituído como um importante fenômeno social, com impactos nos países de acolhimento. Fatores econômicos são os principais motivadores para esse acontecimento, pois muitos deslocam-se almejando melhores condições de vida. A alimentação vai além da necessidade biológica de manutenção da vida, sendo um tema complexo que não se presta a generalizações ou explicações simplificadoras. Um ato prazeroso que possibilita uma conexão com significados distintos, compreendendo herança cultural, memória afetiva e sociabilidade. Permite a compreensão da forma como os indivíduos e/ou grupos imprimem suas crenças e valores. Diz respeito ainda às doenças crônicas como consequências das condições de vida e trabalho e comportamentos alimentares adquiridos. Doenças como diabetes e hipertensão possuem etiologia multifatorial e compartilham fatores de risco modificáveis, externos e individuais. Com objetivo de compreender o comportamento alimentar de imigrantes bolivianos portadores de diabetes e hipertensão, realizou-se um estudo qualitativo, por meio da observação etnográfica e entrevistas semiestruturadas, na Associação de Residentes Bolivianos. Participaram do estudo 10 imigrantes bolivianos portadores de hipertensão e/ou diabetes. As entrevistas foram gravadas e, posteriormente transcritas na íntegra. Os dados coletados foram analisados e organizados em categorias de análise abrangendo a dificuldade de adaptação alimentar e o saudosismo à comida boliviana; alimentação sob a ótica do gênero; a modificação do comportamento alimentar em São Paulo e o itinerário terapêutico em busca por cuidados de saúde frente às doenças. Os resultados apresentados neste estudo indicam mudanças no consumo alimentar dos imigrantes bolivianos, apontando para um novo cenário de problemas relacionados à alimentação e nutrição. Observou-se um consumo crescente de alimentos com elevada densidade energética, propensão ao consumo de alimentos industrializados e substituição das principais refeições (almoço e jantar) pelos *fast-foods*. Esse comportamento alimentar, observado em alguns entrevistados, foram justificados e/ou motivados pelas condições de vida e trabalho em São Paulo e ainda pelas características (sabor, textura, cheiro) desses alimentos altamente palatáveis, promotores de emoções como prazer ao serem degustados, passando a integrar a vida cotidiana na metrópole. Essas condutas aumentam a probabilidade de efeitos deletérios à saúde humana, como o desenvolvimento de patologias, representam custos significativos para o sistema de saúde. Verifica-se a importância de políticas públicas que respeitem, protejam e promovam os direitos à alimentação e, portanto, à saúde, considerando as condições econômicas, a diversidade cultural e os seus significados.

**Palavras-chave:** Migração; bolivianos; comportamento alimentar.

## ABSTRACT

International migratory flows have become an important social phenomenon, with an impact on host countries. Economic factors are the main motivators for this event, where many people move around aiming for better living conditions. Food goes beyond the biological need to maintain life, being a complex theme that does not lend itself to generalizations or simplifying explanations. A pleasurable act that allows a connection with the different meanings, comprising cultural heritage, affective memory and sociability. It allows the understanding of how individuals and / or groups print their beliefs and values. It also concerns chronic diseases as a consequence of living and working conditions and acquired eating behaviors. Diseases such as diabetes and hypertension have a multifactorial etiology and share modifiable risk factors, external and individual. In order to understand the eating behavior of Bolivian immigrants with diabetes and hypertension, a qualitative study was carried out, through ethnographic observation and semi-structured interviews, at the Bolivian Residents' Association. Ten Bolivian immigrants with hypertension and / or diabetes participated in the study. The interviews were recorded and later transcribed in full. The data collected were analyzed and organized into categories of analysis, including the difficulty of adapting food and nostalgia for Bolivian food; food from a gender perspective; the modification of eating behavior in São Paulo and the therapeutic itinerary in search of health care in the face of diseases. The results presented in this study indicate changes in the food consumption of Bolivian immigrants, pointing to a new scenario of problems related to food and nutrition. There was a growing consumption of foods with high energy density - propensity to consume industrialized foods and replacement of the main meals (lunch and dinner) by fast foods. This eating behavior observed in some interviewees was justified and / or motivated by the living and working conditions in São Paulo and also by the characteristics (flavor, texture, smell) of these foods - highly palatable, promoters of emotions as pleasure when being tasted, becoming part of the everyday life in the metropolis. Those conducts that increase the probability of harmful effects on human health, such as the development of pathologies, which represent significant costs for the health system. There is the importance of public policies that respect, protect and promote the rights to food and, therefore to health, considering economic conditions, cultural diversity and their meanings.

**Keywords:** Migration; Bolivians; eating behavior.



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ADRB - Associação dos Residentes Bolivianos

DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis

ACS - Agente Comunitário de Saúde

IT - Itinerário Terapêutico

SBD - Sociedade Brasileira de Diabetes

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

UNISANTOS - Universidade Católica de Santos

WHO - World Health Organization

## LISTA DE FIGURAS

|                                                                                                 |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Figura 1 – Faixada da ADRB (São Paulo – SP, 2019).....                                          | 44 |
| Figura 2 – Interior da ADRB (São Paulo – SP, 2019).....                                         | 44 |
| Figura 3 – Comércio da Rua Coimbra (São Paulo – SP, 2019) .....                                 | 45 |
| Figura 4 - Pães, bolos e massas (Rua Coimbra, São Paulo – SP, 2019) .....                       | 51 |
| Figura 5 - Carnes e acompanhamentos (Rua Coimbra, São Paulo – SP, 2019)<br>.....                | 52 |
| Figura 6 - Tubérculos e cereais típicos da Bolívia (Rua Coimbra, São Paulo –<br>SP, 2019) ..... | 52 |
| Figura 7 - Pratos típicos da Bolívia (Rua Coimbra, São Paulo – SP, 2019) .....                  | 53 |

## APRESENTAÇÃO

Graduada em enfermagem, trabalhei com a temática do diabetes no mestrado em Saúde Coletiva, na Universidade Católica de Santos (UNISANTOS), com trabalho intitulado: “Experiências e sentimentos relacionados ao cuidado de crianças com diabetes *mellitus* tipo 1”. O interesse pelo tema surgiu a partir da minha experiência profissional no Ambulatório de Especialidades Médicas da Região Central Histórica de Santos, com pacientes acometidos com diabetes infantil. Também tive uma experiência prévia com a temática, que igualmente contribui para essa inquietação no que diz respeito a imigração, a partir de um convite feito por uma colega de trabalho para conhecer a Associação de Residentes Bolivianos (ADRB), e ter me tornado voluntária nas campanhas de saúde realizadas em São Paulo.

Meu voluntariado na ADRB compreendeu o período entre outubro de 2015 e dezembro de 2018, momento no qual doei um pouco do meu tempo e conhecimentos enquanto enfermeira à este público. Durante as campanhas de saúde foi possível obter informações importantes sobre a cultura boliviana e suas diversidades. Esse trabalho me possibilitou ainda a identificação de informantes-chave<sup>1</sup>, que contribuíram vigorosamente para a pesquisa.

O contato com os bolivianos<sup>2</sup> me impulsionou a estudar a fundo sobre esse grupo e a buscar resposta para as minhas inquietações. Na perspectiva de uma entrevistadora brasileira, a timidez e o retraimento foram identificados como características marcantes da personalidade dos bolivianos. Alguns não conseguiam manter um contato visual sem desvios durante as conversas. Iniciar um diálogo constituía-se como uma tarefa que demandava persistência.

Inicialmente, o foco das campanhas de saúde eram a prevenção da tuberculose, cuja incidência é preocupante nessa população devido às atividades laborais realizadas nos setores têxteis por grande parte dos bolivianos recém-chegados ao Brasil. Nas oficinas de costura, o trabalho caracteriza-se

---

<sup>1</sup> Indivíduos que não foram entrevistados, porém constituíram-se como fontes de informação durante o processo, contribuindo veementemente com a pesquisa. Totalizaram quatro informantes-chave: uma enfermeira, um funcionário da ADRB e 2 feirantes.

<sup>2</sup> População significativa numericamente e também no contexto socioeconômico do Brasil, que injeta muito valor e que movimenta a economia têxtil.

pela exploração da força de trabalho. Contexto marcado por violência estrutural com jornadas de trabalho extensivas, locais de trabalho inadequados (ausência de janelas) que comprometem a ventilação e entrada da luz solar, alimentação precária, dentre outros. Fatores que pressupõem circunstâncias de risco à saúde individual e coletiva, favorecendo o desenvolvimento de doenças. Posteriormente, foram sendo abordados outros temas sugeridos pela ADRB e pela população atendida, incluindo saúde da mulher, do homem e da criança, prevenção da dengue e *chikungunya*, e por fim, promoção e prevenção de doenças crônicas (diabetes e hipertensão).

Participei de alguns eventos promovidos para celebrar a cultura boliviana como, por exemplo, um desfile de moda com roupas confeccionadas por imigrantes que trabalhavam nas oficinas de costura em São Paulo, com posterior apresentação do grupo folclórico “Kantuta Bolívia”. O evento em questão ocorreu na Praça da Kantuta, localizada no bairro do Pari, onde é possível apreciar o sabor da comida boliviana em São Paulo. Participei ainda da Festa das *Alasitas* em janeiro de 2016 no Memorial da América Latina. Trata-se de uma celebração tradicional da comunidade boliviana em louvor ao Deus da prosperidade e da abundância, nomeado de *Ekeko*. O ponto alto da festa é a cerimônia da bênção das *Alasitas* – miniaturas de quaisquer objetos (casas, carros, diplomas universitários, carteira de motorista, dinheiro, comida, entre outros) que simbolizam as intenções e metas de aquisição dos bolivianos para o ano vigente. Ao meio dia, as miniaturas foram benzidas pelos curandeiros vindos da Bolívia especialmente para essa celebração. A festa contava ainda com a venda de comidas, bebidas e artesanatos típicos do país. Um evento cultural, em que foi possível também apreciar os principais ritmos musicais da Bolívia.

A imersão nesses diversos ambientes, me instigou a buscar cada vez mais informações sobre a cultura boliviana, sobretudo o interesse em estudar os costumes alimentares dessa população. O objetivo era entender o comportamento alimentar dos imigrantes bolivianos numa perspectiva cultural e o quanto isso influenciaria na saúde daquele grupo. Um olhar sobre a alimentação, que é uma escolha individual, mas que é ainda reflexo de uma construção coletiva e cultural.

Foram encontrados alguns obstáculos durante o percurso do desenvolvimento dessa tese de doutorado. Quando foi manifestei meu interesse

em participar das campanhas de saúde como voluntária, fui imediatamente aceita pelos dirigentes. Porém, quando demonstrado o desejo em realizar uma pesquisa, o projeto precisou ser validado por integrantes da ADRB por meio de uma reunião agendada na sede da Associação. A resposta da aprovação do projeto não foi imediata, tendo havido um tempo de espera até aprovação. Dificuldades de integração com a equipe de voluntários, constituída em sua maioria por bolivianos, que inicialmente não foram cordiais em relação à pesquisa, também ocorreram. Transtornos no trajeto de São Paulo para Santos como períodos de comboio, contribuíram para que as viagens se tornassem longas e, portanto, cansativas. Em relação às entrevistas, houve hesitação de alguns imigrantes em conversar sobre o assunto. Ainda, a quantidade limitada de bibliografia sobre os bolivianos no que diz respeito à alimentação que constituiu-se como outro obstáculo durante o desenvolvimento do trabalho.

Em relação à pesquisa, foi também um grande desafio para a pesquisadora, enquanto enfermeira, aventurar-se em outras áreas (antropologia e nutrição) que não a de formação, para estudar o comportamento alimentar em suas nuances, que ultrapassam as patologias, sinais e sintomas e prescrições médicas. Era preciso ir além, considerar o indivíduo e suas construções socioculturais, analisar comportamento alimentar na tentativa de compreender o que vem por trás dessa ação e o simbolismo envolvido nesse processo que reflete e/ou traduz os seus costumes. Enfim, as adversidades vivenciadas e superadas contribuíram significativamente para a evolução pessoal e crescimento profissional da pesquisadora.

Durante o voluntariado na ADRB, me deparei com as mais diversas situações como problemas relacionados à documentação, dúvidas sobre como acessar os serviços de saúde, violência doméstica e infidelidade matrimonial relatadas durante os atendimentos por mulheres (em todas as faixas etárias). Mulheres essas com pouca ou nenhuma qualificação profissional e sem nenhuma referência familiar na cidade de São Paulo, que se viam aprisionadas à situação em função da dependência econômica dos parceiros, por vergonha e ainda medo de perder os filhos. O objetivo não era a denúncia (o que era reforçado veementemente durante o atendimento), mas sim a necessidade em compartilhar sua situação na tentativa de amenizar o seu sofrimento. Alguns

imigrantes frequentavam as campanhas de saúde da ADRB, apenas para conversar e rever seus conterrâneos.

Ainda em relação ao período de voluntariado, houve por vezes a colaboração de estudantes da Faculdade de Odontologia da Universidade Paulista em ações de acolhimento aos imigrantes e realização de atividades administrativas<sup>3</sup>. Também, houve realização de palestras e atividades educativas abrangendo diversos temas ligados à saúde como imagem corporal, saúde bucal e higiene pessoal, saúde da mulher, entre outros.

Enfim, as motivações para exercer o de voluntariado durante três anos, foram o desejo em ajudar os imigrantes em condições de vida difíceis (exercício da cidadania) e a assumir responsabilidades com a comunidade, tentando atender às necessidades de saúde, de orientação e de escuta aos mesmos, através do meu trabalho.

---

<sup>3</sup> Preenchimento de um caderno tipo Ata com os principais dados dos imigrantes e entrega de senhas para o atendimento.

## SUMÁRIO

|       |                                                      |     |
|-------|------------------------------------------------------|-----|
| 1     | ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....                          | 15  |
| 1.1   | Migração .....                                       | 15  |
| 1.2   | Estado-nação e as migrações internacionais.....      | 16  |
| 1.3   | Imigração e saúde.....                               | 18  |
| 1.4   | Imigrantes bolivianos.....                           | 21  |
| 1.5   | Comportamento alimentar .....                        | 23  |
| 1.5.1 | Disponibilidade .....                                | 24  |
| 1.5.2 | Aspectos culturais.....                              | 25  |
| 1.5.3 | Aspectos sociais .....                               | 27  |
| 1.5.4 | Aspectos econômicos.....                             | 28  |
| 1.5.5 | Aspectos biológicos .....                            | 29  |
| 1.5.6 | Aspectos religiosos.....                             | 32  |
| 1.5.7 | Alimentação: percepção de risco e saúde .....        | 32  |
| 1.6   | Doenças crônicas não transmissíveis .....            | 35  |
| 2     | PERSPECTIVAS DE CONTRIBUIÇÃO AO TEMA DE ESTUDO ..... | 38  |
| 3     | OBJETIVOS.....                                       | 41  |
| 3.1   | Objetivo geral .....                                 | 41  |
| 3.2   | Objetivos específicos .....                          | 41  |
| 4     | MATERIAL E MÉTODOS .....                             | 42  |
| 4.1   | Campo de estudo .....                                | 42  |
| 4.2   | Local da pesquisa .....                              | 43  |
| 4.3   | Participantes .....                                  | 45  |
| 4.4   | Coleta de dados .....                                | 46  |
| 4.5   | Roteiro.....                                         | 48  |
| 4.6   | Análise .....                                        | 49  |
| 4.7   | Aspectos éticos .....                                | 49  |
| 5     | RESULTADOS E DISCUSSÃO .....                         | 50  |
| 5.1   | Caracterização dos sujeitos da pesquisa .....        | 54  |
| 5.2   | Costurando hábitos .....                             | 56  |
| 5.3   | Alimentação e gênero .....                           | 66  |
| 5.4   | Perdição .....                                       | 73  |
| 5.5   | O Itinerário terapêutico.....                        | 98  |
| 6     | CONSIDERAÇÕES FINAIS.....                            | 111 |
|       | REFERÊNCIAS.....                                     | 114 |
|       | APÊNDICE A.....                                      | 134 |
|       | APÊNDICE B.....                                      | 135 |
|       | APÊNDICE C .....                                     | 136 |

## 1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### 1.1 Migração

O deslocamento humano é um fenômeno histórico que acompanha o desenvolvimento das sociedades e a globalização (GRANADA *et. al.* 2017). Durante muito tempo foi classificado como um fluxo unidirecional, estimulado pela necessidade dos indivíduos em fugir dos contextos de vulnerabilidade (privações e miséria), fruto das instabilidades do mercado de trabalho nos seus países de origem (DE ALENCAR, 2010).

Os processos migratórios contemporâneos constituem-se como fenômenos globais, apresentando arranjos próprios nos continentes. O Brasil, por exemplo, neste século, integrou esse contexto ao receber imigrantes de inúmeros outros países, em circunstâncias muito diferenciadas. Tais fluxos representam os cenários atuais de locomoção humana observados especialmente na América do Sul e têm revelado reconfigurações nas características da locomoção humana no continente (MARTIN, GOLDBERG e SILVEIRA, 2018).

As migrações internacionais no século XXI adquirem, cada vez mais, um papel importante no cotidiano social, nos mercados de trabalho, nas sociedades de chegada e de partida, nos fluxos financeiros e na mobilidade da força de trabalho (SASSEN, 1988 *apud* BAENINGER, 2015). O ato de migrar vai além de ultrapassar as fronteiras físicas de abandonar uma região para se fixar em outra: há uma reconstrução de significados para o indivíduo que migra, já que haverá contato com uma nova cultura, novos hábitos, idiomas e regras, diferente do que lhe é familiar (RODRIGUES FILHO, KAWATA e ALVES, 2015).

Os fatores de repulsão (pobreza e o desemprego) e de atração (emprego e melhores remunerações) são capazes de ilustrar o motivo pelo qual alguns indivíduos se deslocam, mas não explicam por que muitos indivíduos que vivem em condições idênticas não o fazem (SASSEN, 2010). Nesse contexto, todos os indivíduos são “migrantes em potencial”, contudo, essa potencialidade não se reflete em deslocamentos obrigatoriamente efetuados, admitindo a hipótese da existência de mecanismos de seleção, que influenciarão ou não a sua efetivação. Desse modo, os fatores determinantes para as migrações são objetivos, mas



também subjetivos (SINGER, 1973). Na busca pelos seus desejos, o imigrante adentra um território muitas vezes desconhecido e de forma clandestina, vislumbrando melhores condições de vida. Contudo, a esperança por dias melhores poderá dar lugar a inúmeras dificuldades vivenciadas no seu cotidiano.

De acordo com a Organização Internacional para as Migrações, na história da humanidade não existiu outra ocasião em que tantos indivíduos estiveram em trânsito. Aproximadamente 232 milhões de pessoas estão residindo fora de seu país de origem, ou seja, pouco mais 3,2% da população mundial (DE SOUZA, 2015). Estudos sobre os processos migratórios têm apontado para a circulação acentuada de sul-americanos e seus familiares pelas fronteiras terrestres a procura de trabalho, logo, melhores condições de vida (GOLDBERG e SILVEIRA, 2013<sup>a</sup>; GOLDBERG, MARTIN e SILVEIRA, 2015). Imigrantes sul-americanos em situação econômica desfavorecida, especialmente bolivianos, adentram o Brasil almejando também direitos à saúde e educação, ainda que se encontrem em situação de ilegalidade no país (CAFARDO, 2005).

Imigrantes deixam seus países para integrar uma economia informal nos países receptores, fixando-se e concentrando-se em regiões precárias. Este contexto de inserção laboral e habitacional tem sido estabelecido, principalmente pela insuficiência de recursos materiais e de ação política de que dispõem estes grupos, representando, portanto, parte das desigualdades estruturais que caracterizam as sociedades receptoras imigrantes (GOLDBERG, MARTIN e SILVEIRA, 2015).

## **1.2 Estado-nação e as migrações internacionais**

Os fluxos migratórios referem-se aos deslocamentos humanos (entradas e saídas) realizados em um contexto específico. Os seres humanos que viveram há mil anos tinham pouco conhecimento sobre o que acontecia a poucos quilômetros além de onde nasceram (GOIG, 2007). A noção de espaço era outra: no ocidente, por exemplo, a maioria da população vivia em espaços fechados, homogêneos e estanques. A globalização colaborou para compreensão de que a ideia de espaços fechados era ilusória, ou seja, não há países ou grupos que possam viver separados uns dos outros. A globalização expressa os processos

através dos quais os Estados Nacionais soberanos se mesclaram e se fundiram mediante atores transnacionais e suas respectivas probabilidades de poder, identidades e estruturas distintas (BECK, 1998).

A transposição de fronteiras nacionais e culturais demanda daquele que sai do seu país o desafio constante de enfrentar uma pertença duplicada e/ou paralela, ou seja, o de vivenciar e relacionar-se a um novo contexto, sem ser declarado como integrante dele e, ao mesmo tempo, almejando regressar ao seu país de origem no futuro (DA SILVA, 2012). Nessa perspectiva a imagem do imigrante não se encontra vinculada a um território delimitado, circunscrito e/ou cerceado. Esse seria um fator limitante, já que o imigrante se encontra no país receptor, mas também no seu país de origem, não estando inerte, ele acaba transitando nesses dois “espaços e/ou territórios”. Sua atuação vai além dos contornos estabelecidos por sua condição de estrangeiro (XAVIER, 2012).

A migração é, para muitos sinônimo de ameaça à integridade nacional, e consequentemente de preconceitos relacionados às pessoas que migram. Nesse enquadre, o imigrante é percebido como um inimigo em potencial (FERRERAS, 2006). Imigrantes oriundos de países subdesenvolvidos<sup>4</sup> são considerados os principais responsáveis pelos problemas financeiros do mundo moderno, culpados pelas mazelas dos Estados-nação como roubos, assassinatos e, principalmente, atentados terroristas (BAUMAN, 2005).

Os nacionalismos e as políticas de Estado apresentavam um “olhar” estigmatizado sobre os mesmos, atribuindo-os a capacidade de desestruturar e, portanto, comprometer a “ordem” nacional (VAINER, 1996). O nacionalismo metodológico é um conceito que compreende a desigualdade social como uma questão exclusivamente nacional, desconsiderando as formas globais de produção e reprodução. A fragilidade teórica deste entendimento consiste em diminuir a composição das desigualdades sociais (entre classes, grupos, indivíduos, gêneros, regiões, etc.) ao âmbito das sociedades nacionais. Esta ação teórica e política, com seu foco específico nos Estados nacionais como objeto de estudo, torna turva e sombria as análises das forças supracionais que configuram as desigualdades sociais (MACIEL, 2013).

---

<sup>4</sup> Vulneráveis social e economicamente.

O conceito de nacionalismo metodológico entende o Estado-nação como regulador da sociedade, exercendo vasta influência nos processos migratórios. Atualmente, os especialistas optaram pela perspectiva transnacional como o melhor modo de esclarecer e retratar os processos migratórios (ESPINA, 2011). Transnacional porque o indivíduo que migra permanece entre duas nações ou mais, estabelecendo relações sociais, econômicas, políticas, familiares, organizacionais e religiosas que ultrapassam fronteiras, e se inter-relacionam (GLICK SHILLER, BASCH e BLANC-SZANTON, 1995). Logo, a vida social não pode estar confinada a demarcações espaciais geográficas.

Neste contexto, deve-se sinalizar o fenômeno migratório como um acontecimento interno do sistema global, sempre superior a todos os enfoques que, presos por essa "miopia centrada no Estado", consideram os movimentos migratórios como algo que ocorre apenas entre Estados separados (GOIG, 2007). Assim, faz-se necessário uma urgência em considerar processos sociais que ultrapassem fronteiras geográficas, políticas e culturais dos países de origem e de destino a partir do comprometimento sincrônico dos migrantes, ou ainda, "transmigrantes", nas sociedades (LEVITT e GLICK-SCHILLER, 2007).

### **1.3 Imigração e saúde**

É necessário olhar o passado para compreender acerca dos fatos que compreendem os fluxos migratórios internacionais para o Brasil na contemporaneidade. Para tanto, foram observados e examinados instrumentos legais nos processos migratórios do começo do século passado, utilizados pelo Governo para validar ou não o perfil de imigrantes classificados como desejados a adentrar e permanecer em solo brasileiro. Com o fim da escravidão, foi construído perfil de um imigrante considerado desejado (branco e europeu), nas esferas política e social. Uma vez que eram necessárias políticas reparatórias à escravidão imposta e de mão de obra, foi a solução encontrada pelo Governo para trazer para o país imigrantes, principalmente os de origem europeia, tendo como pano de fundo a ideologia do branqueamento da população. Assim, o Governo e seus líderes, através dos órgãos responsáveis por fiscalizar a

migração e ainda da mídia, praticaram uma política migratória que, em certas situações, marginalizaram alguns grupos imigratórios (FRAZÃO, 2017).

Na atualidade, observa-se intenso fluxo migratório de indivíduos provenientes especialmente do hemisfério sul, como bolivianos, congoleses, haitianos senegaleses, entre outros, para o Brasil, gerando preocupação não somente para os governantes, mas também para população. Por vezes essas pessoas são consideradas como uma ameaça aos brasileiros no mercado de trabalho, na utilização dos serviços públicos e, ainda, pelo aumento da violência (BÓGUS e FABIANO, 2015).

Representações negativas que podem influenciar a opinião pública, com impactos diretos sobre a inserção e integração desses indivíduos e/ou grupos no país receptor, em virtude de fatores como preconceito e xenofobia. Evidências empíricas são extremamente importantes na desconstrução de mitos, que reforçam o preconceito e discriminação para com os imigrantes. Censos demográficos, registros administrativos e pesquisas amostrais são fundamentais para a implementação de políticas nacionais, fronteiriças, regionais e locais na garantia dos direitos desses indivíduos e na consecução de políticas públicas que contemplem a presença dos contingentes migrantes. (BAENINGER, 2018)

Tanto os deslocamentos como os contatos interculturais representam desafios subjetivos intensos não somente para quem migra como também para as sociedades receptoras desses novos grupos (DANTAS, 2017). Os movimentos migratórios constituem-se como processos complexos, que impõem a esses indivíduos a adequação a um ambiente desconhecido, novo e até mesmo hostil e, ainda, a uma adaptação psicológica e social à cultura do país de acolhimento (RAMOS, 2013).

Ao lado de iniciativas bem sucedidas de acolhimento há também contexto de segregação, marginalização, estigmatização e patologização por parte de uma sociedade habitualmente vista como hospitaleira (DANTAS, 2017). Estudos interculturais revelam que a convivência entre culturas distintas se constitui mais como um fator de embate e confronto do que de sinergia, uma vez que todos os processos de interação social que abrangem sistemas de crenças distintos encontram-se sujeitos a atritos (DANTAS, 2012).

De tal forma, esses “encontros” socioculturais levam à reflexão sobre os desafios enfrentados pelos indivíduos que um dia decidiram migrar em busca,

sobretudo, de melhores condições de vida. No país receptor se deparam com a solidão, rejeição, conflitos culturais, dificuldades de comunicação frente ao novo idioma, dificuldades de adaptação alimentar, ambientes de trabalho precários e insalubres. Nesse cenário, os fenômenos migratórios pelas fronteiras terrestres em busca de melhores condições de vida, determinam inúmeras situações de risco à saúde dos indivíduos que vivenciam situações de deslocamento (GOLDBERG e SILVEIRA, 2013<sup>a</sup>; GOLDBERG, MARTIN e SILVEIRA, 2015).

Fatores predisponentes ao *stress*, reflexo dos processos migratórios, surgem inúmeras vezes já na chegada aos países de acolhimento, como resposta a um novo contexto que abrange diferenças ambientais, sociais, culturais e linguísticas, capazes de determinar problemas físicos e psicológicos nos indivíduos (VON MÜHLEN, DEWES e LEITE, 2010). O sofrimento relacionado às condições pré e pós migratórias, é evidente nesses grupos, com consequências diretas e distintas no que diz respeito à saúde mental dos mesmos. (GALINA *et. al.* 2017) Os problemas de saúde mental são frequentes entre os imigrantes devido às pressões psicológicas decorrentes não somente do processo de desenraizamento, como também das dificuldades de adaptação ao país receptor (PEREIRA e HIPOLITO, 2010). Essa população frequentemente pode desenvolver crises de ansiedade, depressão, aumento de sintomas psicossomáticos, sentimentos de marginalização, alienação e confusão identitária (DANTAS, 2017).

No tocante à saúde, as fragilidades elencadas abarcam um risco amplo e diferenciado de problemas que incluem desde manifestações das diversas formas de violência, em ambientes públicos e privados, doenças crônicas, respiratórias e mentais que assolam segmentos mais vulneráveis, doenças geradas pelas atividades laborais exercidas entre outras (CARNEIRO JUNIOR e SILVEIRA, 2003; SILVEIRA *et. al.*, 2009). Esse cenário compõe um contexto de acentuadas vulnerabilidades sociais e ambientais ao qual os imigrantes encontram-se expostos. Situações complexas que envolvem processos de adoecimento e demandam cuidados à saúde, onde destacam-se: riscos nas relações interpessoais, de exploração laborais, situações de inclusão social precária, xenofobia e discriminação (ZIMMERMAN *et. al.* 2011).

Salienta-se ainda a exploração laboral ao qual os imigrantes são submetidos, que objetiva não somente interesses imediatos e contextuais, mas

camufla uma intencionalidade muito mais cruel: a precarização dos empregos. No prisma da racionalidade econômica, o trabalhador ideal é aquele sem família e com necessidade urgente de dinheiro. A violação dos direitos trabalhistas dos imigrantes é, portanto, o ponto de partida para a vulnerabilização de toda a classe trabalhadora (MARINUCCI, 2017).

Os imigrantes vivenciam processos de adoecimento como reflexo dos modos de vida e trabalho em contextos de vulnerabilidade social nos países receptores que, com constância, compreendem situações de risco efetivas à saúde, característicos a sua inserção como imigrantes nessas sociedades (GOLDBERG, MARTIN e SILVEIRA, 2015).

As relações estabelecidas entre os processos migratórios e a saúde são traçados pela complexidade e multifatorialidade, no qual as dificuldades enfrentadas pelos imigrantes os torna especialmente vulneráveis. É relevante a percepção e o entendimento das suas especificidades, assim como a melhoria da sua qualidade de vida, a promoção da equidade de acesso à saúde, nomeadamente no trabalho, combate contra as desigualdades, discriminação e prejulgamentos, elaboração e aperfeiçoamento das políticas públicas e oferta de serviços ajustados às demandas atuais dos imigrantes. Os aspetos multidimensionais da saúde e qualidade de vida devem ser conjugados com políticas públicas eficazes (GRANADA *et. al.*, 2017).

#### **1.4 Imigrantes bolivianos**

Segundo a Polícia Federal, o número de imigrantes registrados no Brasil cresceu nos últimos vinte anos. A Bolívia é país de origem que lidera o *ranking* de registros, com aproximadamente 57 mil imigrantes registrados entre 1999 e 2019. O número corresponde a 20% do total de 281.625 estrangeiros de todas as nacionalidades residentes no Brasil (MANTOVANI e DIEGES, 2020). Nesse cenário, o Brasil se caracterizou como país integrante do fluxo migratório, atraindo imigrantes de inúmeros outros países, principalmente países que integram suas linhas de fronteira na América do Sul (BAENINGER, 2012; MARTIN, GOLDBERG e SILVEIRA, 2018).

As migrações internacionais do século XXI representam um retrato do desequilíbrio das relações socioeconômicas vigentes. Por exemplo, a Bolívia se

estabeleceu como um polo de emigração de mão de obra em função da pequena perspectiva de crescimento socioeconômico naquele país, pela insegurança, fragilidade política e pela miséria de algumas regiões – fatores que potencializam as razões para tal emigração (CACCIAMALI e AZEVEDO, 2006). O fenômeno migratório boliviano demonstra não somente a implementação de estratégias de sobrevivência modernas, mas ainda o costume de mobilidade espacial humana que lhes admite deslocamentos mais ativos para sociedades dinâmicas (GORDONAVA, 2016).

O ciclo migratório boliviano rumo ao Brasil teve início na década de 1950 com a vinda de jovens de classe média, solteiros, que chegavam ao país em busca de qualificação acadêmica. Esses vieram incentivados pelo programa de intercâmbio cultural estabelecido entre Brasil-Bolívia, que facilitava a entrada de estudantes bolivianos no país. Muitos deles após concluírem os estudos permaneciam no país devido às diversas ofertas de trabalho que recebiam (SILVA, 1997).

A migração de bolivianos para o Brasil intensificou-se no final dos anos 1980 em função da crise econômica boliviana e da implementação do programa de ajuste estrutural neoliberal realizado desde 1985. Os deslocamentos foram direcionados para os centros urbanos mais importantes, visando melhores condições de vida (GORDONAVA, 2016), por exemplo, a metrópole paulistana. Atualmente, bolivianos são atraídos para o Brasil não somente pela possibilidade de uma formação universitária, mas também em busca de trabalho (DE SOUZA e GUERREIRO, 2015).

A região metropolitana de São Paulo compõe o município mais populoso do Brasil, sendo intensamente habitada (BAPTISTA, 2015) e a cidade de São Paulo constitui-se como um dos mais importantes polos de migração do Brasil. Nessa perspectiva, a cidade recebe imigrantes originários de vários países, mantendo-se a centralidade dos destinos migratórios, que enxergam a cidade como o “coração da economia nacional” (BAENINGER, 2005).

A cidade de São Paulo torna-se então atraente e fascinante para os fins capitalistas tanto para os imigrantes bolivianos mais qualificados, como os profissionais liberais (com formação universitária ou técnica), quanto para os menos qualificados que normalmente são captados pelo setor de confecção de vestuários (DA SILVA, 2012). A mão de obra não especializada acaba sendo

canalizada para o trabalho nas oficinas de costura, locais onde são submetidos a condições precárias de vida e trabalho, o que vai contra, inclusive, aos padrões da legislação trabalhista brasileira (DE SOUZA, 2015).

Dessa forma, na perspectiva ocupacional, os imigrantes bolivianos<sup>5</sup> no Brasil exercem suas atividades laborais principalmente nos setores de confecção de roupas, uma vez que não são exigidos experiência prévia, tampouco idade mínima para desempenhar essa tarefa. Esse setor permite ainda a contratação de menores de idade sem grandes transtornos, já que essa área de produção escapa dos controles e regulamentos do setor (GORDONAVA, 2016). No anseio de se manter em uma sociedade ainda desconhecida, se submetem cargas horárias excessivas atrás de máquinas de costura, com curtos períodos destinados ao sono e descanso, alimentam-se precariamente e trabalham em locais insalubres (RODRIGUES FILHO, KAWATA e ALVES, 2015).

Contudo, as oficinas de costura não devem ser pensadas apenas como espaços destinados à exploração da mão de obra do estrangeiro. São ainda ambientes de inserção e ascensão social para vários imigrantes, uma vez que a informalidade e flexibilidade da organização das mesmas promovem a integração no mercado de trabalho (primeiro trabalho obtido com auxílio de familiares ou dos próprios conterrâneos que encontram no país) e, ainda, a possibilidade de capacitação profissional, já que muitos chegam sem nenhum conhecimento sobre o ofício da costura (SOUCHAUD, 2012).

### **1.5 Comportamento alimentar**

O comportamento alimentar é apresentado como um elemento central do estilo de vida de um indivíduo ou coletividade, compreendendo não apenas a escolha dos alimentos consumidos, mas tudo que esteja associado à alimentação cotidiana (FISBERG, MARCHIONI e COLUCCI, 2009). É consequência da interação entre o consumo alimentar e suas influências,

---

<sup>5</sup> O termo “imigrante” utilizado no texto não remete a delimitação geográfica, o que acabaria por desconsiderar as diversidades socioeconômicas e culturais dos indivíduos e/ou grupos sociais, simplificando e/ou minimizando desse modo tais fenômenos. Assim, o termo “imigrante” empregado no texto entende o fato de os “imigrantes” não se constituírem como grupos homogêneos, tampouco cerceados por um território.



compreendendo ainda os aspectos subjetivos em torno da alimentação como recursos disponíveis, preferências, contexto socioeconômico em que os indivíduos e/ou grupos encontram-se inseridos, acesso à informação e aos alimentos, aspectos culturais, dentre outros (TORAL e SLATER, 2007). Diz respeito ainda aos costumes culturalmente construídos pelos indivíduos e aos perfis sociais e culturais de cada sociedade. Essa categoria de comportamentos transcende a simples ingestão do alimento, estando intimamente conectada à manifestação do indivíduo na sociedade. Envolve também as formas de tecnologias de cultivo, manejo e coleta do alimento e as formas de preparo e apresentação do mesmo, estabelecendo um processo social e cultural (SONATI, VILARTA e DA SILVA, 2009).

Desse modo, o comportamento alimentar contempla inúmeros determinantes, expressando ainda as transformações econômicas e políticas de uma sociedade, mantendo o seu papel fisiológico, contudo, com novas interpretações (MISSAGIA, 2012). Nas subseções a seguir serão apresentados alguns determinantes do comportamento alimentar, a saber: disponibilidade, determinantes culturais, determinantes sociais, determinantes econômicos, determinantes biológicos, determinantes religiosos e a complexidade na classificação dos alimentos saudáveis.

O tema da alimentação é bastante complexo, envolvendo vários aspectos. Optei por separá-los em sub itens, sob o ponto de vista de explicitar o meu problema de pesquisa. Contudo, entendo que todos encontram-se interligados.

### **1.5.1 Disponibilidade**

Os comportamentos alimentares apresentam-se vigorosamente condicionados à disponibilidade de alimentos. O fator geográfico igualmente interfere na cultura alimentar de uma população, já que a oferta do alimento em uma região específica determina os traços culturais dos seus consumidores (DE AQUINO, OLIVEIRA e SANT'ANA, 2012).

A disponibilidade dos alimentos exerce um grande impacto no desejo e no consumo alimentar, constituindo-se como gatilhos para comer, independente da energia (ou fome) (LOWE e BUTRYN, 2007; WANSINK, 2012). Nessa perspectiva, a disponibilidade e o acesso ao alimento em casa também possui

relação direta sobre o comportamento alimentar, com influência sobre o consumo de determinados alimentos, especialmente das crianças. Sob o prisma psicológico, socioeconômico e cultural, a população infantil é fortemente influenciada pelo ambiente familiar, suas escolhas são constantemente reflexos desse ambiente, na qual meios desfavoráveis poderão concorrer para o desenvolvimento de distúrbios alimentares (OLIVEIRA *et. al.* 2003) e patologias.

Desse modo, a disponibilidade constitui-se um fator relevante à diversidade do consumo: é complexo imaginar de que forma determinados alimentos poderiam ser consumidos se não se encontrassem disponíveis ou acessíveis aos indivíduos, seja pelo custo em dinheiro, tempo ou energia (FISCHLER,1995).

### **1.5.2 Aspectos culturais**

A alimentação exerce um papel relevante na conservação e fortalecimento de uma cultura, sendo considerada condição básica para a sobrevivência de um povo (PEREIRA, 2013). Os alimentos passam por um processo de construção cultural na qual não são somente transformados, valorizados, consumidos, como também admirados através de um intenso protocolo de consumo. Distante de ser um simples reflexo dos modos de vivência dos grupos, a alimentação é configurada como um constructo coletivo e mecanismo de emanações simbólicas suscetível a mudanças, tendo um papel estruturante da organização social de um grupo por meio das atividades de produção, distribuição, preparo e consumo (GIORGI, 2015).

Embora as disponibilidades de recursos do meio, as técnicas, a organização da produção e distribuição nas sociedades determinem as possibilidades gradativamente desenvolvidas e expandidas de se produzir e consumir alimentos, cabe à cultura estipular o que é ou não comida, estabelecer as permissões e interdições alimentares, moldar o gosto e os modos de consumo. Ainda que as escolhas alimentares sejam resultado das pressões forjadas pelo setor produtivo, interferindo nas decisões dos consumidores, é a cultura em um sentido mais profundo, amplo e extensivo que moldará a escolha

alimentar, impondo as normas que permitem ou proíbem o que comer (FISCHLER, 1990).

A principal fonte de informação sobre o desenvolvimento dos hábitos alimentares<sup>6</sup> tem sido a observação dos padrões alimentares<sup>7</sup> humanos. Indivíduos inseridos em uma cultura comem alimentos muito semelhantes, contudo, com diferenças intensas entre as culturas (ROZIN, 1990).

Existem preferências específicas para alimentos amargos, viscosos ou quentes (como ostras, café, pimenta) na maioria das culturas, que raramente são adquiridos até a idade adulta. Pode-se dizer que aprender a gostar desses alimentos inicialmente desagradáveis faz parte da socialização (WARDLE, 1995).

Nesse contexto, apesar do ser humano ser caracterizado como onívoro, ou seja, com capacidade de consumir biologicamente todos os tipos alimentos, suas escolhas alimentares serão definidas em sistemas culturais, com a ingestão apenas dos alimentos aceitos culturalmente (JOMORI, PROENÇA e CALVO, 2008). Ser onívoro é ser portador de independência, liberdade, adaptabilidade, de ser capaz de subsistir inúmeros alimentos e regimes distintos, a fim de se moldar às transformações em seu meio ambiente. É ser capaz de resistir e sobreviver à extinção de certas espécies das quais se alimentava, podendo ainda deslocar-se e mudar ecossistemas. Contudo, ao contrário de outras espécies, apesar dessa liberdade o indivíduo é inteiramente dependente de uma diversidade de alimentos, por não ser capaz de extrair todos os nutrientes de que necessita em uma única refeição (FISCHLER, 1995).

A ato de comer, no entanto, exige cautela, já que a comida ingerida começa a fazer parte do organismo, incluindo não apenas as calorias, vitaminas, carboidratos, proteínas, mas também as substâncias nocivas à saúde, como os conservantes, pesticidas, aditivos, corantes, aromatizantes, entre outros. Isso reforça a ideia de que o indivíduo é aquilo que ele come, demonstrando a relevância da dimensão simbólica da comida. Nesse contexto, o ser humano “come significados” e compartilha com seus pares uma imensidão de representações no ato de comer (FISCHLER, 2011).

---

<sup>6</sup> Comportamentos aprendidos e repetidos de forma automática (ALVARENGA, KORITAR E MORAIS, 2019).

<sup>7</sup> Análises estatísticas ou matemáticas dos alimentos como eles são verdadeiramente consumidos (ALVARENGA, KORITAR E MORAIS, 2019).

Desse modo, a alimentação diz respeito à esfera do desejo, prazer, domínio do apetite, mas também da insegurança. As condutas humanas são explicadas por três especificidades: 1) “o paradoxo do onívoro” que é associado ao receio, apreensão e ansiedade em relação às escolhas alimentares; 2) “o princípio da incorporação” que trata a respeito do movimento pelo qual fazemos a comida passar a fronteira entre o mundo e o nosso corpo, modificando-nos interiormente e constituindo assim nossa identidade, já que nos tornamos o que comemos; e 3) “a construção e delimitação do *self*”, que diz respeito ao que está em jogo cada vez que a decisão de incorporação é tomada e cumprida sobre a vida e a saúde do sujeito que se alimenta, além do seu equilíbrio simbólico. A recusa à incorporação manifestada pela repulsa, fenômeno com dimensão biológica, psicológica, social e cultural, refere-se à fronteira do indivíduo e do mundo e suas significações não do gosto, mas do desgosto (FISCHLER, 1995).

### **1.5.3 Aspectos sociais**

Uma das manifestações mais marcantes da sociabilidade humana é a comensalidade, caracterizada como o ato de comer junto, compartilhando ainda que desigualmente o alimento (CARNEIRO, 2005). Vai além da necessidade fisiológica, essencial à manutenção das espécies, envolve partilha entre indivíduos com graus de parentesco, graus de dependência (crianças), graus de envolvimento (compromisso, trabalho), etc. Trata-se de uma das demonstrações mais importantes da sociabilidade humana, onde os indivíduos partilham os alimentos em grupos, na mesma mesa. Tem o poder de incluir as pessoas nos eventos celebrados ou ainda excluir aqueles que não participam (FISCHLER, 2011<sup>b</sup>).

Desse modo, a comensalidade pode ser inclusiva ou exclusiva, ou seja, ela cria e/ou sanciona a inclusão (mesmo a inclusão temporária) dos indivíduos em grupos ou comunidades, bem como a exclusão daqueles que não participam. Pode manifestar igualdade (em torno do fogo ou uma mesa redonda) ou hierarquia (quem é servido primeiro ou se senta na mesa). Fornece o script ou um modelo as ocorrências de alimentação humana, sendo um fator estruturante da organização social.

O contexto social constitui-se como fator que influencia a composição das refeições (ROSSI, MOREIRA e RAUEN, 2008). Por conta disso, o comportamento parental em relação aos alimentos e às eleições e seleções alimentares são fundamentais no processo de aprendizagem social das crianças (BROWN e OGDEN, 2004; OGDEN, 2003).

Considerando a alimentação como um acontecimento social, pessoas próximas às crianças poderão servir de modelos, exercendo influência sobre suas escolhas. É provável que, através da observação do comportamento alimentar dos seus pais, as mesmas adotem comportamentos semelhantes (CUTTING *et. al.*, 1999). A influência parental encontra-se fortemente vinculada ao desenvolvimento de práticas alimentares<sup>8</sup> permanentes entre as crianças, futuramente reproduzidas como comer em sua totalidade os alimentos presentes no prato, realizar as refeições em horários determinados ou utilizar o alimento como ameaça ou ainda incentivo para ganhar a sobremesa (BRANEN e FLETCHER, 1993).

A aprendizagem social também se encontra relacionada ao impacto dos meios de comunicação e da publicidade no que diz respeito aos alimentos (SILVA, PAIS-RIBEIRO e CARDOSO, 2008). Veiculações envolvendo o *marketing* alimentar constituem-se como incitadores ao consumo alimentar no qual os consumidores modificam seu comportamento alimentar em busca de alimentos palatáveis que despertem satisfação e prazer.

Mudanças alimentares poderão ser determinadas também por contextos que representam um sinal de perigo à saúde em os indivíduos serão “forçados” a realizarem substituições de alguns alimentos. Tal acontecimento foi observado na ocasião do *Bovine Spongiform Encephalopathy*, conhecido popularmente como “Mal da Vaca Louca” e “Gripe Aviária”, que ocasionou queda substancial no consumo de carne bovina e frango (SILVA, PAIS-RIBEIRO e CARDOSO, 2008).

#### **1.5.4 Aspectos econômicos**

---

<sup>8</sup> Formas como os indivíduos se alimentam em diferentes esferas (ALVARENGA, KORITAR e MORAES, 2019).

Os determinantes econômicos têm um papel importante nas escolhas alimentares, influenciando diretamente nas prioridades alimentares, exprimindo, ainda, relação íntima com a economia local e contexto cultural (DESHMUKH-TASKAR, 2007; VAN LENTHE, JANSEN e KAMPHUIS, 2015). Pelo fator econômico, a aquisição dos alimentos é resultado do poder de compra familiar, da estrutura do mercado local e das motivações de compra. O poder de compra encontra-se vinculado às receitas e despesas alimentares e não alimentares, podendo ser melhorado se houver subsídios e outras formas de apoio oficial à alimentação (BOURGES, 1988).

A diminuição do poder aquisitivo da população determina mudanças na estrutura de suas compras com substituições ou ainda redução substancial na aquisição de alguns alimentos, considerando seu custo. Pode-se citar como exemplos a substituição da carne bovina pelo frango, além do maior consumo de vísceras e ovos – alimentos com composição semelhante, porém mais acessíveis por conta de seu menor “prestígio”, o que, a princípio, possibilita a manutenção do valor nutricional da dieta com maior economia financeira (BOURGES, 1988).

O preço dos alimentos encontra-se intimamente relacionado às possibilidades de escolhas mais saudáveis ou não. Alimentos com maior densidade energética (como os processados) são mais acessíveis que alimentos *in natura*. Assim, pessoas com renda mais baixa, independente do conhecimento que possuam, são normalmente direcionados às escolhas menos saudáveis em virtude das limitações no orçamento (RICARDO e CLARO, 2012). Nesse contexto, observa-se uma alimentação menos variada em indivíduos com menor renda, já que a renda determina ou não o acesso a determinados alimentos. Contudo, cabe ressaltar que maior disponibilidade de dinheiro para alimentação não garante por si só as melhores escolhas alimentares (ALVARENGA, KORITAR e MORAES, 2019).

### **1.5.5 Aspectos biológicos**

A alimentação é inerente aos seres humanos, ou seja, está intimamente ligada à condição biológica de sobrevivência das espécies fornecendo energia necessária para o funcionamento corporal. A alimentação encontra-se também

associada a processos culturais, que vão se modificando ao longo do tempo de acordo com os avanços e exigências culturais (VINHA, 2017).

A comida associa-se mais com os refinamentos do prazer, do que com o próprio bem-estar corporal. O homem civilizado não se alimenta apenas para suprir uma necessidade fisiológica do organismo diante da fome, mas porque sente prazer (NASCIMENTO, 2007).

O ato de comer é universal e completo pois come-se com todo o corpo. A princípio come-se com os olhos, olfato, tato e por fim, come-se com a boca, com o deleite. Metaforicamente, come-se a cultura, a história, a civilização e, de certa forma, comem-se também o indivíduo, pois come-se as crenças, valores e os significados amplos do que é ofertado através do alimento. Come-se a si próprio, como em comunhão quase litúrgica e intensa do “eu individual” com o “eu coletivo”, a própria cultura (LODY, 2004 *apud* CORNER, 2011).

A relação que o indivíduo estabelece com o alimento se desenvolve desde o início de sua vida. É por meio do cordão umbilical que o bebê recebe todos os nutrientes da mãe, conferindo desde então uma conotação emocional ao ato de se alimentar (MATURANA, 2010). Posteriormente ao nascimento, a criança disciplinada pela família inicia sua socialização alimentar, sendo moldada aos padrões alimentares pré-definidos pelos pais. Esta socialização abrange religião, ideologia, horário e quantidade das refeições e estabelece, assim, marcadores distintos entre os grupos sociais (BEARDSWORTH, 1997 *apud* PEREIRA, 2013).

Durante a infância, a família é responsável pela construção e desenvolvimento do comportamento alimentar da criança por meio da aprendizagem social. Os pais constituem-se como os primeiros educadores nutricionais, iniciando a socialização da criança sobre a sensação de fome e saciedade, desenvolvimento da percepção dos sabores e das suas preferências, contribuindo dessa forma para a formação do comportamento alimentar infantil (APARÍCIO, 2010).

A alimentação durante a infância é essencial não só para o crescimento e desenvolvimento, mas ainda representa um dos mais importantes fatores de proteção às doenças na fase adulta. Evidências mostram que a preferência pelo sabor-nutriente pode ser assimilada mesmo antes do desmame e influenciar na seleção e eleição dos alimentos durante esse processo (ROSSI, MOREIRA e

RAUEN, 2008). Os hábitos e as preferências alimentares, assim como o gosto e o consumo de alimentos gordurosos, salgados, açucarados e com alto teor de energia são desenvolvidos e estabelecidos já na infância, cooperando substancialmente para a aceitabilidade dos alimentos nos primeiros anos, podendo ser estabelecido como um padrão vitalício no comportamento alimentar (WARDLE, 1995).

Com efeito, pode-se afirmar que determinados sabores são objeto de uma preferência inata (doçura) e outros de uma aversão também inata (amargura). Dessa forma, os alimentos portadores desses sabores possuem *a priori* uma vantagem ou desvantagem para as nossas papilas gustativas. No que se refere ao hábito, é certo que "a familiaridade aumenta a aceitabilidade", ou seja, um alimento já experimentado repetidamente normalmente tem maior possibilidade de ser apreciado do que um alimento totalmente desconhecido (FISCHLER, 1995).

Aspectos sensoriais como o sabor e textura também podem prejudicar as escolhas saudáveis. Posteriormente, com a necessidade de modificação dos hábitos alimentares em função de patologias, isso poderá constituir-se como um processo penoso requerendo atitudes individuais, motivação, rotina, persistência e auto controle frente ao embate gerado pelo desejo ao alimento, pelo prazer em saboreá-lo e pela renúncia em consumi-lo. Mudanças alimentares são difíceis uma vez que o alimento envolve prazer ao aguçar os cinco sentidos sensoriais humanos: visão (aspecto, cor, forma, apresentação dos pratos), olfato (aroma exalado da refeição e/ou do ambiente), paladar (doce, salgado, ácido, amargo), tato (consistência e texturas do alimento) e audição (ruídos sonoros produzidos pelo crocante do alimento, do fritar e grelhar, do estalar língua e dos lábios) (ORNELLAS, 2000). Dessa forma, as combinações sensoriais produzidas diante do alimento poderão determinar o sofrimento do indivíduo frente à necessidade ou imposição de mudanças alimentares em função, por exemplo, do desenvolvimento de patologias.

Vale ressaltar que os indivíduos só mudam seu comportamento quando estão preparados. Deve-se ponderar, ainda, que essa mudança não ocorre pela educação, pela persuasão, tampouco se realiza quando é incompatível com valores e metas do indivíduo (ALVARENGA, KORITAR e MORAES, 2019).



### **1.5.6 Aspectos religiosos**

A alimentação contempla fatores religiosos ao ser vista como um elemento agregador ou transgressor, ocasionalmente sagrado, estando também relacionado a rituais (VINHA, 2017). Por exemplo, a expressão “alimento sagrado” faz menção aos alimentos cujo uso é validado por crenças religiosas. Por outro lado, os alimentos categoricamente proibidos pela religião podem ser nomeados “profanos”, que não podem ser consumidos. Comumente o alimento profano é considerado impuro e perigoso à saúde (HELMAN, 2003).

No tocante às religiões, as regras alimentares constituem-se como rituais instauradores da disciplina no dia a dia das pessoas. São comuns impedimentos e consentimentos ao consumo de alimentos específicos e a prática do jejum, por exemplo, determinações que compõem um sistema simbólico dedicado a estabelecer padrões normativos em relação ao alimento. Os impedimentos religiosos relacionados ao consumo de certos alimentos não objetivam preservar o “organismo biológico”, mas sim proteger o “organismo social” (ROMANELLI, 2006).

A abstenção alimentar é uma tradição religiosa exercida por inúmeras crenças em todo mundo (TURIN *et. al.*, 2016), com rituais incluindo abstenção do consumo de alguns alimentos presentes e praticados em algumas religiões. O jejum, enquanto norma alimentar, refere-se aos rituais promotores dos princípios de obediência, disciplina, respeito e autocontrole em diversas religiões. No “Ramadan”, por exemplo, período de sacrifício e purificação espiritual, é obrigatório a todos os muçulmanos adultos que façam jejum por um mês lunar completo (29 ou 30 dias) do amanhecer ao pôr do sol, dedicando-se inteiramente às orações (BESHYAH, 2009). Dessa forma, a religiosidade também influencia a forma como as pessoas se relacionam com os alimentos.

### **1.5.7 Alimentação: percepção de risco e saúde**

A discussão sobre alimentação abrange uma questão polissêmica, separadamente ou inter-relacionadas a outras temáticas (qualidade de vida), ganham sentidos e significados diversos. O espaço urbano possibilita concepções distintas quanto ao conceito de alimentação saudável, pois evoca

um conjunto de representações que formam o pensamento coletivo (BARCELLOS, FREITAS e CARVALHO, 2016).

Normalmente os indivíduos apresentam dificuldades para lidar com a complexidade determinada pelas práticas e representações alimentares na sociedade contemporânea. Realizar escolhas não é uma tarefa fácil e exige muita competência diante de inúmeras informações contraditórias. Em um momento, especialistas afirmam que alguns alimentos são benéficos para saúde e, posteriormente, declaram o oposto, subsequentemente, voltam a informar que esses alimentos são benéficos para uma série de outras coisas. Há uma verdadeira cacofonia de informações, prescrições, proibições e conselhos. Informações baseadas em pesquisas revelam resultados contraditórios que confundem e geram ansiedade nos indivíduos (FISCHLER, 2011).

A pessoas são constantemente bombardeadas com a proliferação de novas e contraditórias informações, seja por médicos, nutricionistas, especialistas e, até mesmo, celebridades (que revelam o que comem para ficarem mais bonitas, jovens e saudáveis). Quanto maior a quantidade de informações, maiores as dúvidas; quanto mais autonomia, mais ansiedade; quanto maior a possibilidade de escolhas, maior o medo; quanto mais prazer, maior a mais culpa. Indivíduos ficam inseguros com relação ao que comem, resultado do excesso de informações a que estão expostos, o que gera um sentimento de incompetência (FISCHLER, 2011).

O objetivo não é o de desvalorizar, rejeitar ou ignorar as produções científicas acerca das propriedades nutricionais dos alimentos e suas consequências sobre a saúde, tampouco descartar a base biológica da natureza. Trata-se de entender relações sociais estabelecidas a partir do ponto de vista biomédico e nutricional, de analisar como esses conhecimentos científicos são interiorizados (ressaltando a elaboração de práticas estritamente normalizadoras da alimentação), bem como de indicar e mostrar seus desdobramentos, não só na prática clínica, mas também na determinação de ações voltadas para grupos sociais (KRAEMER, 2014).

A complexidade em torno da alimentação envolve também a percepção de que os alimentos podem representar riscos e perigos à saúde. Consumidores são fragilizados, ameaçados e expostos a substâncias prejudiciais à saúde (como pesticidas, aditivos, conservantes, aromatizantes, corantes, etc.),

potencialmente tóxicas, que penetram no organismo através da alimentação e cuja presença excessiva é capaz de provocar doenças graves ou até mesmo levá-los a morte. A exposição pode ser caracterizada como crônica (ingestão de pequenas quantidades durante período prolongado) ou aguda (ingestão de quantidades grandes durante um intervalo de até 24h) e podem ser provenientes do manejo agrícola (controle de pragas), pecuário (controle de doenças) ou de aditivos utilizados a fim de preservar as características (químicas, físicas e biológicas) dos alimentos (JARDIM e CALDAS, 2009).

A alimentação é idealizada como um dos caminhos para alcançar a “saúde” através da prática (mágica) de consumir elementos considerados eficazes no melhoramento fisiológico. Um modelo de prescrição alimentar moldado com a finalidade de aumentar a performance humana, baseada em nutrientes ou compostos funcionais específicos, caracteriza o modelo de medicalização da alimentação. Nesse modelo, é vigente a ideia de risco em função de uma alimentação supostamente inadequada e é fomentada a concepção de que, para se comer bem, é necessário seguir os princípios científicos. Dessa forma, observa-se que o processo de medicalização da alimentação gerou uma “tirania da saúde” que pressupõe a obrigatoriedade de o indivíduo estar sempre saudável, e a perseguir o espectro de “saudabilidade” durante toda a sua existência (VIANA *et. al.*, 2017).

Nesse contexto, a alimentação assume conotação médica em que a orientação por parte de um profissional tem o intuito de conservação da saúde por meio da manutenção do funcionamento regular do organismo, mediante o cumprimento às regras alimentares (MOTTA, 2010). Os indivíduos são sugestionados e manipulados por diversos atores no que diz respeito à alimentação pelos meios de comunicação, através de uma quantidade significativa de códigos que assumem valores especiais em função dos contextos sociais e culturais distintos em que se inscrevem.

Salienta-se a importância da subjetividade, de levar em consideração o pensamento que vincula alimentação saudável à qualidade de vida. O consumo alimentar deve buscar não só o suprimento das necessidades orgânicas dos indivíduos, mas também das emocionais (BARCELLOS, FREITAS e CARVALHO, 2016).

## 1.6 Doenças crônicas não transmissíveis

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são patologias de início progressivo, com permanência prolongada ou incerta, usualmente veiculadas a inúmeras causas e cuja terapêutica compreenda alterações do estilo de vida em um processo de cuidado permanente que, frequentemente, não evolui para cura (BRASIL, 2014). Nos indivíduos adultos, elas expressam as múltiplas exposições vivenciadas pelos mesmos desde o seu nascimento acarretando em agravos a sua saúde.

Apresentam evolução lenta e são fortemente influenciadas pelo estilo de vida, hereditariedade, fatores ambientais, com progressivo prejuízo da capacidade funcional (EISER, 1990). Foram responsáveis por 71% das mortes em todo o mundo, correspondendo a 37% de óbitos em países de baixa renda e 88% em países de alta renda. De acordo com o *ranking* das 10 principais causas de morte a nível mundial em 2016 estão presentes as doenças isquêmicas do coração, responsáveis por 15,2 milhões de mortes, e o diabetes, que matou 1,6 milhão de pessoas (WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO, 2018)<sup>b</sup>.

Essas doenças exigem dos enfermos conhecimento corporal, submissão às tecnologias, adoção de medidas preventivas, adesão aos regimes médicos e dietas, além de envolverem questões de ordem moral e uma ruptura da rotina familiar, uma vez que os cuidados com os enfermos crônicos não se limitam apenas aos serviços especializados e à relação com os profissionais de saúde. Vale ressaltar que a experiência dos adoecidos crônicos é igualmente moldada por um conjunto de externalidades, incluindo as políticas sociais e de saúde, que lhes asseguram acesso aos serviços, aos meios diagnósticos e terapêuticos, e a outros condicionantes que interferem em suas vidas (CANESQUI, 2007<sup>b</sup>).

Dentre os fatores de risco para as DCNT destacam-se o tabagismo, a obesidade ( $IMC^9 \geq 30 \text{ kg/m}^2$ ), as dislipidemias, o baixo consumo de frutas e verduras, o sedentarismo (ISER *et. al.*, 2011 e BRASIL, 2011), o consumo frequente de suco artificial ou refrigerantes (cinco ou mais dias por semana), ingestão exagerada de carnes vermelhas com gordura visível ou frango com

---

<sup>9</sup> O índice de massa corporal (IMC), expressa a relação entre a massa corporal em kg e estatura em m<sup>2</sup>, sendo amplamente utilizado como indicador de obesidade (DOS SANTOS e SICHIERI, 2005).

pele, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas (quatro ou mais doses para mulher, e cinco ou mais doses para homem (MALTA e BERNAL, 2014), e o consumo excessivo de sal. Todos esses fatores cooperam negativamente para o estado de saúde dos indivíduos (WHO, 2010). Desigualdades sociais, baixa escolaridade, diferenças no acesso aos bens e serviços e as desigualdades no acesso à informação, constituem-se como determinantes sociais para as DCNT, além dos fatores de risco modificáveis citados acima, passíveis de prevenção (BRASIL, 2011<sup>b</sup>).

O diabetes é uma enfermidade de origem endocrinológica, resultante de um defeito na secreção e/ou ação da insulina produzida pelo pâncreas, acarretando hiperglicemia, e consequentemente danos ao organismo (OKOSHI *et. al.*, 2007). Encontra-se vinculada ao aumento da mortalidade e ao alto risco de determinar complicações quando o paciente não consegue alcançar o controle glicêmico. É capaz de causar ainda insuficiência renal, amputações de membros e cegueira, sendo responsável por gastos significativos com saúde, além de uma considerável redução da capacidade de trabalho e expectativa de vida (ASSUNÇÃO; SANTOS; GIGANTE, 2001).

A hipertensão arterial é uma doença crônica, multifatorial, normalmente de detecção tardia, em razão do seu curso assintomático e prolongado. (RIBEIRO, 1996; SOUSA, 1999) Continuamente, determina graves complicações (insuficiência cardíaca, renal e acidente vascular cerebral), e hospitalizações os pacientes. Determina ainda absenteísmo ao trabalho e aposentadoria precoce por invalidez (SANTOS, 1998).

Cumprir a dieta adequada é parte fundamental para o controle dessas doenças, o que por vezes pode representar metas inalcançáveis ao paciente, uma vez que o ato de comer é complexo, não se caracterizando apenas pela ingestão de nutrientes, mas ainda uma amplitude de emoções e sentimentos: come-se simbolicamente a irritação, a ansiedade, a excitação, as insatisfações e decepções do dia a dia (PÉRES, FRANCO e DOS SANTOS, 2006).

Os comportamentos alimentares revestem-se de relevância ao longo dos processos históricos dos indivíduos e/ou grupos sociais, como importante fator cultural. As relações de consumo estabelecidas entre os seres humanos para o suprimento de suas necessidades vitais são intensamente influenciadas pelas transformações culturais verificadas no seio social. Nesse contexto, o ato de se

alimentar não se dá unicamente com a intenção de sobrevivência, mas é voltado ainda ao suprimento dos desejos emocionais e psíquicos dos indivíduos (GUERRA e CARDOSO, 2017).

Atualmente, a incidência das doenças crônicas têm apresentado crescimento maior nos países de baixa renda. A população mais jovem e a com menor nível socioeconômico são as mais afetadas por mortalidade prematura, o que influencia e compromete a produtividade e capacidade econômica das famílias, além de onerar os sistemas nacionais de saúde e de segurança social, colocando em risco a sustentabilidade do desenvolvimento global (BURGOA, 2018). O impacto socioeconômico produzido é progressivo, sendo avaliado como um problema para a saúde pública mundial (SIQUEIRA, SIQUEIRA FILHO e LAND, 2017). Entretanto, o financiamento global para DCNT é rigorosamente limitado, recebendo menos de 2% de todo o financiamento em saúde (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2018).

No que diz respeito às hospitalizações por DCNT, observou-se modesta redução na última década. Contudo, os gastos com as hospitalizações têm expandido de forma expressiva como resultado da maior complexidade nas intervenções e na maior utilização tecnológica. Dessa forma, os custos consequentes das DCNT passam a ter um impacto importante na rede assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS) (DA SILVA, 2018).

Diante da problemática, o Ministério da Saúde lançou e apresentou o “Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil - 2011-2022”, com intuito de proporcionar o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas integradas, efetivas e sustentáveis a fim de prevenir e o controlar essas doenças, seus fatores de risco e de consolidar e fortalecer os serviços de saúde voltados às doenças crônicas (BRASIL, 2011<sup>b</sup>). No campo da alimentação saudável, atividade física, prevenção do uso do tabaco e álcool, a Política Nacional de Promoção da Saúde prioriza várias ações conferindo, assim uma prioridade de governo.

Assim, as doenças crônicas requerem processos de cuidado permanente, além de estratégias e intervenções que promovam e apoiem mudanças no estilo de vida, dos pacientes.

## 2 PERSPECTIVAS DE CONTRIBUIÇÃO AO TEMA DE ESTUDO

Importante ressaltar o número reduzido de estudos sobre populações migratórias e doenças crônicas como diabetes e hipertensão. Pesquisas sobre a incidência das doenças crônicas nessas populações possibilitariam traçar hipóteses sobre os fatores de risco, tanto genéticos quanto ambientais em sua gênese.

Com relação à hipertensão, estudos revelaram hipertensão em indivíduos que migram para ambientes mais ocidentalizados (CRUZ-COKE, ETCHEVERRY e NAGEL, 1964; LEWIS JR, 1990), como respostas às influências modernas em grupos de migrantes. No estudo com indivíduos de Tokelau que tinham migrado para a Nova Zelândia, a migração esteve associada a uma considerável elevação da pressão arterial, mesmo depois de ajustados os dados do período pré-migração (JOSEPH *et. al.* 1983).

Em se tratando do diabetes, constatou-se que a incidência da doença em migrantes gregos e italianos que foram para a Austrália foi três vezes maior do que indivíduos nascidos no país (HODGE *et. al.* 2004; AGYEMANG *et. al.*, 2014). A prevalência da doença entre migrantes africanos na Europa foi de aproximadamente três a cinco vezes maior em comparação com populações de ascendência europeia. Pesquisas sobre migração indicam, ainda, que a adoção do estilo de vida ocidental foi fortemente associado ao diabetes tipo 2 em migrantes japoneses e seus descendentes no Brasil, revelaram também que a exposição e adoção a um estilo de vida “diferente” acentuou e agravou a tendência de acumular gordura e desenvolver a doença (FERREIRA *et. al.*, 2002; GIMENO *et. al.*, 2002).

O ato de migrar não se encontra diretamente relacionado à alimentação, porém implica em um período de adaptação a um ambiente sociocultural desconhecido. Como exposto anteriormente, considerando a comida e o comportamento alimentar como símbolos de identidade e de pertença, é relevante ressaltar seu papel no processo de adaptação do imigrante no país de acolhimento. Neste sentido, a alimentação pode caracterizar-se como um facilitador do processo: a comida pode ser pensada não somente como uma forma de identificação e afirmação de indivíduos e/ou grupos sociais distintos, como também como uma poderosa ferramenta de comunicação. Através dos

alimentos, comunicam-se valores característicos às diferentes culturas, produzindo significados relacionados à identidade alimentar dos mesmos (FRANZONI, 2016).

A comida mostra-se com um importante elemento para o entendimento do indivíduo em seu ambiente e em suas relações sociais. Caracteriza-se como um elemento autêntico de observação, investigação, reconhecimento social, de compreensão dos princípios velados do viver em sociedade, pelo seu potencial simbólico estrutural, como elemento construtor de identidades promotor da vida, prazeres e interações sociais e configurando-se, ainda, como um dos pilares da organização social (DE AZEVEDO, 2017). Por isso, investigar o comportamento alimentar de indivíduos e grupos é uma forma de compreender os processos culturais e sociais, analisando os alimentos não apenas como portadores de nutrientes, mas como mecanismos para entender a cultura (PONS, 2005).

Constatamos uma relativa escassez de pesquisas sobre bolivianos e as questões alimentares. Revisando a literatura, dentre os poucos achados, foram encontrados estudos que abordaram as manifestações culturais bolivianas em São Paulo, na feira da Kantuta, com ênfase na comensalidade (MILANESE, 2012; DOS SANTOS, 2017) e na gastronomia como possibilidade de trabalho e renda (DOS SANTOS, 2014). Foi encontrado outro estudo envolvendo comportamento alimentar boliviano na Feira da Rua Coimbra, em São Paulo, sob a perspectiva dos imigrantes que trabalhavam no comércio alimentar e nos restaurantes da região (VIEIRA, 2017).

Um consumo alimentar deficiente e/ou pouco diversificado é muitas vezes imposto em função das atividades laborais exercidas pelos imigrantes no Brasil. Alguns estudos apresentam as condições de vida dos imigrantes bolivianos no Brasil, no qual sua inserção nos processos laborais operam como determinantes de danos à saúde, como condições de vida, trabalho e moradia degradantes às quais estão submetidos no setor têxtil em São Paulo (CARNEIRO JÚNIOR *et. al.*, 2018; BERRIOS, 2020).

Oficinas de costura clandestinas (ilegais, não declaradas) são utilizadas como forma de evitar controles, reduzir custos e maximizar lucros, pela terceirização da produção. Nesses locais há exploração coletiva, os trabalhadores são submetidos a longas jornadas de trabalho, com uma remuneração muitas vezes inferior ao salário mínimo (GOLDBERG e SILVEIRA,



2013)<sup>b</sup>. São, portanto, contextos de vulnerabilidade social, que designam circunstâncias de risco à saúde dos trabalhadores e de suas famílias, favorecendo o desenvolvimento de doenças e requerendo, por sua vez, a utilização de serviços de saúde (SILVEIRA, MARTIN e GOLDBERG, 2019).

Diante do exposto, este trabalho pretende contribuir para a compreensão do universo das relações estabelecidas entre o indivíduo, o alimento e a cultura. Busca compreender o significado do comportamento alimentar dos imigrantes bolivianos portadores de diabetes e hipertensão e, sobretudo, entender o alimento como elemento importante para construção da identidade dos imigrantes.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Compreender o comportamento alimentar dos imigrantes bolivianos portadores de diabetes e hipertensão.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- ✓ Conhecer o comportamento alimentar dos bolivianos prévios e atuais ao processo migratório;
- ✓ Analisar os significados do comportamento alimentar dos imigrantes bolivianos portadores de diabetes e hipertensão.

## 4 MATERIAL E MÉTODOS

### 4.1 Campo de estudo

Optou-se neste estudo pela abordagem qualitativa, com a utilização de uma pesquisa etnográfica em que foram utilizadas as técnicas de observação participante e entrevistas. A abordagem qualitativa adentra-se nos significados das ações e relações humanas, esses, compreensíveis ao pesquisador apenas através de um olhar atento e sensível com o entendimento de que nenhum dado ou informação possa ser simples ou banal - até mesmo o silêncio poderá compor uma pista para explicar uma realidade estudada (BOGDAN e BIKLEN, 1994).

A metodologia qualitativa constitui-se também como método de investigação privilegiada para a apresentar a multiplicidade dos processos sociais na ótica das dimensões saúde-doença-cuidados (HAMMERSLEY e ATKINSON, 1994). Permite ainda traçar percursos individuais e coletivos em âmbitos históricos e sociais específicos, possibilitando o entendimento das singularidades das vivências subjetivas (GOLDBERG, 2013).

O método etnográfico, por sua vez, foi utilizado por meio da observação empírica e descrição densa dos fenômenos socioculturais envolvendo os imigrantes bolivianos residentes em São Paulo. Essa abordagem preocupa-se com uma análise abrangente da cultura, já que a mesma não é considerada apenas um simples retrato das estruturas sociais, mas sim um sistema de significados mediadores entre as estruturas sociais e as relações humanas. Compreende a observação direta e por longos períodos dos modos de vida cotidiano dos indivíduos ou grupos de pessoas, com a finalidade de apresentar o significado diário de suas ações (DE MATTOS, 2011). Não se pretende analisar o fenômeno em si, mas compreender seu simbolismo individual e coletivo; propicia ao pesquisador uma descrição densa e integral, alcançadas através do seu esforço intelectual e da imersão no cotidiano do grupo estudado (GEERTZ, 1978). O objetivo da etnografia é compreender, por meio da observação, o modo como as pessoas interagem no grupo, se organizam na sociedade em que vivem com ênfase não somente no comportamento, mas

também nos aspectos sociais do grupo estudado (REES e MELLO, 2011 e SAVILLE-TROIKE, 2003).

A etnografia leva o pesquisador a se despir da sua própria cultura, crenças e costumes, questionando o familiar e colocar-se frente a uma nova realidade: a cultura e os comportamentos do outro. Pretende, ainda, identificar, registrar, analisar e explicar as experiências adquiridas por meio das interações sociais entre investigador e seus interlocutores (DE ARAÚJO e DE ARAÚJO, 2016). O método possibilita o acúmulo de conhecimentos sobre as distintas experiências das sociedades e grupos sociais acerca desses fenômenos (NAKAMURA, 2009). Assim, a etnografia concentra o seu foco na conduta do indivíduo inserido em uma comunidade, considerando todos os aspectos culturais desse grupo.

#### **4.2 Local da pesquisa**

A pesquisa foi realizada na Associação de Residentes Bolivianos (ADRB). Para utilização Associação como campo de pesquisa, foi agendada uma reunião na sua sede, localizada no bairro do Pari, onde o projeto elaborado pela pesquisadora foi apresentado para alguns membros da Associação. Foi redigido e assinado um termo (carta de anuência) pela secretária geral (Rosana Camacho) que autorizava a realização da pesquisa na ADRB. Nesse período (novembro de 2017) a ADRB era presidida por Rolando Panozo, formado em odontologia na Bolívia e que também prestava serviços odontológicos aos imigrantes nas campanhas de saúde gratuitas. No ano seguinte (2018), foram realizadas eleições para o cargo de presidente da ADRB e, embora o atual presidente tenha tentado uma reeleição, a até então secretária geral (Rosana Camacho), filha de bolivianos, foi eleita presidente da ADRB (maio de 2018), com mandato compreendido entre 2018 à 2022, com um diretório constituído em sua maioria por mulheres.

Os integrantes da diretoria da ADRB são em sua totalidade imigrantes residentes no Brasil há muitos anos e, em sua maioria, provenientes de famílias da alta sociedade boliviana (empresários, médicos, dentistas e ainda pessoas pertencentes a família de políticos bolivianos). Novos integrantes precisam receber indicação e ainda pagar uma “taxa de inscrição” (não revelado o valor)

como requisito para integrar algum cargo da diretoria da instituição, com reuniões semanais.

Na ADRB são realizados atendimentos de segunda a sábado das 09:00h às 18:00h, com prestação de serviços médicos (clínico geral e ginecologista) e odontológicos à comunidade a preços populares. Já as campanhas de saúde são gratuitas e ocorrem no segundo sábado de cada mês. São oferecidos também serviços diversos como envio de dinheiro, abertura de conta corrente e poupança, pagamentos de boletos, empréstimos consignados, compra de passagens aéreas e terrestres, assessoria contábil e jurídica, entre outros atendimentos.

O quadro de voluntários é composto por médicos, dentistas, enfermeiros e técnicos de enfermagem que oferecem atendimento aos imigrantes bolivianos no que diz respeito à promoção de saúde e prevenção de doenças.

As figuras abaixo mostram as partes externas e internas da Associação e parte do comércio próximo.



**Figura 1** – Faixada da ADRB (São Paulo – SP, 2019)

**Fonte:** Arquivo pessoal, 2019.



**Figura 2** – Interior da ADRB (São Paulo – SP, 2019)  
**Fonte:** Arquivo pessoal, 2019.



**Figura 3** – Comércio da Rua Coimbra (São Paulo – SP, 2019)  
**Fonte:** Arquivo pessoal, 2019.

### 4.3 Participantes

No projeto inicial da presente pesquisa pensou-se em selecionar na ADRB as fichas dos usuários portadores de diabetes e hipertensão, contatá-los e convidá-los a participarem do estudo. Esse procedimento não foi possível devido à falta de um padrão dos dados dos usuários (não havia informação do telefone

dos usuários na maioria das fichas, tampouco alguma sinalização de que o imigrante fosse portador de alguma dessas doenças).

Os participantes foram, então, selecionados durante a triagem realizada pelos voluntários (enfermeiros e auxiliares de enfermagem) a partir da aferição da pressão arterial e glicemia. Somente foram selecionados imigrantes com diagnóstico de diabetes ou hipertensão. Aqueles que no momento da aferição dos dados vitais apresentassem valores alterados, porém sem o diagnóstico, não foram incluídos uma vez tal situação poderia ser consequência de fatores externos momentâneos, como estresse, ingestão de alimentos ricos em sódio e/ou açúcar, etc.

Foram incluídos no estudo imigrantes bolivianos maiores de 18 anos, residentes no Brasil há no mínimo 2 anos, portadores de diabetes e hipertensão. Esse recorte temporal foi considerado como tempo suficiente para que o imigrante já tivesse estabelecido uma rotina de preparo dos alimentos e fosse capaz de identificar os locais de compra dos mesmos na cidade (itens avaliados na pesquisa).

#### **4.4 Coleta de dados**

Os dados foram coletados entre 14 de abril de 2018 e oito de dezembro de 2018. Foi aplicado um questionário com questões sociodemográficas para a caracterização dos sujeitos (APÊNDICE A). Também foi utilizado diário de campo para registrar as percepções (informações não ditas, mas implícitas) da pesquisadora durante as conversas com os imigrantes bolivianos, instrumento que possibilitou o registro de fatos e vivências ocorridas em campo que não seriam passíveis de registro apenas com a realização das entrevistas.

A observação participante foi utilizada como instrumento de pesquisa, e como tal, condicionada às fases do rigor científico. Nessa metodologia, a função do pesquisador é qualificada pelo seu grau de imersão e envolvimento em campo. Ainda que se utilize distintas formas de coleta, o investigador não deixará de ser um observador vigilante dos indivíduos e fenômenos (MATHIAS, 2018). A observação requer que do pesquisador abstenção do seu etnocentrismo, sendo capaz de despir-se de seus padrões, princípios, crenças, opiniões e preconceitos, a fim de compreender melhor os dos outros (NAKAMURA, 2011).

Na observação participante, o pesquisador desenvolve uma relação multilateral a longo prazo com os indivíduos que pretende observar e estudar, com o intuito de desenvolver uma compreensão científica acerca dos seus costumes, crenças e linguagens. A grande proximidade do pesquisador com os pesquisados permite que o mesmo realize interpretações legítimas sobre o seu objeto de estudo. Dessa forma, o investigador vivencia o cotidiano dos grupos estudados, tornando-se parte de tal universo para melhor compreender suas ações, objetivando interpretá-los e/ ou explicá-los (PROENÇA, 2007). Trata-se de um recurso utilizado pelos pesquisadores para uma inserção mais aprofundada e detalhada nas práticas e representações vivenciadas pelo objeto de estudo.

Durante as entrevistas, os participantes tinham direito de interromper a qualquer momento em caso de desconforto gerado por alguma questão ou mesmo abandonar a pesquisa. Formalizou-se o compromisso de não divulgar seus nomes ou qualquer dado que pudesse identificá-los, garantindo sua total confidencialidade. De toda forma, somente foram realizadas entrevistas com pessoas que consentiram conversar sobre o tema.

As entrevistas foram tantas quantas necessárias. Considerou-se suficiente o número de sujeitos quando os dados da pesquisa se tornaram repetitivos, configurando a saturação teórica. Foi sugerido aos participantes que as entrevistas fossem realizadas em suas casas com dia e horário estabelecidos pelos mesmos ou ainda na ADRB, se assim preferissem. Todos optaram por serem entrevistados na ADRB. Os horários de entrevistas foram desde a abertura da ADRB até o seu fechamento (das 11:00 às 18:30h), garantindo o acesso da pesquisadora à totalidade das pessoas ao longo do dia. As entrevistas tiveram duração de 40 a 60 minutos.

A maioria das entrevistas foi realizada na sala de espera para as consultas por não haverem consultórios disponíveis. A estrutura física da ADRB (um galpão sem janelas) não favoreceu a realização das entrevistas em função da grande quantidade de imigrantes atendidos. O barulho produzido na sala de espera pelos mesmos constituiu-se como um obstáculo vivenciado sobretudo nos dias de comemorações (dia das mães, das crianças, véspera de Natal e no dia que a comunidade boliviana residente em São Paulo comemora a



independência da Bolívia). Sempre havia atividades programadas no local, o que contribuía para o aumento dos ruídos durante as conversas.

O idioma não constituiu-se como obstáculo para a realização das entrevistas, que foram realizadas sem ajuda de intérprete, uma vez que a totalidade dos entrevistados já residiam no Brasil há muitos anos, com facilidade para compreender e falar o português.

#### **4.5 Roteiro**

Para a obtenção dos dados, foi utilizada entrevista semiestruturada elaborada pela pesquisadora, que possibilitou aos entrevistados discorrer sobre o tema proposto. Para tanto, foi elaborado um roteiro contendo perguntas abertas com flexibilidade na ordem de apresentação das mesmas, permitindo uma diversidade de interrogativas a partir das respostas. Foram estabelecidas as seguintes questões norteadoras:

- a) Descreva-me como era a sua alimentação (café, almoço e jantar) na Bolívia e no Brasil.
- b) Descreva-me como foi a sua relação com os alimentos brasileiros. Sentiu falta de algum alimento quando chegou ao Brasil?
- c) Conte-me como foi que recebeu o diagnóstico de hipertensão e/ou diabetes.
- d) Conte-me como foi o percurso em busca de tratamento. Quais foram as orientações fornecidas pelos profissionais de saúde?

Embora tenha sido realizada uma leitura cuidadosa durante a construção do referencial teórico, não haviam categorias predeterminadas. As perguntas ficaram a cargo das respostas dos entrevistados, o que possibilitou um leque de representações e percepções sobre o tema.

Na perspectiva da validade e confiabilidade, foi realizado um estudo piloto com três imigrantes haitianos que apresentavam características semelhantes às da população de estudo (portadores de diabetes e/ou hipertensão e residentes no Brasil há no mínimo 2 anos). O objetivo do estudo piloto foi permitir a correção de questões ambíguas, confusas ou inadequadas.

#### **4.6 Análise**

As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra. Os dados coletados pela pesquisadora foram analisados e organizados a partir das entrevistas semiestruturadas e da observação participante. Posteriormente realizou-se a redução dos dados em categorias e/ou temas, com posterior realização das análises dos discursos individuais dialogando com o referencial teórico.

#### **4.7 Aspectos éticos**

Foram observadas as diretrizes e normas que regem as pesquisas envolvendo seres humanos (Resolução nº. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde) condicionado à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNISANTOS em 14 de dezembro de 2017, com o número de registro 2439493.

Os participantes foram informados acerca da liberdade para participar ou não do estudo. Foi realizada a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B, versão em português) que, após entendimento e se aceito, foi assinado pelo informante, assegurando o caráter confidencial e sigiloso das informações, bem como o anonimato dos participantes.

Como modo de preservar a identidade dos participantes, os mesmos foram identificados com a letra “E”, de “Entrevistado” seguido de números arábicos e das respectivas idades.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Bolívia possui uma gastronomia diversificada (composta por diversos tipos de batata e milho, bem como frango, carne de porco, salada e pimenta) devido às características geográficas distintas do país e também considerando as fases de imigração e ocupação de seu território ao longo da história. Assim sendo, a gastronomia boliviana é fortemente influenciada pelos povos indígenas e espanhóis (OLIVEIRA, ARLETE e MAIA, 2013). Segundo informações dos informantes-chave e de alguns entrevistados, a culinária boliviana difere em função da variedade climática e dos nove Departamentos (Estados) do país, a saber: Beni, La Paz, Chuquisaca, Cochabamba, Oruro, Pando, Potosí, Santa Cruz e Tarija.

A Feira da Rua Coimbra configura-se como um dos principais pontos de encontro da população boliviana na cidade de São Paulo. O comércio de produtos típicos começou a se estabelecer informalmente desde 2003 (segundo os feirantes) aos sábados, sendo legalizada apenas em 2014, com horário de funcionamento restrito das 15h às 21h. Participam da feira cerca de 140 barracas em situação regular. Contudo, os comerciantes garantem que esse número é superior, totalizando 200 a 300 barracas incluindo as que se encontram em situação irregular (VIEIRA, 2017).

A Feira consolidou-se como um importante ponto turístico da cultura e gastronomia boliviana na cidade de São Paulo, onde os imigrantes comercializam produtos típicos do país como roupas e calçados, ervas para chás, grãos, pomadas, temperos, pães produzidos artesanalmente, inúmeros tipos de batatas, entre outros.

Ao chegar, o visitante depara-se com uma diversidade de aromas proveniente da fumaça das carnes dispostas em churrasqueiras improvisadas e tachos utilizados para fritar inúmeros alimentos (frangos, batatas, entre outros). Nos dias de Feira, as barracas que comercializam comidas típicas do país disputam a preferência e o paladar dos visitantes. Segundo os imigrantes entrevistados, participar desses encontros gastronômicos constitui-se como forma de diminuir a saudade da terra natal.

A Feira conta ainda com diversos restaurantes que comercializam comidas típicas bolivianas. É possível encontrar petiscos como *salteña* e

empanadas assadas no forno, *salchipapas* (salsicha com batatas fritas), *humintas* (pamonha boliviana), *pollo* (frango empanado), *antecucho* (espetinho de carne com vinagrete e farofa), além dos bolos e tortas decorados, comercializados em fatias. As fotos abaixo mostram o comércio gastronômico da Feira da Rua Coimbra.



**Figura 4** - Pães, bolos e massas (Rua Coimbra, São Paulo – SP, 2019)

Notas: 4a: pães. 4b: bolos e pães. 4c: *salteñas* e empanadas. 4d: *buñuelo* (massa feita com farinha, ovo, leite ou água e depois é frita).

Fonte: Arquivo pessoal, 2019.





**Figura 5** - Carnes e acompanhamentos (Rua Coimbra, São Paulo – SP, 2019)  
 Notas: 5a: Churrasquinhos. 5b: *pollo* (frango) frito e *papa* (batata) frita.  
 Fonte: Arquivo pessoal, 2019.



**Figura 6** - Tubérculos e cereais típicos da Bolívia (Rua Coimbra, São Paulo – SP, 2019)  
 Notas: 6a: Batatas. 6b: Milho.  
 Fonte: Arquivo pessoal, 2019.





**Figura 7** - Pratos típicos da Bolívia (Rua Coimbra, São Paulo – SP, 2019)

Notas: 7a: *silpancho* (prato apimentado feito com arroz, carne, batata frita, dois ovos fritos e condimentos). 7b: *pollo a la broaster* (frango empanado e frito, batata frita, arroz e macarrão). 7c: sopa de *mani* (sopa de amendoim, que contém arroz, batatas, carne ou frango, ervilhas, pimenta e diversos temperos). 7d: fricasé de *cerdo* (sopa contendo carne de porco, mote [milho branco], *chuño* [batata], farinha de rosca e temperos). 7e: *charquekan* (carne de lhama desfiada e seca pela exposição ao sol com sal, queijo fresco, batata e ovos com casca e *mote* [milho branco cozido]). 7f: *chicharón de cerdo* (carne de porco com pele, *mote* [milho branco cozido], *chuño*

[batata preta] e batatas com casca). 7g: *papas a la huncaiana* (alface, tomate, batata e ovos cozidos, azeitonas, queijo fresco e um molho de amendoim). 7h: *pique a lo macho* (prato picante feito com carne, salsicha frita, batata frita, ovo cozido e especiarias). 7i: *mocoichinchi* e *salteña*. 7j: Empanadas.

**Fonte:** Arquivo pessoal, 2019.

Outro símbolo gastronômico e cultural boliviano é a Praça da Kantuta (anteriormente nomeada de Praça Padre Bento), localizada no bairro do Pari, região norte da metrópole. Aos domingos (das 11 às 19h), há venda de comidas típicas, artesanatos e apresentações de danças folclóricas tradicionais bolivianas (*Caporales*, *Morenada*, etc.).

As duas Feiras constituem-se como espaços nostálgicos e de grande representatividade da comunidade boliviana em São Paulo. São territórios carregados de referências culturais que reforçam os vínculos e a identidade e estimulam a manutenção do comportamento alimentar dos imigrantes bolivianos e descendentes na capital, locais eleitos pelos imigrantes como pontos de encontro aos finais de semana para socialização e apreciação da culinária.

Degustar comidas e bebidas dos restaurantes e barraquinhas de comida típicas da Feira da Rua Coimbra fez parte do processo de imersão cultural da pesquisadora no campo de estudo, com intuito não somente de conhecer a culinária boliviana, mas ainda na tentativa de conhecer os elementos constitutivos dessa cultura. Essa prática constituiu-se como uma importante ferramenta de socialização, partilha (comida, rituais, valores) e trocas culturais com os imigrantes bolivianos.

### **5.1 Caracterização dos sujeitos da pesquisa**

No total, participaram da pesquisa 10 imigrantes (quatro mulheres e seis homens). Os entrevistados possuíam entre 22 e 72 anos. Embora não se tenha dados sobre a classificação econômica dos imigrantes bolivianos que vivem no Brasil, a população entrevistada a quem a pesquisadora teve acesso, no geral, possui uma renda superior a muitos brasileiros. Os frequentadores da ADRB vão desde costureiros do setor têxtil até pessoas com melhor poder aquisitivo (a elite da população boliviana residente em São Paulo). Alguns entrevistados com menor renda residem com pessoas com situação econômica superior

(geralmente esposos ou parentes próximos como filhos), estando presente nesse quesito a questão patriarcal, que será tratado posteriormente.

Durante as conversas com os interlocutores, a maioria descartou a possibilidade de voltarem a morar na Bolívia, ainda que as condições socioeconômicas no Brasil não fossem as mais satisfatórias. De acordo como os relatos, o país não oferece muitas oportunidades de trabalho, impossibilitando o sonho de uma vida melhor. Alguns mantêm o compromisso de enviar mensalmente parte da renda para os parentes que permaneceram na Bolívia – o que dificulta as viagens “a passeio” ao país de origem.

O setor têxtil paulistano acaba absorvendo consideravelmente a mão de obra do imigrante boliviano. A percepção da exploração nas oficinas de costura não é compartilhada por todos: por exemplo no relato de um interlocutor que conseguiu abrir sua própria oficina de costura, e de outra imigrante que veio da Bolívia especialmente para exercer o ofício da costura na oficina do tio. Nessas duas situações não houve compreensão de exploração e sim de uma situação inversa: os próprios imigrantes replicam a prática da exploração com os seus conterrâneos. O Quadro 1 apresenta a caracterização das participantes.

**Quadro 1 - Caracterização da população de estudo**

| Participante | Sexo | Idade | Escolaridade        | Estado Civil | Número de filhos | Naturalidade | Religião   | Vive no Brasil | Ocupação                            | Renda | Hipertenso | Diabético |
|--------------|------|-------|---------------------|--------------|------------------|--------------|------------|----------------|-------------------------------------|-------|------------|-----------|
| E1           | F    | 61    | Superior completo   | Viúva        | 1                | Oruro        | Católica   | 31 anos        | Secretária                          | 2000  | X          | X         |
| E2           | M    | 70    | Superior completo   | Casado       | 1                | Cochabamba   | Católico   | 43 anos        | Dentista                            | 6000  | X          |           |
| E3           | M    | 44    | 2º grau incompleto  | Solteiro     | 3                | La Paz       | Católico   | 20 anos        | Oficina de costura                  | 1500  |            | X         |
| E4           | F    | 57    | 2º grau incompleto  | Casada       | 3                | La Paz       | Católica   | 20 anos        | Do Lar                              | 0     |            | X         |
| E5           | M    | 55    | Superior completo   | Solteiro     | 4                | La Paz       | Católico   | 35 anos        | Comerciante                         | 15000 |            | X         |
| E6           | F    | 72    | 2º grau incompleto  | Divorciada   | 7                | Potosi       | Espírita   | 52 anos        | Comerciante                         | 800   | X          | X         |
| E7           | F    | 22    | 2º grau completo    | Solteira     | 1                | Copacabana   | Evangélica | 12 anos        | Oficina de costura                  | 800   | X          |           |
| E8           | M    | 45    | Superior completo   | Solteiro     | 0                | La Paz       | Ateu       | 12 anos        | Montador em uma empresa de veículos | 5000  |            | X         |
| E9           | M    | 45    | 2º grau completo    | Solteiro     | 0                | La Paz       | Católico   | 8 anos         | Oficina de costura                  | 1000  |            | X         |
| E10          | M    | 46    | Superior incompleto | Solteiro     | 3                | Oruro        | Católico   | 22 anos        | Montador em uma empresa de veículos | 2500  |            | X         |

Fonte: Elaborado pela autora.



## 5.2 Costurando hábitos

O patrimônio alimentar do indivíduo é consequência do diálogo histórico entre culturas distintas evidenciado pelas diversidades e/ou peculiaridades alimentares, que refletem as heranças culinárias de uma determinada sociedade. O Homem não nasce geneticamente apto para a vida social e necessita ser moldado constantemente através de elementos culturais que direcionarão suas ações. Por isso, precisa estar inserido num sistema simbólico no qual é tanto criador quanto criatura. Esse sistema é que vai determinar, por exemplo, o quê, com quem, quando, como e onde comer (DANIEL e CRAVO, 2005).

As prescrições alimentares apresentam raízes densas na identidade dos indivíduos. A sociedade é quem os instruirá quanto ao que é considerado comestível, conforme a cultura em que se encontra inserido. Dessa forma, as predileções alimentares estão condicionadas aos comportamentos alimentares definidos culturalmente, diferenciando assim o consumo conforme os costumes.

Como mostrado anteriormente, o tema “comida” não abrange apenas a nutrição e os nutrientes presentes (calorias, proteínas, vitaminas, etc.), mas também regras implícitas no ato de comer que são seguidas inconscientemente pelos indivíduos. Essas regras envolvem as prescrições e proibições, o número das refeições, os horários em que se come, o modo de portar-se a mesa, etc. Há, portanto, uma gramática alimentar, ou seja, como as pessoas organizam a forma de comer (FISCHLER, 2011).

As falas abaixo evidenciam os rituais envolvidos durante as refeições bolivianas que se constituem como símbolos que caracterizam e/ou particularizam as etapas do ato de comer, contribuindo assim para diferenciação indenitária dos grupos sociais. Rituais procedentes da cultura de pertencimento que acompanham o ato de comer incluem, por exemplo, a ordem em que os alimentos são servidos e os tipos de alimentos oferecidos, validados segundo os processos socioculturais.

*Pra abrir o apetite tem um pratinho pequeno, tipo uma entrada, onde tem às vezes: alface, tomate, tem mortadela, qualquer coisa. Aí vem a sopa, num prato assim desse tamanho [mostrou com as mãos], pode ser uma sopa de amendoim [...] Comemos sopa o ano todo, independente*

*do clima! E depois vem um segundo prato, que é um prato seco sempre! Tem arroz, batata e carne. E tem a saída, que é a sobremesa, né? A gente comia gelatina, lá nos “Yungas”, meu povoado. Também se come mais frutas: laranja, mexerica, banana. (E5, 55 anos)*

*No almoço tem uma sopa, sempre! Uma sopa e um segundo prato, sempre! O mais pobre, o mais rico... todo mundo come isso! A janta também é um prato só: ou uma sopa ou um segundo prato! Fruta a gente come bastante... a fruta da estação. (E1, 61 anos)*

Comer é um ato coletivo, ritualizado, vinculado à sociabilidade e à comensalidade. Um ato associado à responsabilidade individual e à liberdade de escolha, que externalizam ainda as diversidades culturais nas práticas e representações alimentares contemporâneas (FISCHLER, 2011).

Códigos extremamente complexos que são estabelecidos pelas sociedades no que diz respeito à comida e ao ato de comer: regras que determinam as maneiras de portar-se à mesa, o modo de comer (com utensílios, com as mãos), incluem as prescrições sobre os pratos (alimentos que combinam ou não), o que pedir como prato principal, como pedir sobremesa, o que beber, etc. (FISCHLER, 2011). Ritualizações que foram convertidas em boas maneiras e meios de distinção social, delineando o processo civilizador do homem ocidental. (MOREIRA, 2010)

Práticas delineadas, fruto de normas e comportamentos socialmente construídos e internalizados no cotidiano dos grupos, que retratam a cultura ao qual encontram-se inseridos. Foram relatadas práticas que abrangiam aspectos econômicos, evidenciados pela simplicidade referida das refeições, e um certo saudosismo das refeições partilhadas, ao serem lembradas.

*Primeiro a salada, né? Depois levam a sopa, depois o segundo prato. Aí se você quer uma gelatina ou quer uma banana, você pode pegar [...]. Lá a janta é a mesma coisa que no almoço, nós cozinhamos só uma vez ao dia, o mesmo que comemos ao meio dia, comemos na janta! É pra economizar mais dinheiro! (E9, 45 anos)*

*Primeiro tinha a sopa, aí você tinha que terminar a sopa pra depois comer o segundo prato, que era o prato seco [...]. O almoço, era coisa simples mesmo, por que eu morava com a minha avó, aí ela fazia aquela batata preta, você conhece aquela batata? É o “chuño”! Eu comia isso com ovo, frango*

*frito... alguma coisa assim. Era coisa simples. [...]. Na janta, sopa! A minha avó gostava de fazer sopa [risos]. (E7, 22 anos)*

*Na Bolívia, dependendo dos níveis sociais que existem, tem a entrada que seria salada: tomate, alface... depois vem a sopa, depois vem o segundo prato [...]. E frutas para sobremesa a vontade, a fruta da época! (E6, 72 anos)*

O modo de se alimentar e suas ordenações ou sequências reforçam os comportamentos e representações de um povo, improváveis de serem anulados ou esquecidos pelo simples fato de encontrarem-se em outro país. Lembranças que evocam uma nostalgia envolvendo os rituais alimentares, os sabores e odores das tradições do seu país de origem. Comportamentos alimentares que demonstram a estrutura da vida cotidiana dos imigrantes, por vezes, caracterizada pela simplicidade referida das refeições.

É importante ressaltar que esse ritual de sequência dos pratos a serem servidos sofreu variação impactante nos restaurantes de comida boliviana da Rua Coimbra. Um costume que se perdeu no Brasil, sendo dilapidado pelos próprios bolivianos e que gerou estranhamento e saudosismo nos imigrantes, especialmente os recém-chegados.

*Sinto falta da batata preta! Nós chamamos de “chuño”! Aqui é muito caro! Tem, mas é muito caro, o triplo de lá [Bolívia]! Lá custa 2 bolivianos [moeda oficial do país] o quilo, né? Como vocês falam, aqui custa 20 [reais]... É muito, muito caro! (E9, 45 anos)*

*Tem a batata aqui, não é a boliviana, mas tem! O milho que não é boliviano, mas tem! É similar, fazemos umas adaptações. (E1, 61 anos)*

A nostalgia é comum em indivíduos que migram e deixam não somente sua terra natal e seus vínculos (de parentesco e de amizades), como também o sabor da culinária regional, fortemente impregnada pela cultura. A comida nostálgica é tão viva em suas lembranças e remete aos valores culturais arraigados, ao simbolismo de uma refeição, aos rituais praticados, despertando também sentimentos, vivências e memórias ao se misturarem às emoções. O ato de comer vem permeado de sentimentos de afetividade, evidenciando princípios estabelecidos e consolidados no seio familiar. As falas registradas na

pesquisa expuseram os costumes internalizados pelos imigrantes bolivianos imersos nas próprias tradições, implicitamente conhecidas e evidenciadas nos próprios comportamentos alimentares – caracterizando, assim, suas identidades culturais.

*Quando vim para o Brasil, senti falta do “chuño”, “tunta”, de comida natural, né? Por que aqui é muito artificial: legumes, verduras... Lá é mais natural, tem que aguardar sair da terra pra comer! (E3, 44 anos)*

*A única coisa que senti falta foi a batata que era muito diferente de lá pra cá, né? Aqui tem uma, duas variedades de batata só! Lá tem uma infinidade de variedade de batata, que você escolhe para que tipo de comida vai fazer! (E10, 46 anos)*

*Comfort food* é uma expressão do inglês traduzida como “comida confortável”. A expressão revela uma alimentação com capacidade que vai muito além de apenas satisfazer a fome através da refeição: expressa as lembranças, com capacidade de alimentar também as emoções (LIMA, LAMOUNIER e TEIXEIRA, 2018). Uma comida que, ao ser degustada, remete ao cuidado, dedicação, carinho, amor, estima, aconchego e o consolo emocional. Uma culinária afetiva traz conforto e retrata os traços culturais de um grupo, refletindo sua cultura. Nesse contexto, os nossos comportamentos alimentares manifestam as nuances da cultura ao qual estamos inseridos, através das nossas memórias gustativas, transcendendo o ato fisiológico de comer apenas para saciedade do corpo. É um despertar de sentimentos e memórias.

*Minha alimentação mudou um pouco, pelas coisas que tem lá e que tem aqui. É diferente! [...] Aqui fazemos umas adaptações [...]. Lá a alimentação é a base de muita batata, “chuño” [batata desidratada], milho, maçã... minha mãe sempre nos deu uma alimentação bem saudável! (E1, 61 anos)*

Indivíduos socializados no interior de uma tradição cultural internalizam as orientações valorativas transmitidas pelas gerações anteriores. Nesse contexto, a família, possui grande responsabilidade pelo comportamento alimentar dos seus membros, como a “primeira instituição” que tem ação direta sobre eles. Os mesmos são responsáveis pela conexão realizada entre o

indivíduo e o alimento e pela ritualização das refeições (preparo, arrumação da mesa, disposição dos utensílios, demarcação ou não dos lugares), atos que serão transmitidos desde muito cedo aos seus descendentes (GAMBARDELLA, FRUTUOSO e FRANCHI, 1999), conforme já mencionado anteriormente.

A realização das refeições em família são momentos para se ensinar boas maneiras (agradecer, pedir por favor, esperar a sua vez de falar sem interromper os outros), especialmente para as crianças. Refeições compartilhadas em família são propícias para transmissão de valores e uma ocasião para aproveitar a companhia uns dos outros, caracterizam-se como momentos de sociabilidade nas quais são reveladas as individualidades (preferências, opiniões). Dessa forma, os comportamentos envolvidos no processo da alimentação são parte relevante da vida em sociedade. Mais do que alimentar-se segundo o meio a qual pertence, o indivíduo alimenta-se em conformidade com a sociedade a que pertence, demonstrando suas particularidades e delimitando fronteiras (MACIEL, 2001).

*O tempero é bem diferente, mas nós temos esses restaurantes bolivianos, por que nós trazemos o sabor boliviano. É muito diferente você comer um “fricassê”, um “silpancho” do que comer arroz e feijão com salada [...]. Geralmente nós usamos alho, cominho, manjerição, “chimichurri”... e nós temos uma planta que se coloca em todas as comidas, que se chama “Huacatay”, que também só tem aqui na [rua] Coimbra. Se mistura o “Huacatay” na pimenta e é um sabor [pausa]... só comendo [risos]. (E5, 55 anos)*

A valorização do patrimônio alimentar resgatado através da culinária aprendida no país de origem e reproduzida no país de acolhimento reforça as raízes culturais do interlocutor que, ao fazer menção aos condimentos utilizados para o preparo do alimento, é capaz de salivar. Assim, a relação afetiva estabelecida entre o indivíduo e o alimento, uma vez aprendida, será conservada por toda a sua vida (MATURANA, 2010). O que é aprendido como comida típica, ou seja, que caracteriza um determinado país ou região, fomenta um sentimento de pertencimento, fazendo com que a comida vista a “roupagem” do mesmo (REINHARDT, 2007).

A conservação do comportamento alimentar eterniza as lembranças culinárias e o peso do primeiro aprendizado alimentar das famílias, conservando-

se, quiçá eternamente, em nossa memória (MINTZ, 2001). A característica das sociedades em conservar seus alimentos e a maneira de se alimentar leva à preservação da identidade cultural do seu povo. Nesse cenário, o sentimento de pertencimento ao grupo é assegurado pelo patrimônio cultural, pois, ao considerar simbolicamente a história de um povo, ele agrega significados a seus integrantes (BOTELHO, 2006).

A percepção dos indivíduos em relação aos alimentos podem ser transformadas ao longo da vida. As experiências culinárias vivenciadas pelos imigrantes bolivianos durante suas trajetórias particulares podem ser caracterizadas inicialmente por um período de estranhamento da culinária local, com posterior apreciação do cardápio. Dessa forma, os comportamentos alimentares podem ser passíveis de mudanças, possibilitando novas escolhas e, com o tempo, é possível aprender a gostar de algo que *a priori* não era satisfatório ao paladar.

*Tive que acostumar com a alimentação daqui do Brasil, por que não é ruim. Tem umas coisas que dá pra comer, dá pra consumir! [...] Quando você chega, não sente nada diferente, por que você só tá preocupado em trabalhar, mas com o tempo você sente saudade de algumas coisas [...]. Só o feijão que eu não conhecia! Então aqui [no Brasil] eu conheci o feijão e é gostoso. Não foi difícil adaptar, não! (E2, 70 anos)*

*Achei a comida diferente, por que aqui, todo dia tem arroz e feijão [...] mas aprendi fazer arroz e feijão com uma família brasileira, que me ensinou. Eu introduzi o feijão também na minha dieta, né? (E1, 61 anos)*

O imigrante, ao chegar no país receptor, tenta conservar os costumes alimentares do seu país de origem. No entanto, esse esforço de preservação pode ser dificultado pela inexistência de produtos típicos essenciais ao preparo de alguns pratos. Outro obstáculo vivenciado pelos imigrantes para conservação do comportamento alimentar boliviano em São Paulo é a questão financeira. A Feira da Rua Coimbra possui alguns armazéns que comercializam produtos típicos da Bolívia (diversos tipos de batatas e milhos, cereais, condimentos, etc.), contudo, com valores elevados uma vez que são trazidos pessoalmente do país por alguns comerciantes locais em viagens realizadas com esse intuito.

Nesse contexto, as migrações acabam impondo aos indivíduos e ou coletividades processos de readaptação alimentar, exigindo por vezes grandes empenhos. Tais esforços podem contribuir para que os sujeitos sejam menos exigentes, conseqüentemente mais receptivos e/ou acolhedores ao sabor da culinária da sociedade de inserção. Uma reconstrução do comportamento alimentar com apreciação da culinária local através do apreço e reconhecimento do seu valor demonstra que a cultura e os comportamentos alimentares não são estáticos, como exemplificado no relato a seguir.

*No começo eu tive dificuldade em comer a comida brasileira sim! Eu não gostava do feijão, nem do arroz, nem da salsicha. Agora é a coisa que eu mais adoro [risos]. O arroz eu achava meio diferente! Aqui eu achava que o arroz era mais duro, mais cru no meio! Agora eu acho o daqui mais gostoso do que de lá! [risos] (E7, 22 anos)*

A dependência alimentar e o esforço adaptativo revelam-se como fatores constitutivos das novas exigências e situações diante das condições transformadoras da migração (PONS, 2005). Se, por um lado os onívoros são fortemente dependentes dessa variedade alimentar direcionada à diversificação, mudança, inovação e exploração ao novo, por outro lado é compelido à ponderação, desconfiança, receio e prudência nas suas escolhas já que os alimentos desconhecidos podem representar um perigo potencial (FISCHLER,1995).

O paradoxo do onívoro situa-se na tensão e oscilação entre neofobia (resistência à inovação, medo do desconhecido e prudência) e neofilia (necessidade de mudança, tendência a exploração às novidades e variedades). Onívoros estão propensos a um tipo de *double bind*, ou seja, dupla compulsão entre o familiar e o desconhecido, a monotonia e alternância, a segurança e variedade. Seguramente há um receio na conexão entre o homem com sua comida, uma preocupação resultante não somente da necessidade de desconfiar dos alimentos novos ou desconhecidos, mas também da tensão entre esses dois imperativos contraditórios e igualmente necessários do *double bind* (FISCHLER,1995).

Consentir em ingerir certos alimentos é o resultado de ter-se habituado a eles. Nas substituições e incorporações de alimentos e ingredientes inteiramente

estranhos aos seus ocorre uma desconstrução e posterior reconstrução das identidades étnico-culturais, que vão se formando através dos contatos realizados entre os imigrantes e os moradores do país receptor (CORNER, 2011). Observa-se na fala de E7 (22 anos), que alimentos regionais podem tornar-se gradativamente apreciáveis pela da força do hábito que, por sua vez, faz com que os indivíduos se adaptem a eles e conseqüentemente os integrem ao seu cotidiano alimentar. Uma adaptação ao paladar da referida imigrante boliviana, remodelada através do reconhecimento e apreciação de novos sabores.

O “estilo alimentar dicotômico” é reconhecido como uma circunstância em que migrantes incorporam os práticas e comportamentos densamente impregnados pela alimentação cotidiana da sociedade de inserção, embora conservem e readaptem práticas genuínas. Nos processos de adaptação, entretanto, é possível deparar-se com o “estilo alimentar dual”, determinado por uma combinação de elementos, indefinição aumentada e autonomia (econômica e cultural) diminuída (CALVO, 1982). A diversidade cultural e individual inerente aos indivíduos pode explicar por que muitos indivíduos apresentam reações variadas a fatos semelhantes, ou seja, uma alimentação que para muitos pode ser considerada como um fator problemático, para outros não o é, como mostram as falas abaixo.

*A alimentação não era estranha não por que eu estava acostumado a comer as coisas piores lá [na Bolívia]. Então não foi difícil não! Só o feijão que eu não conhecia. Então aqui eu conheci o feijão e é gostoso. Não foi difícil adaptar, não! (E2, 70 anos)*

*Não senti falta de nada, por que tudo que tem aqui, tem lá! Tinha tudo: tem arroz, tem cenoura, tem batata, tem carne, tem milho, tem tudo! Tem coloral, tem pimenta... tem tudo! Não senti falta de nada! (E4, 57 anos)*

*Olha, você pode acreditar, eu nunca tive saudade das comidas bolivianas, mas eu preparo e gostava muito! Eu aprendi a fazer feijão muito tarde, muito tarde mesmo! Agora depois de velha que aprendi! Gosto muito de arroz e feijão daqui, e como se chama? [pausa pra pensar]. Que eles preparam pra churrasco? Farofa! [...] Eu preparo ao costume brasileiro, entendeu? Arroz, feijão, batata, muita verdura junto, couve-flor, ninja [brócolis], cenoura,*



*rabanete... tudo que tem, aqui! [...]! No Brasil não falta nada, é só se adaptar! Eu não faço comida boliviana todo dia! Adapto! (E6, 72 anos)*

As tradições permanecem conservadas na vida dos imigrantes, ainda que estes não estejam em seus países de origem. As transformações alimentares aparecem gradualmente durante esse processo de descobertas gustativas, sendo capazes de fomentar novos comportamentos alimentares. As determinações humanas no que diz respeito à classificação alimentar definem o que se configure como comestível ou não, traduzindo os nossos comportamentos e consequentemente nossas heranças culturais.

*Feijão não comemos! Arroz, macarrão, batata, é normal! O que muda é o feijão! Calabresa, aqui tem muita, mas lá [na Bolívia] não! Lá é peixe e carne, aqui tem muito calabresa, muito mesmo! (E9, 45 anos)*

*Feijão, não se come! Poucas vezes! Às vezes deve-se comer uns 2% [da população], mas poucas vezes se come! Uns 2% ou 10%! (E8, 45 anos)*

*Tinha feijão na Bolívia, lógico que se produzia, mas isso se cozinhava e dava para os porcos! Não sabíamos o valor nutritivo do feijão, entendeu? (E6, 72 anos)*

*Na Bolívia tem feijão, mas é comida pros porcos! Ninguém tem esse costume de comer, principalmente na minha cidade quase não tem, mas em Santa Cruz o pessoal que tem feijão, dá pros porcos, não tem esse costume de comer! A gente come mesmo do feijão é a fava! Quase parecida, né? Fava e ervilha comem bastante! (E10, 46 anos)*

Em algumas sociedades, as famílias criam animais como forma de subsistência ou com finalidades econômicas e os produtos produzidos por eles (carne, leite) são comercializados, abastecendo o mercado consumidor. A alimentação desses animais é baseada em alimentos pré-determinados como não adequados para dieta humana, conforme exemplificado nas falas acima. O feijão representa uma interdição, um tabu estabelecido culturalmente entre alimento adequado para o consumo humano e alimento adequado para animal. Trata-se de um comportamento consciente, que define e qualifica alimentos próprios para seres humanos e animais. Nesse cenário, suas escolhas são

baseadas em critérios estabelecidos não somente pelos seus costumes, como também pelos valores imputados a cada alimento (FRANZONI, 2016).

A delimitação do que será definido como comida, assim como a gramática alimentar, está associada a uma classificação determinada culturalmente (MACIEL, 2001) pela sociedade ao qual o indivíduo nasceu e, portanto, “vincula-se”. Assim, a cultura estipula as prescrições e proibições (tabus), como também as diferenças entre o que é considerado bom ou ruim, forte ou fraco, *ying* e *yang*, de acordo com classificações estabelecidas culturalmente (MACIEL, 2001).

Há uma relação estreita entre comida e atividades laborais exercidas: trabalhos que exigem maior esforço físico necessitam de maior energia para sua execução. Maior energia é encontrada em alimentos com maior valor energético e que levam à saciedade por um período maior. Para o entrevistado a seguir, a comida era considerada o combustível do organismo, ou seja, ela fornece energia para um melhor desempenho nas atividades laborais. Estudos etnográficos demonstraram o favoritismo das classes populares pelas “comidas fortes” por assegurar força e aptidão para o trabalho e proteger contra a fome, estendendo a sensação de saciedade corporal. A ideia de força, de “sustança” como característica inerente a algumas comidas é essencial nas representações populares (CANESQUI, 1976 e GUIMARÃES, 1983 *apud* CANESQUI, 2007).

*Nossa, minha alimentação foi bastante [pausa pra pensar] não tem nenhum padrão! Por exemplo, eu já trabalhei no garimpo e você tinha que colocar bastante esforço físico e quando você coloca esforço físico, você precisa de muito carboidrato! Agora quando você trabalha em um trabalho leve, na parte administrativa, aí sim dá pra controlar a alimentação. Você não come nada de carboidrato, mas come proteína e dá para controlar! (E8, 45 anos)*

Em alguns grupos sociais a dieta masculina é caracterizada pelo consumo de alimentos ricos em calorias e proteínas, que denotam força, energia, masculinidade e poder, como as carnes (FARGELI e WANDEL, 1999 *apud* SANTOS, 2008). Entretanto, é relevante enfatizar que as diversidades generificadas devem também cogitar a multiplicidade dos universos masculinos. (SANTOS, 2008).

Os comportamentos alimentares dos indivíduos são assimilados no decorrer da sua existência, tendo como aspecto central sua capacidade de

serem moldados conforme a situação e/ou contexto em que se encontram. Nessa perspectiva, o indivíduo é fruto de uma sociedade já configurada, que tem suas condutas pautadas por normas e valores, preestabelecidos por ela (ALESSI, 2006), porém com grande capacidade de adaptações (incorporações e substituições), considerando seu caráter inacabado, uma vez que seus comportamentos são construídos e internalizados progressivamente através de processos sociais e culturais experienciados.

### **5.3 Alimentação e gênero**

Gênero é um termo social imposto sobre um corpo sexuado (SCOTT, 1995), que alcançou outras denominações, nas últimas décadas, realçando a noção de cultura (ARAÚJO, 2005). É adequado assinalar “construções culturais”, uma vez que expande a visão da realidade, admitindo espaços para diferenças entre homens e mulheres, e ainda um modo relevante de atribuir significado às relações de poder no Ocidente (SCOTT, 1995).

Na perspectiva culturalista, as diferenças sexuais são o reflexo da socialização e cultura dos indivíduos (ARAÚJO, 2005). As circunstâncias em que homens e mulheres vivem são frutos especialmente das construções sociais historicamente moldadas em cada sociedade, que acabaram definindo trabalho masculino e feminino (KERGOAT, 2009). Tradicionalmente, as sociedades dividem o trabalho de várias formas.

As sociedades patriarcais são determinadas por comportamentos machistas, estimulados e perpetuados por uma estrutura hierárquica social em que os homens exercem uma relação de poder e controle sobre mulheres (MÉRIDA, 2016). Pode-se dizer, sem a pretensão de generalizar e rotular as condutas dos imigrantes bolivianos, já que as sociedades não são homogêneas, que a cultura machista encontra-se entranhada na sociedade boliviana, com evidências que apontam para comportamentos machistas no país.

Um exemplo a ser citado foi na ocasião da comemoração do dia das mães no ano de 2015 na Bolívia em que foi lançado um comercial publicitário por indústrias de azeite com intuito de homenagear as mulheres que decidiram ser mães. A percepção das mulheres acerca da “homenagem” foi negativa: não se sentiram representadas e expressaram desconforto por considerarem que o

comercial reforçava estereótipos e ideias que as restringiam apenas às tarefas domésticas e à criação dos filhos, situação que fortalece a estrutura social patriarcal do país (MÉRIDA, 2016).

Na Bolívia, 30% das mulheres adultas não sabem ler ou escrever, contra apenas 5% dos homens, refletindo as diferenças entre homens e mulheres (BOHRT, 2013). Essa circunstância é determinada pela educação privada das crianças com efeito maior sobre as meninas, perpetuando o pensamento de que as mulheres devem ficar em casa cuidando dos irmãos e realizando as tarefas domésticas (GLOBAL CAMPAIGN FOR EDUCATION, 2012). É também um comportamento construído ao longo da história e que se conserva até hoje, fruto de uma herança cultural na qual o modo de pensar e agir refletem uma estrutura hierárquica vertical, sendo replicados nos mais diversos espaços sociais, como os lares. Nesse contexto, situações corriqueiras como o ato de cozinhar podem vir carregadas de machismo.

*Na cozinha a maioria são mulheres! [...] Como nossos primitivos, o homem sempre se sentia superior à mulher, daí vamos mudando [...]. Direitos iguais! [...] Eu não estou aqui pra mandar nela, não! O cara também tem que ter a consciência, tem que haver uma conversa [...]. Existe em qualquer cultura esse machismo, mas parece que em meu país tem mais machista. (E8, 45 anos)*

*É a mulher que prepara a comida! O homem é machista, não entra na cozinha! São raras as vezes que o homem entra na cozinha. (E1, 61 anos)*

Nesse cenário, mudanças comportamentais podem ser dificultadas face à profunda internalização estabelecida diante das diferenças de atuação determinadas para homens e mulheres, pois trata-se de uma concepção ancorada e solidamente enraizada em sociedades patriarcais. Por conta disso, os sujeitos podem não ser capazes de superar os papéis atribuídos aos cônjuges, mesmo que estes papeis estejam apoiados em arranjos estabelecidos nos séculos anteriores (JABLONSKI, 2010).

*Minha esposa que faz pra nós: pra mim e para os filhos! Ela que prepara! (E3, 44 anos)*

*Minha mãe preparava! Quando eu cresci e tinha uns 12, 13 anos, eu que preparava. (E4, 57 anos).*

Historicamente adaptada a cada sociedade, a relação social expressa na realização do trabalho doméstico retrata uma divisão sexual e social do trabalho que, sob a ótica do gênero, fica principalmente a cargo das mulheres (LAMARÃO, 2008). Na perspectiva histórica e social a mulher, por séculos, foi posta como coadjuvante, assumindo um papel secundário de sua própria história, vivendo em circunstâncias de servilismo ao homem através da figura do pai e, posteriormente, do marido (SILVA, 2019). Alicerçadas nessa “concepção”, as mulheres passaram a ser perpetuadoras das tradições domésticas às filhas. Uma prática muitas vezes reforçada já na infância, através dos presentes oferecidos às meninas (como fogão, brinquedos de panelas, rodos e vassouras), naturalizando essa construção social de mulher associada ao espaço doméstico.

Habitualmente são as mulheres também as responsáveis pela transmissão dos conhecimentos referente ao ofício de cozinhar aos seus descendentes. Conhecimentos muitas vezes conservados e perpetuados por meio dos cadernos de receitas, contendo suas experiências e invenções gastronômicas bem sucedidas, como forma de cultivar as tradições culinárias, uma ferramenta que resgata a história, zela pela prática de cozinhar e permite a preservação e proteção dos comportamentos alimentares das famílias.

O preparo das refeições da família é uma concepção enraizada e reproduzida ainda hoje em muitas sociedades, em que a figura feminina se encontra associada aos afazeres domésticos. Uma ação que vai muito além do planejamento e compra dos alimentos, pois inclui as adaptações alimentares em função do orçamento familiar e predileções dos seus membros. Dentre os imigrantes bolivianos participantes da pesquisa, pode-se dizer que cabe à mulher o preparo dos alimentos, a responsabilidade em alimentar as crianças menores, sendo por vezes, a última a sentar-se à mesa, o que foi evidenciado por alguns interlocutores nas entrevistas. Dessa forma, o trabalho doméstico encontra-se fortemente vinculado à figura feminina, que se estende do universo adulto ao infante-juvenil, como apresentado na fala abaixo.

*Eu tenho uma moça que trabalha há mais de 20 anos pra mim, é da Bolívia. Quando trouxemos, ela era de menor,*

*agora é de maior. Minha prima que trouxe ela da Bolívia com 10, 15 anos. Eu já estava aqui. Ela já está há mais de 20 anos comigo. Ela prepara a comida todo dia, ela aprendeu a fazer tanto a comida brasileira e comida boliviana. (E2)*

A prática de “acolher” pessoas em sua residência para trabalhar é presente em sociedades distintas, acometendo majoritariamente por crianças do sexo feminino (LAMARÃO, 2008) provenientes de regiões carentes. Essas meninas são apresentadas à sociedade como parente distante, afilhada, ou mesmo “filha” de criação, convidadas “generosamente” a integrar famílias que, teoricamente, lhes proporcionariam melhores condições de vida e estudo. No entanto, essa criança nunca terá o *status* de pessoa da família e será sempre a empregada ou a babá, já que os padrões dificilmente são chamados de pais, mas sim de “senhor”, “senhora”, “seu”, “dona” (FONSECA, 1995).

Essa prática de “acolhimento”, na verdade, serve para camuflar a realização das tarefas domésticas, tipificando assim um subemprego e, portanto, trabalho infantil doméstico. Nesse cenário, o trabalho doméstico vai sendo estabelecido em uma “família de terceiros” na qual a criança exerce a função de “criada” ou “empregada” em um sistema hierarquizado, norteado por deveres, regras, obediência e submissão (LAMARÃO, 2008). Dessa forma, a criança, em função da sua imaturidade (reflexo da pouca idade cronológica e pela total dependência da família), tende a não reagir, questionar ou contestar os fatos, determinando relações de poder. A menina agregada nunca terá voz já que vive em um ambiente opressor, realizando um trabalho desvalorizado e, por vezes, não remunerado em contrapartida da moradia e a possibilidade de estudo. Ressalta-se a invisibilidade dessa prática, uma vez que ocorre no espaço íntimo do lar e, portanto, longe dos olhares e julgamentos públicos.

As diferenças entre homens e mulheres são evidenciadas ainda no momento das refeições. Em alguns grupos, o pai é sempre o primeiro a ser servido, seguido dos filhos adultos. Somente quando o pai termina sua refeição é que a mãe e as crianças sentam-se à mesa e se alimentam com o que sobrou. Comer as sobras não expressa necessariamente que tenham se alimentado mal, mas reflete a existência de um padrão hierárquico no qual cada indivíduo é “posicionado no seu lugar”. Dessa forma, a família, a cada refeição, se alimenta

não somente seus corpos, mas também de representações (WOORTMANN, 1986).

*Lá na Bolívia quando eu era pequeno, não sentava na mesa todo mundo. Primeiro sentava meu pai, depois minha mãe servia comida para todo mundo, mas aqui no Brasil, nós perdemos esse costume [...] Tínhamos muito respeito ao pai! Fazíamos uma oração primeiro e depois meu pai comia e depois nós comíamos [...] É costume na Bolívia, pelo menos era antigamente que se respeitava o pai, hoje pelo menos, não se tem esse costume. (E5, 55 anos)*

*Existia um ritual durante as refeições! Tem categoria, por exemplo, primeiro tem que ser servido o chefe do lugar, que seria o pai, depois a mãe, depois o irmão mais velho, o caçula e assim sucessivamente. De forma gradual! [...] Regras da nossa descendência e que passou de muitas gerações. (E8, 45 anos)*

*Na minha casa não tinha nenhum ritual, mas tinha que esperar o pai pra comer! Não podia comer sem o pai! (E10, 46 anos)*

A Bolívia configura-se como um país machista e patriarcal evidenciado pelos casos de violência contra as mulheres. O país lidera o *ranking* de feminicídio entre os países América do Sul (JORNAL O SUL, 2019). Após o assassinato de uma jornalista em 2013 pelo seu ex-marido, foi promulgado o “Direito Integral” para garantir às mulheres uma vida livre da violência. Um ano depois, o assassinato de outra mulher em Santa Cruz apressou a aprovação do regulamento da lei mencionada. No entanto, a imprensa boliviana admitiu a acumulação desses casos nos tribunais e a saturação no Ministério Público em que menos da metade chegam a um julgamento e sentença. Outro problema enfrentado é a morosidade devido à falta de pessoal especializado e também à resistência dos homens (PARADA, 2016).

Um estudo sobre violência de gênero investigou as concepções e experiências dos habitantes da cidade de Ascensão de Guarayos, no Departamento de Santa Cruz, na Bolívia. Os resultados apontaram que os homens não somente têm o direito, como também o dever de castigar fisicamente a mulher no relacionamento conjugal por não cumprirem suas funções de mãe e esposa. Um pensamento naturalizado também compartilhado por algumas bolivianas (ORTIZ e JAÚREGUI, 2016). Esse cenário evidencia

uma cultura em que o homem é superior à mulher, uma construção estabelecida através da diversidade histórica, social e cultural. As rotinas estabelecidas durante as refeições em algumas famílias de imigrantes bolivianos, conforme relatado por alguns interlocutores, também exemplificam esse cenário. As falas dos participantes evidenciaram uma sociedade patriarcal em que a figura masculina se constitui como o chefe da família, com autoridade absoluta dentro do seu lar. Alguns interlocutores ressaltaram a relevância e o valor da figura paterna, inclusive durante as refeições.

Percebe-se que os comportamentos alimentares se encontravam associados a hierarquização das refeições (quem come primeiro) e pela proibição em realizá-las sem a presença do pai. Esses atos justificados pelo processo de socialização em que o indivíduo foi moldado, possivelmente naturalizados na Bolívia por uma sociedade marcada pela grande desigualdade de condições entre os gêneros.

No espaço familiar boliviano, as práticas sociais sexistas são representadas e replicadas na educação dos filhos. As meninas são ensinadas desde cedo pelas mães a realizarem as atividades domésticas e os meninos a se libertarem de tais responsabilidades. (CRUZ, 2012) As mulheres desde a infância são educadas com brinquedos reprodutivos dos papéis da maternidade e do cuidado, enquanto os brinquedos infantis dos meninos desenvolvem sua curiosidade e criatividade. (ANGARITA, 2019)

Um sistema simbólico de representações sociais inserido sobretudo no interior dos lares, que por sua vez, determina as regras e normas da vida social dos indivíduos, evidenciadas pela prática da dominação do homem sobre a mulher na sociedade. Um preconceito explícito por opiniões e atitudes, que vão contra a igualdade de direitos entre os gêneros.

Relevante ainda ressaltar a questão geracional expressa na fala em que o interlocutor revelou o ritual familiar da permissão para realização das refeições posteriormente ao pai. A ideia de geração compreende desde fenômenos intrincados que abrangem as partilhas históricas e sociais e à posição social dos mesmos, até o modo como se conectam (ou não) em torno de determinada situação, episódio ou evento, determinando unidades de gerações distintas (SILVA, 2014). Por um lado, "modelos conscientes" direcionadores dos comportamentos e ações dos indivíduos em sociedade, por outro, de forma



"inconscientemente comprimida", "intensiva" e "virtual". Para a conexão geracional, é necessário não somente a participação em uma comunidade estabelecida a partir de experiências comuns, sendo fundamental também a criação de um vínculo de participação em uma prática coletiva (MANNHEIM, 1928).

Entretanto, como não há uma regra ou padrão para a vida em sociedade e considerando ainda que as mesmas não são homogêneas, esse pensamento não é compartilhado por todos os indivíduos e/ou grupos, como evidenciado na fala a seguir.

*Lá [na Bolívia] todo mundo come junto! Só que lá a comida é servida assim: o prato maior é da pessoa mais velha de casa, até o menor que era do mais novo. (E7, 22 anos)*

O processo de urbanização e a propagação da ideia de uma cultura globalizada ocasionaram transformações nas estruturas familiares (GUIMARÃES, 2012), observados nas entrevistas da presente pesquisa. Foram estabelecidos, por exemplo, arranjos familiares entre homens e mulheres que contribuíram com mudanças na percepção em relação aos trabalhos classificados ou definidos em função do gênero. Observou-se também famílias em que homens e mulheres compartilham as tarefas da casa.

*Minha mãe que preparava! Meu pai também cozinhava! Assim, às vezes ele cozinhava, mas nem sempre. A comida da mamãe era melhor [risos]. (E5, 55 anos)*

*Minha avó fazia a comida ou a minha mãe! O homem também faz, na minha família não tinha distinção. (E7, 22 anos)*

*Tem homens que fazem, tem homens que não fazem! Na época que eu morava lá, eles eram machistas, mas agora estão se modernizando. Eu tenho um cunhado caçula que faz comida, faz suco, cuida das crianças, faz tudo! (E4, 57 anos)*

Percebe-se nessas falas mudanças no cenário doméstico por meio da divisão e reconfiguração das tarefas, contrapondo-se ao modelo herdado nos anos 1950 no qual o homem saía para trabalhar e a mulher permanecia em casa, para cuidar do lar e dos filhos (JABLONSKI, 2010). Essa relação pressupunha o

trabalho profissional remunerado (formal) do homem, de provedor da família, e o trabalho doméstico (informal e não-remunerado) de cuidadora da mulher (casa, filhos, marido, idosos, doentes), em nome do amor e do dever materno. Dessa maneira, ficava à cargo da mulher a realização das atividades socialmente inferiores (HIRATA, 2010).

Observa-se entre alguns imigrantes entrevistados uma prática de parceria que presume igualdade entre os gêneros, na qual mulheres e homens dividem as tarefas domésticas e as responsabilidades dos cuidados da família, evitando a sobrecarga em um dos lados e, em certa medida, demonstrando que as sociedades são dinâmicas e não estáticas. Contudo, é importante salientar que essa divisão mais igualitária de tarefas expressa nas falas não necessariamente se efetivarão como regra e de forma homogênea em todas as sociedades. É preciso conhecer e considerar o contexto de cada família e a força que suas crenças, padrões e valores têm para definição e distribuição das tarefas e papéis familiares.

#### **5.4 Perdição**

O alimento pode ser caracterizado como um elemento para se compreender o indivíduo e/ou grupos em seu meio, dentro das relações sociais. Os diversos percursos do alimento (produção até o consumo) são construídos por essas relações (MÜHLBACH, 2004). Por exemplo, muitas sociedades ainda têm a agricultura como principal fonte geradora de alimentos para sua subsistência, cuja finalidade básica é a produção, assegurando o sustento do agricultor, da sua família e da comunidade em que este encontra-se inserido.

A Bolívia é um país com riquezas imensuráveis expressa na multiplicidade de seus recursos naturais, tradições e cultura. O país é habitado por populações que passaram por situações extremamente difíceis e que acabaram desenvolvendo capacidade e conhecimento para prosperar e se moldar às adversidades extremas. Isso é particularmente notório no meio rural onde, por séculos, os pequenos agricultores aprenderam a subsistir, produzir e sustentar suas famílias em condições difíceis (VÉLEZ *et. al.*, 2017).

*O alimento vem das hortas! [...] É tudo plantado na Bolívia [...]. Cochabamba tem o seleiro da Bolívia, né? É a cidade que produz verdura, fruta, legume e então distribui. Geralmente a verdura é bem barato, sem agrotóxico. De Cochabamba distribui para outras cidades. (E1, 61 anos)*

*Tem um Estado, um Departamento que tem bastante potencialidade no cultivo de hortaliças e alimentos: Cochabamba! Nossa, é ele que fornece a La Paz. Se não tivesse esse Departamento, parece que a gente morreria! La Paz tem um pouquinho de cultivo de hortaliças, não tem muito, mas Cochabamba é que fornece a toda Bolívia. Santa Cruz também fornece por que é um lugar muito adequado: o clima, o ambiente é bem adequado para produção de hortaliças. (E8, 45 anos)*

O sistema alimentar envolve especialmente a relação entre produção, distribuição e consumo alimentar de uma dada sociedade. Os aspectos socioculturais da alimentação compreendem os processos de cultivo, produção e distribuição, preparo e consumo. Nesse sentido, a Bolívia possui vasto cenário que abrange sistemas produtivos imensamente nutritivos e diversificados, com capacidade de alimentar não somente sua população, mas ainda todos os países da América de forma sustentável e ecologicamente correta. Entretanto, o país não vem sendo administrado de forma planejada e tecnologicamente adequada, com reflexos na alimentação. Os dados sobre o estado atual da segurança alimentar<sup>10</sup> na Bolívia mostram que o país está em risco devido aos níveis de insegurança alimentar nacional, agravados pela nutrição inadequada que atualmente atinge um quarto da população. Os sistemas de colheita e pesca artesanal em vários lugares do país permanecem alicerçar-se em processos injustos que diminuem e restringem sua autonomia. As importações de alimentos apontam que, nos últimos anos, a Bolívia tornou-se cada vez mais dependente dos produtos importados (VÉLEZ *et. al.*, 2017). Desse modo, pode ser perceber a complexidade do comportamento alimentar quando o acesso aos alimentos é determinado, também, por políticas econômicas, agrícolas e agrárias (GARCIA, 2003).

---

<sup>10</sup> Direito das populações de decidir e controlar por conta própria, o sistema agroalimentar e produtivo, tendo acesso a uma alimentação saudável, nutritiva, alimentos culturalmente adequados, produzidos de modo sustentável e ecológico (VÉLEZ *et. al.*, 2017).

A globalização permitiu a modernização das características do sistema alimentar em diversos lugares do mundo, transformando, de certa forma, os modos de vida de sociedades tradicionais. As inovações tecnológicas a partir da Revolução Industrial causaram um impacto mundial, alterando as relações entre o ser humano e a natureza, através da substituição de um sistema de produção agrário e artesanal para outro de natureza industrial, dominado pelas fábricas (COLLYER, 2014). Esses maquinários permitiram produções de alimentos em larga escala e a sua conservação por tempo prolongado (PROENÇA, 2010).

*Lá [na Bolívia] é mais natural, né? Aqui é tudo artificial, pelo menos essa é minha opinião, que eu tenho 43 anos no Brasil. Por que lá você consome as coisas colhidas no dia [...]. Aqui você consome depois de anos, então é bastante diferente. (E2, 70 anos)*

*Lá na Bolívia o alimento vai do produtor para o consumidor, então não é como aqui, nessas fazendas gigantes que produzem com agrotóxico. Lá é tudo natural! Tudo natural! Então não tinha nada de agrotóxico! (E10, 46 anos)*

Após a Segunda Guerra Mundial iniciou-se o uso abundante de agrotóxicos, venenos produzidos pelas indústrias que passaram a ser empregados na agricultura a fim de conter as pragas e doenças nas plantações. No Brasil, a introdução dos agrotóxicos não ocorreu por solicitação técnica dos produtores rurais que perdiam suas lavouras em função das pragas e doenças, mas sim por exigência do mercado externo (DA MATA e FERREIRA, 2013).

Agrotóxicos produzem impactos negativos ao meio ambiente contaminando a água, o solo, os peixes e os alimentos. Combater os efeitos ocasionados pelo uso dos agrotóxicos nos alimentos constitui-se como obstáculos uma vez que se trata de uma contaminação imperceptível, sendo de fato impossível ao consumidor identificar através do sabor os alimentos que foram pulverizados ou não com os mesmos (ANVISA, 2006). No entanto, alguns interlocutores da pesquisa relataram aspectos de alteração de sabor dos alimentos produzidos no Brasil.

*O gosto do alimento lá é diferente do daqui! acho que aqui tem mais agrotóxico, lá é mais natural por que a gente já tira da terra e come. (E7, 22 anos)*

*Lá o alimento não tem muitos agrotóxicos, não tem! É mais fresco e mais gostoso! (E4, 54 anos)*

De acordo com relatos de alguns imigrantes bolivianos, a comida brasileira não possui um sabor agradável ao paladar. Avaliaram a comida brasileira como uma comida ruim, mais tóxica em comparação à boliviana em função do uso dos agrotóxicos e de substâncias utilizadas para prolongar seu tempo de consumo. Apesar do sabor classificado como “diferente” ou “estranho” ao paladar, os interlocutores tinham ciência de que não havia outra opção para consumo, tampouco a possibilidade de escolha. Talvez a razão para esta percepção divergente dos imigrantes bolivianos quanto a alteração do sabor da comida, esteja associada a fatores psicológicos, subjetivos e inerentes ao indivíduo, como reflexo das experiências singulares vivenciadas. Essas experiências são baseadas nos contatos iniciais com o alimento e estão intimamente relacionadas ao aprendizado ou socialização.

A toxicidade sugerida remete a um alimento capaz de ser prejudicial à saúde ao ser ingerido. Em contrapartida, o alimento boliviano é considerado puro, conferindo uma conotação também moral à comida, conservando a dicotomia na classificação bom/ruim, tóxico/puro. Um estranhamento ao paladar, não hegemônico, gerado ao consumir um alimento com sabor diferente do habitual, ou seja, da cultura ao qual foi socializado e que, *a priori*, foi imperceptível ao paladar de alguns entrevistados. Contudo, não houve associação da toxicidade do alimento plantado em solo brasileiro ao desenvolvimento de doenças crônicas por nenhum dos interlocutores.

A dieta humana sofreu modificações ao longo dos tempos em virtude das descobertas técnico-científicas. Inovações tecnológicas aplicadas pela indústria alimentar cujo objetivo foi ampliar o período para o consumo de inúmeros produtos e/ou alimentos (POLÔNIO e PERES, 2009), por meio da aplicação de aditivos (ADAMI e CONDE, 2016), através de técnicas de conservação pelo calor, frio, fermentação, controle da umidade (métodos de concentração e desidratação), salga, defumação (VASCONCELOS e DE MELO FILHO, 2010) ou ainda através da manipulação genética, originando organismos geneticamente modificados ou transgênicos (DA ROCHA e MARIN, 2011). A urgência em conservar os alimentos está relacionada ao fato de os produtos de origem animal e vegetal serem sensíveis às alterações ocasionadas por agentes

biológicos (micro-organismos e enzimas), físicos (luz e calor) e químicos (oxigênio e água) (VASCONCELOS e DE MELO FILHO, 2010) sendo aplicada, sobretudo, em produtos perecíveis.

Diversos fatores impulsionaram os indivíduos a modificarem seus comportamentos alimentares nas últimas décadas, como a progressiva urbanização e industrialização, a inserção da mulher no mercado de trabalho, o ritmo acelerado de vida, e a busca por praticidade e economia de tempo destinado ao preparo das refeições (GARCIA e FERNANDES, 2010). Essas mudanças foram expressas pelo melhor poder aquisitivo dos indivíduos, possibilitando a realização das refeições em restaurantes diferenciados e, ainda, em função da modificação da estrutura familiar (arranjos unipessoais, que são compostos por indivíduos que por opção ou consequência da vida moram sozinhos como idosos, estudantes, adultos). No esforço para se moldar a alimentação ao ritmo frenético do dia-a-dia, as escolhas alimentares passaram a ser direcionadas para alimentos mais condizentes com o novo estilo de vida (FRANÇA, *et. al.*, 2012).

Inegavelmente, e por outro lado, os alimentos industrializados promoverem liberdade no tocante à tirania das tarefas culinárias diárias (SANTOS, 2008). O alimento não mais é operado por uma “mão familiar e em condições sob suspeita purificadas pelo amor e ritos”. Uma “obscura cozinha” é criada pela indústria, encarnando uma “mãe malvada” que trabalha mais com obscuras manipulações – o caldeirão da bruxa (FISCHLER, 2001).

A comensalidade contemporânea ocidental tem sido influenciada não somente pela indústria alimentícia como também pelo comércio. Esses, perceberam nesse nicho uma possibilidade de ascensão e passaram a oferecer uma multiplicidade de facilidades e opções à nova realidade, delineando, assim, novas modalidades no modo de comer. O arsenal publicitário associado aos alimentos veiculados nas mídias igualmente têm contribuído para esse cenário (GARCIA, 2003). O *marketing* alimentar tem como objetivo aguçar o desejo dos indivíduos a consumirem o produto e têm alcançado bons resultados, possivelmente pelo fato de os alimentos serem considerados como produtos de primeira necessidade representando, assim, um elevado potencial para o mercado consumidor.

Nesta perspectiva, a indústria alimentícia tem apostado fortemente no *marketing* de alimentos, produzindo e transformando ou remodelando produtos, com intuito de atender os desejos da população, assim como através da divulgação de promoções que estimulem o consumo (WANSINK, 2005 *apud* RODRIGUES, 2010). A publicidade exerce papel significativo no consumo desmedido de alimentos com alta densidade calórica e baixo valor nutritivo, promovendo mudanças alimentares que possivelmente comprometerão a saúde dos indivíduos.

No cenário brasileiro, a indústria de alimentos foi responsável por 9,6% do PIB sendo, certamente, um dos principais pilares de desenvolvimento do país. Em 2018, registrou-se um faturamento de R\$ 656 bilhões, 2,08% superior ao ano anterior (DORNELLAS, 2018). Com mais de 1,3 milhões de pontos de vendas no país, o *Food Service* (alimentação fora de casa) apresentou um crescimento de 246,2% nos últimos 10 anos (2008 a 2018). O varejo alimentar também apresentou evolução positiva em 2018, com vendas da indústria de alimentos ao comércio varejista alimentar com 190% de crescimento (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE INDÚSTRIA E ALIMENTAÇÃO, 2018).

A comodidade constitui-se como fator fundamental na decisão da adoção do tipo de alimentação de comidas prontas. Refeições congeladas compactadas em caixas são como *kits* de sobrevivência para vida moderna. Encontradas inclusive em porções individuais, fazem parte do cotidiano de muitos lares (BORGES, 2010). Neste cenário, os aplicativos de comida, em função da sua praticidade e comodidade, também ganharam força e muitos adeptos. Atualmente, é possível pedir refeições, lanches, bebidas e sobremesas através de diversos aplicativos de comida (como *Ifood*, Uber Eats, Rappi, etc.) e/ou entrega *delivery* do seu restaurante de escolha.

Dentre as vantagens do serviço *delivery*, destacam-se a possibilidade de o cliente experimentar inovações gastronômicas de diversas culturas, otimizar o tempo destinado para tal prática evitando as filas e toda a comodidade proporcionada por esse serviço. Ao prezar pela agilidade na entrega de alimentos (período entre o pedido e a entrega de no máximo 35 minutos), preservam o sabor, a temperatura e a aparência dos alimentos (GIMENES-MINASSE *et. al.*, 2018). O serviço gera um novo contexto, marcado pela possibilidade de evitar deslocamentos para a residência ou estabelecimentos

especializados que comercializam alimentos (restaurantes, shoppings, lanchonetes, padarias, vendedores ambulantes), pela flexibilização de horários para comer e pela crescente individualização dos rituais alimentares (GARCIA, 2003).

A ascensão dos *fast-foods* têm sido destacados como um dos pontos para o entendimento da essência dos problemas sociais atuais (CARNEIRO, 2005). O que prevalece nas decisões de escolha, aquisição e consumo desse tipo de alimento são benefícios sensoriais que promovem prazer aos consumidores, em todos os níveis socioeconômicos (REGO, 2014). A alimentação fica pautada pela substituição das principais refeições (almoço e jantar) por lanches rápidos (sanduíches, salgados, pizzas), consumidos inúmeras vezes em pé no balcão de alguma lanchonete ou padaria. O comportamento de “comer de pé” é representativo de muitos habitantes das grandes metrópoles, como o caso dos participantes desta pesquisa.

Inúmeras são as implicações de uma alimentação não balanceada, e, portanto, com baixo valor nutritivo, como o desenvolvimento da obesidade, uma doença de origem multifatorial, mas sobretudo resultado de fatores genéticos e ambientais – supostamente resultante de escolhas alimentares erradas. Os obesos seriam aqueles indivíduos que comem o que não devem e não pode ser comido, além de comerem demasiadamente. Comem o que pertencem aos outros, não estando destinado a eles. Os indivíduos mais pobres estão inclinados a escolher alimentos mais calóricos, que de fato são os mais baratos e os mais fáceis de encontrar, abrir e comer. E, além disso, eles têm um gosto mais acentuado por serem mais doces ou mais salgados, têm mais gordura e são mais crocantes (FISCHLER, 2011).

Em 2016, aproximadamente 1,9 bilhões de adultos com 18 anos ou mais apresentavam excesso de peso. A prevalência mundial da obesidade praticamente triplicou no período de 1975 a 2016. A principal causa da doença é uma desproporção energética entre as calorias ingeridas e as calorias gastas, geralmente como resultado do consumo de alimentos ricos em energia e gorduras, associado ao aumento do sedentarismo em consequência ao aumento da urbanização, das formas de trabalho e dos modos de transporte utilizados. A obesidade é ainda considerada como fator de risco relevante para as DCNT, como diabetes, doenças cardiovasculares e alguns tipos de câncer (WHO,



2018)<sup>a</sup>. Nesse contexto, as consequências da facilidade proporcionada pela indústria alimentícia foram, em parte, negativas, com a mudança do comportamento alimentar que favoreceu o desenvolvimento de morbidades diversas, com consequência direta sobre a saúde humana. As falas abaixo ilustram essa situação.

*Quando vim para cidade maior como São Paulo, me perdi [risos]. Por que aqui é refrigerante, pizza... aí vai no McDonald's, essas coisas... é gostoso, mas faz mal pra gente, né? [...] Adorava Coca-Cola, batata frita e pão! Coca-Cola era sempre sagrado! [...] Comer uma pizza sem Coca-Cola ou qualquer tipo de refrigerante, não tinha graça! Tinha que comprar refrigerante! E outra coisa, a Coca-Cola tirava o sono! Às vezes eu ficava trabalhando até tarde fazendo as coisas, ou para dirigir o carro e não pegar no sono, então eu pegava Coca-Cola! Ela te acorda, mas só que estraga a vida! Estraga, estraga! (E10, 46 anos)*

*Eu misturava a cerveja com Coca-Cola. Comia carne de porco com batata frita. Eu estava me matando, né? Hoje eu não como nada disso: batata, pão, mas eu estou bem graças a Deus! (E5, 55 anos)*

As falas acima evidenciam as mudanças no comportamento alimentar de imigrantes bolivianos ao chegarem na metrópole de São Paulo. Há um deslumbramento com o sabor dos alimentos e o estabelecimento de uma associação entre “pizza” e “refrigerante”, em que a impossibilidade da combinação dos dois elementos não produziria o mesmo prazer. Importante ressaltar a relação estabelecida pelos imigrantes bolivianos com a “cultura brasileira” que, no entanto, não é tão brasileira<sup>11</sup>, porém que se tornou um hábito urbano e de metrópole, adentrando não somente uma questão de urbanidade, mas também uma questão de consumir uma cultura que já foi consumida por outra.

Durante as entrevistas, destacou-se a predileção por alguns imigrantes bolivianos aos *fast-foods* e bebidas açucaradas, especialmente os refrigerantes. Alimentos saborosos ao paladar a preços populares. Alimentos contendo grande

---

<sup>11</sup> As redes de *fast-food* surgiram na década de 1950 nos Estados Unidos. Nesse serviço de alimentação a padronização, a mecanização e a rapidez atraíam os consumidores (DE LIMA et. al., 2013).

quantidade de gordura, sal e açúcar, capazes de provocar sensações positivas como o prazer obtido ao serem degustados, superior ao prazer produzido por outros alimentos. Pode-se afirmar que ingeri-los é recompensador (SAWAYA e FILGUEIRAS, 2013).

No Brasil, uma rede de *fast-food* lançou alguns “combos” incluindo sanduiche, batata frita e bebida a preços promocionais, nomeados “Clássicos do dia”<sup>12</sup>. No entanto, ainda que sejam mais acessíveis ao orçamento, tratam-se de alimentos com valores relativamente elevados. Esse fato ganha relevância ao se pensar que, ainda que vivenciem certa dificuldade econômica no Brasil, os imigrantes tem acesso a esses alimentos, tem como pagar por eles, o que os qualifica economicamente.

Na Bolívia não há McDonald's: o país foi o primeiro da América Latina em que a rede de *fast-food* decretou falência, fechando suas lojas em todo território no ano de 2002 por falta de adesão da população. A falência do McDonald's no país resultou em um documentário em que o diretor associou o fechamento das lojas à situação econômica do país e à estreita relação do boliviano com comida proveniente de alimentos vindos da terra, criando uma sólida relação e intensa valorização à comida caseira tradicional, que representa o povo boliviano (BARRETO, 2011).

No entanto, outras redes de *fast-foods* (Burger King, Subway, KFC e John Rockets) no mesmo formato, permanecem no país. Durante as conversas com os imigrantes bolivianos, incluindo os voluntários e os pacientes atendidos na ADRB, foi relatado que essas redes de “comidas rápidas” são para o consumo dos turistas que visitam o país. A comida caseira à base de batata, macarrão, frango, milho e salada é uma preferência para muitos bolivianos, o que não pode ser considerado como regra geral, já que a população boliviana, assim como as demais, não é homogênea e as culturas não são estáticas.

O favoritismo pelo McDonald's relatado por alguns interlocutores entrevistados é um exemplo da aquisição e incorporação de novos costumes, fortalecido e/ou fortificado pela cultura local e contexto social, resultando em um novo comportamento alimentar, adquirido não simplesmente com intuito de saciar a fome, mas ainda como forma de prazer diante de tantos contratempos:

---

<sup>12</sup> Trata-se do restaurante McDonald's.

o imigrante encontra-se em um país com costumes e idioma diferentes do seu, não tem apoio ou suporte, sofrem em função da saudade dos familiares que deixaram na Bolívia, encontram-se distantes das suas tradições, comida, música, enfim de “circunstâncias” que designam prazer e que remetem às lembranças felizes do seu país de origem. Além disso, vivem uma vida difícil, especialmente os que exercem suas atividades laborais nas oficinas de costura, exercendo atividades automatizadas, rotineiras e, portanto, maçantes, com valorização da produtividade e não do trabalhador.

Para os imigrantes que trabalham no setor têxtil, esse sofrimento é potencializado pelas condições degradantes de moradia, trabalho e alimentação. As oficinas de costura operam em instalações de pequeno porte, com infraestrutura deficiente. Funcionam em ambientes fechados (galpões ou porões), com ausência de janelas, impossibilitando a circulação do ar e entrada de luz solar. Por conta disso, os trabalhadores e seus filhos desenvolvem problemas respiratórios causados pelos resíduos gerados pelas máquinas de costura e enfermidades musculoesqueléticas ocasionadas pela execução de movimentos repetitivos, em longas jornadas de trabalho. As jornadas de trabalho variam de 12 à 16h, de segunda a sábado, com uma remuneração vinculada à quantidade de peças de roupa produzidas. A alimentação é deficiente, pouco diversificada e sem possibilidade de escolha, fornecida pelo dono da oficina, sendo o custo abatido do pagamento a receber, bem como as despesas de luz, água e moradia. Sem contrato de trabalho, a remuneração pelas peças de vestuário confeccionadas muitas vezes não atinge o valor do salário mínimo brasileiro, representando menos de 10% do preço final de venda da peça (GOLDBERG, 2010; GOLDBERG 2014; ROSSI, 2005; ALVES, 2012; CACCIAMALI e AZEVEDO 2006)

A realidade é árdua, penosa e fatigante. A alimentação é algo capaz de lhes proporcionar satisfação, consolo e conforto diante das mazelas sociais. Nesse sentido, a alimentação não possui intuito de saciar a fome, mas é forma de obter prazer, agrado e recompensa. Como relatado anteriormente, consumir um lanche do McDonald's possui outro significado para o imigrante boliviano: representa um objeto de desejo inexistente no seu país de origem, com acesso fácil no Brasil, a realização de um desejo até então inexistente em seu contexto

natal. Soma-se a essa prática o *status* social colocado sob indivíduo ao frequentar e saborear o lanche eleito por muitos brasileiros como o melhor.

Nesse cenário a comida entra em um novo circuito. Uma comida que confere *status*, objeto de desejo de muitos, que proporciona prazer ao saboreá-la e conforto emocional diante das condições frágeis e/ou insatisfatórias de vida no Brasil. O cenário revela um contexto vivenciado pelos imigrantes bolivianos em que as condições de vida e a alimentação são ruins, não no plano do modelo nutricional, mas sim no plano do desejo, do conforto e da identidade cultural.

Mudanças alimentares podem vir associadas a contextos que favoreçam tais modificações. Comer é também um ato simbólico que reflete um estilo de vida, consequência das condições de trabalho, do ambiente cultural ao qual encontra-se inserido, das circunstâncias vivenciadas e das relações sociais estabelecidas. Um comportamento alimentar com grande potencial para causar efeitos deletérios à saúde. Importante ressaltar os paradoxos da alimentação, entre o natural e o industrializado, o saudável e o prazeroso. Percebe-se nas falas dos entrevistados a construção do “mal” por eles mesmo, remetendo ao alimento plantado em solo brasileiro, considerado nocivo, deletério, insalubre, maléfico, danoso, ofensivo à saúde em virtude das práticas utilizadas em todo processo até chegar à mesa do consumidor. Uma construção social dos venenos: o veneno é legume brasileiro e a Coca-Cola, e não o consumo desmedido de alimentos calóricos (pizza) e bebidas açucaradas (refrigerante), exemplificados na fala abaixo.

*Há sete anos ou oito anos eu estou com diabetes [...]. Peguei esse diabetes por excesso de Coca-Cola! [...] Eu pegava uma pizza inteira e eu sozinho comia tudo isso e uma Coca-Cola ou Guaraná de 3 litros, sabe? Como eu estava me envenenando! [...] Coca-Cola que me estragou! Eu tomava Coca-Cola no café da manhã, no almoço, e na janta! [...] A gente praticamente ignorava que existia água, tudo era Coca-Cola [...]. Eu trabalhava na fábrica da Coca-Cola, tinha muita possibilidade de consumir [...]. Nossa eu estava fazendo estourar o meu pâncreas, estava me envenenando! (E8, 45 anos)*

A fala acima é de um imigrante boliviano com nível superior que trabalhava como montador em uma grande empresa referindo que “pegou” o diabetes por excesso de refrigerante. Uma concepção equivocada de que o

diabetes seja caracterizado por uma doença transmissível, consequência do comportamento alimentar adquirido no Brasil. Durante a entrevista foi relatado um maior acesso a alimentos industrializados, como pizza, e o consumo de refrigerantes. A fala do interlocutor ratifica esse dado, justificando seu consumo excessivo pela facilidade de acesso ao produto em função da atividade laboral exercida na época. Além disso, um consumo motivado não somente pela facilidade em obtê-lo, mas ainda pelo desejo de consumo de uma bebida saborosa ao paladar, capaz de proporcionar prazer por preencher os seus mais íntimos desejos.

Percebe-se também que o sujeito assume uma responsabilidade individual em relação à sua saúde, fruto das suas escolhas alimentares. Mesmo o diabetes sendo uma doença multifatorial, o interlocutor não consegue ter uma visão mais ampla dos fatores que contribuíram para o desenvolvimento da doença, como problematizar as condições sociais e culturais que influenciaram suas escolhas. Ao assumir a culpa individualmente não havia possibilidade de associação da doença ao contexto social em que se encontrava inserido.

Este modo de perceber a doença, como consequência única de escolhas individuais, não permite progressos nos tratamentos pois não abrange todas as dimensões dos indivíduos e suas relações na vida. A forma de ver a doença de maneira reducionista colocando o indivíduo como único responsável pela sua moléstia, constitui-se como uma linha de pensamento também compartilhada por muitos profissionais de saúde, baseados na associação entre causa e efeito.

Uma aceitação social baseada na resignação às condutas individuais, a doença seria a resposta de alguém que fracassou, consequência de comportamentos não saudáveis. Já que a alimentação é a “porta de entrada” para o mundo da felicidade, introjetada como algo individual, seria um equívoco interpretar a doença como uma simples inadequação individual às normas sociais do “você tem que comer bem para ter uma vida mais saudável, disposição e longevidade”.

Dados do Ministério da Saúde revelaram que a saúde está muito mais associada ao modo de viver dos indivíduos do que com o pensamento, anteriormente hegemônico, de que era baseada unicamente nos fatores genéticos e biológicos (BRASIL, 2008).

Inúmeras vezes a população não têm conhecimento sobre os ingredientes ocultos nos alimentos industrializados e processados, bem como é difícil compreender que o açúcar também está presente na composição de alimentos salgados. Além disso, muitas pessoas têm um entendimento superficial sobre os males provocados ao organismo pelo consumo excessivo de alimentos contendo esses ingredientes em sua composição (alimentos ricos em açúcar, por exemplo, podem determinar o aumento do peso).

O açúcar e o sal encontram-se ocultos nos mais diversos produtos, especialmente nos alimentos industrializados e processados. O resultado dessa prática é a ampliação do número de casos de obesidade, diabetes, doenças cardiovasculares, entre outras (DUPCHAK, 2014).

*Agora que passou quatro meses que eu descobri que tava com diabetes, por que até então eu não sabia! Eu tava com 94 quilos, forte e pra mim tava muito saudável! Bem, não sentia nada, não doía nada [risos]! (E10, 46 anos)*

Percebe-se na fala do interlocutor o adjetivo “forte” como sinônimo de força, vigor e saúde. Para algumas culturas ser robusto remete a um *status* social, já que o porte físico avantajado era associado à fartura, atributo das famílias abastadas. Nesse sentido, a ideia sobre obesidade como característica física é percebida e influenciada por concepções socioculturais, nos distintos contextos históricos, podendo variar de uma sociedade para outra, em função do contexto histórico. Um corpo robusto, que no passado permaneceu associado à imagem de saúde, beleza e ainda sinal de *status* social, atualmente tem seu significado transformado, encontrando-se relacionado à doença (SOBAL, 1991; BROWN e KONNER, 1999 e SANTOLIN e RIGO, 2015).

As concepções sobre saúde e doença podem ser distintas nas diferentes culturas e indivíduos podem apresentar concepções e condutas distintas quanto à vivência da doença e tratamento. Essas singularidades são resultantes das diversidades socioculturais e não das biológicas. É a cultura que ampara as particularidades da saúde e doença, devendo essas serem consideradas a partir dos contextos socioculturais específicos (LANGDON e WIIK, 2010). Desse modo, as conceituações, significações, determinações, ocorrências e explicações das doenças encontram-se intrinsecamente relacionados à socialização e experiências dos indivíduos. A percepção é apoiada em sistemas

simbólicos que se manifestam por meio das práticas, vivências e experiências dos indivíduos e/ou grupos sociais para determinar, classificar e explicitar os fenômenos identificados e considerados como “doença” (SILVA, LEITE e PAULINO, 2016).

Muitos indivíduos com diabetes não se sentem doentes por que, muitas vezes, as doenças crônicas são silenciosas (como exemplificado na fala: “Não doía nada!”). A doença não limitava o interlocutor à realização de suas atividades da vida diária como a trabalhar, e a levar uma vida “normal”. Diante disso, seria improvável que esse sujeito recorresse um serviço de saúde enquanto dispunha de vitalidade e na inexistência sintomas perceptíveis que justificassem tal ação. A manifestação de sinais e sintomas são o alerta de que algo se encontra errado e é ocorrência destas manifestações clínicas, identificadas pelo próprio paciente ou ainda por terceiros, que o impulsionarão a buscar ajuda.

*Descobri lá na Bolívia quando meu pai era vivo ainda. Eu estava suando muito e eu falei para o meu pai: “Pai eu não sei o que está acontecendo, que eu estou suando muito”! Ele tinha uma maquininha [de medir a glicemia] por que também era diabético, mediu e a diabetes e naquela época já deu 480. Eu estava diabético, fui pro hospital e já estava diabético, né? Isso foi no ano de 2006. (E5, 55 anos)*

Na fala acima, percebe-se a questão da hereditariedade como uma possível razão que justifique a presença da doença. Entretanto, ainda que os fatores genéticos sejam uma questão considerável, não se pode afirmar que o desenvolvimento da doença do interlocutor seja unicamente consequência de uma herança genética. Pode, por exemplo, ser reflexo de fatores ambientais (estilo de vida, alimentação, sedentarismo) e culturais.

Outras falas de interlocutores da pesquisa evidenciaram a busca por atendimento de saúde unicamente pela percepção da ocorrência de sinais anormais como “fazer muito xixi”, “beber muita água”, sendo fenômenos que perturbavam a rotina dos indivíduos no contexto social em que encontravam-se inseridos. Os sintomas eram reconhecidos com estranheza pelos entrevistados, como demonstrado nas falas abaixo.

*Uma semana eu bebi muita água... muita, muita água! Em um dia eu tomava duas Coca-Cola de 2 litros e muita água! [...] Perdi em uma semana 10 quilos, aí uma vizinha me*

*falou: “você tem que ir no médico!”, e aí descobriram que eu estava com diabetes [...]. Na hora que me furaram [para fazer o teste de glicemia] eu estava com 450! (E4, 57 anos)*

*Me sinto muito cansado, não sei se é da idade ou da doença. Sinto muita vontade de fazer xixi e antigamente sentia muita sede, muita sede. Aí emagreci! Quando o médico diagnosticou que era diabetes, eu estava com sobrepeso, estava com 98 quilos, abaixei pra 76 quilos, diminui 20 quilos mais ou menos, aí o médico diagnosticou que estava com diabetes. Emagreci muito, muito! Tinha muita sede, tomava muita água gelada. [...] Tinha tontura, parece que andava torto, né? [...] Diziam pra eu ir no hospital por que devia estar doente, mas eu dizia que não tinha nada! Ninguém fala que tem diabetes! É escondido! (E3, 44 anos)*

*Cegueira, depois sede! Eu emagrecia, a cada dia perdia uns quilos. Em uma semana eu perdi um monte de quilos, 75 eu cheguei! Agora que eu estou com 85 quilos [...]. Algumas vezes também na urina você tem uns resíduos, o cheiro que não é agradável. O cheiro significa que já tá saindo açúcar. (E8, 45 anos)*

Observa-se nas falas dos entrevistados que a perda considerável de peso lhes representou um sinal de alerta. Indivíduos diabéticos apresentam maior risco de desenvolver a hiperglicemia (excesso de açúcar no sangue) que se manifesta tipicamente por poliúria (débito urinário elevado), polidipsia (sede excessiva), polifagia (fome excessiva), perda inexplicável de peso, fadiga, visão turva, formigamento, dor ou dormência nas mãos e pés, entre outros (BRASIL, 2013; PIMAZONI NETO, 2019).

Após receber o diagnóstico de uma doença crônica, a equipe de saúde deverá disponibilizar informações sobre a doença ao paciente, orientá-lo no que diz respeito ao auto manejo do diabetes, além de acompanhá-lo em todas as fases do tratamento (fase inicial, fase de ajuste e fase de manutenção). As condutas consideradas mais adequadas pelo modelo biomédico para esse controle envolvem o domínio da alimentação, realização de atividades físicas, uso da medicação prescrita e monitorização da glicemia.

As consequências da não adesão<sup>13</sup> ao tratamento determinam complicações para o indivíduo. Primeiramente, o paciente é inteiramente

---

<sup>13</sup> Considera-se adesão a utilização dos medicamentos prescritos (em relação às doses, horários e frequência) e outros procedimentos relacionados (LEITE, 2008); refere-se ao cumprimento das



responsabilizado pelo fracasso do seu tratamento, diante da considerada falha das condutas prescritas. Essa tensão acaba por estabelecer uma relação rígida entre o paciente e a terapêutica proposta pelo modelo biomédico, já que a prática direciona o foco para o paciente que, ao não alcançar os parâmetros normais dos índices glicêmicos, é culpabilizado, sentindo-se unicamente responsável pela falha no seu tratamento. Essa culpabilização reforça sofrimentos negativos e impede uma discussão mais ampla a respeito do indivíduo e seu contexto social e cultural.

*O ano passado eu me descuidei um pouco, deixei de tomar os meus remédios e fui parar no hospital. Isso foi em setembro do ano passado. Lamentavelmente minha diabetes subiu que nem tava marcando mais! Deu mais de 600 e eu tive que fazer uma cirurgia. Perdi meu dedo [do pé direito] por causa da diabetes. A decepção foi muito grande, eu também perdi a visão, não conseguia enxergar nada... só aos poucos foi voltando. Sabe quando a pessoa não pode caminhar? Não pode enxergar? E você também não tem o apoio do seu filho! A gente sente muito mal [...] tentei suicídio, foi muito decepcionante, né? (E5, 55 anos)*

O referido “descuido” no que diz respeito ao tratamento pode ser consequência da conduta assumida por profissionais de saúde que tomam as decisões pelo paciente, retirando deles a possibilidade de escolha e, portanto, a autonomia pelo seu tratamento, restrito à imposições. A não adesão pode ser justificada por um tratamento rigoroso que demanda transformações importantes no estilo de vida, que talvez não façam sentido naquele momento para aquele paciente. Além disso, apesar de todo o empenho dispendido para o sucesso do tratamento, a perspectiva de impossibilidade de cura para a doença pode gerar desmotivação aos pacientes. Outrossim, ainda que a terapêutica proposta seja rigorosamente executada pelo paciente, não há como assegurar resultados classificados dentro dos parâmetros da normalidade, uma vez que seus corpos permanecem imprevisíveis e erráticos (MOL, 2008).

---

recomendações fornecidas pelo médico ou outro profissional de saúde para o controle da doença. De tal forma, considera-se adesão a um tratamento o grau de coincidência e obediência entre a prescrição médica (abrangendo as orientações não farmacológicas) e o comportamento adotado/praticado concretamente pelo paciente (MANFROI e DE OLIVEIRA, 2006). Não adesão é o oposto: a não utilização de nenhuma das medicações prescritas (KURITA e PIMENTA, 2004).

*Pra ser sincero, não sigo o tratamento não! Você quer controlar, quer controlar, mas você de repente vê alguma coisa mais gostosa na rua e você fica tentado e você acaba se esquecendo da sua dieta. (E8, 45 anos)*

*Eu quase não deixo de comer o que é proibido para diabéticos. Como pouco, mas não deixo de comer, porque por falta de açúcar eu também já passei mal. Entrei em coma, meu diabetes caiu pra 25, 20. Eu estava em casa, estava almoçando com meu irmão que veio me visitar, ele disse que eu estava quase dormindo, eu não lembro. Ele disse que eu estava alucinando, que não entendiam nada do que eu falava. Eles me levaram para o pronto socorro. [...] os médicos me colocaram no soro e aí a glicemia subiu. (E4, 57 anos)*

Um outro aspecto importante é o fato de o paciente não querer fazer parte de um tratamento que o afastasse da comida. Uma comida que outrora o revigorava, que fortificava, que o restaurava e que reforçava as lembranças do seu país de origem. A ação de comer proporcionava também o convívio social e, portanto, aliviava o estresse da vida cotidiana, proporcionando prazer em diversas frentes. Por outro lado, a exigência de um tratamento penoso, que desconsiderava práticas que favorecessem e/ou considerassem as escolhas do paciente (ainda que essas nem sempre fossem as melhores ou as esperadas pelos profissionais de saúde). Tensões existentes e vigentes que convergem para a adesão ou não ao tratamento proposto.

Dentre os fatores dificultadores do controle do diabetes pelos bolivianos entrevistados, identificaram-se os de cunho pessoal e social, como acesso à Unidade Básica de Saúde (UBS) no horário de funcionamento; dificuldade no agendamento das consultas para controle e acompanhamento da doença; distância dos locais de trabalho às UBS's requerendo a utilização de transporte público; impossibilidade de testagem da glicemia na frequência estabelecida pelo médico por não dispor do aparelho específico para tal, o que demanda visitas frequentes à UBS; e dificuldade de adaptação aos alimentos integrais. Foram identificados também a questão da instabilidade financeira dos imigrantes que trabalham no setor têxtil comprometendo a aquisição de alimentos específicos para o diabetes (alimentos *diet* normalmente apresentam um custo elevado); impossibilidade de escolha dos alimentos que são oferecidos pelos padrões nas oficinas de costura e; longas jornadas de trabalho exercidas

pelos imigrantes que trabalham nas oficinas de costura, que culminam em cansaço, constituindo-se como obstáculo para a realização de atividade física. Ainda quanto à atividade física, a falta de consciência sobre o que era considerado uma prática de atividade física foi exemplificada na fala de um entrevistado com formação superior, que considerava a ação de molhar plantas aos finais de semana como uma prática de atividade física: *“Sábado e domingo pra mim é dia de trabalhar em casa, por que tenho muita planta, tenho que colocar água, cortar as folhas (E2)”*.

As dietas restritivas prescritas pelo modelo biomédico desconsideram os aspectos culturais fortemente presentes cultura boliviana. Por essa razão, os comportamentos alimentares são difíceis de serem modificados radicalmente para o sucesso do controle glicêmico. Assim, a rejeição é, também, ao tratamento que os afasta da comida e, conseqüentemente, das lembranças do seu país.

Ademais, há que se levar em conta outros fatores que prejudicam a adesão dos pacientes portadores de diabetes e hipertensão ao tratamento recomendado como práticas terapêuticas que não promovam a escolha do paciente; consultas médicas em que os pacientes são muitas vezes observados, tocados e testados sem a chance de falar por si. Nesses casos, não são ouvidos tampouco tem o direito de fazer suas escolhas, um modelo de atenção à saúde em que a lógica do cuidado não valoriza as vontades do paciente. As rotinas de tratamento são estressantes e demandam grande energia do paciente, como nas ações de aplicação de insulina, medição dos níveis de açúcar no sangue, contagem dos carboidratos ingeridos e a prática de exercícios físicos. Essas determinações são extremamente exigentes e geram dor, sofrimento e nem todos os pacientes apresentam condições ou vontade para seguir.

Ademais, realização de atividade física requer atenção a algumas questões como a utilização de calçados adequados necessários devido à falta de sensibilidade dos pacientes (consequência da neuropatia) para que sejam evitadas feridas nos pés; que se tenha sempre ao alcance alimentos para os episódios de hipoglicemia; um glicosímetro<sup>14</sup> para a verificação da glicemia durante o exercício físico; estar atento aos sinais do corpo e interromper a

---

<sup>14</sup> Aparelho que mede a glicemia capilar.

atividade quando sentir-se demasiadamente cansado. O panorama que se constrói é de um sentimento de desmotivação gerado pela terapêutica exigente e permanente, que só se encerra com o óbito do paciente (MOL, 2008).

Outras razões podem justificar e/ou ilustrar a não adesão ao tratamento, a exemplo, a realização de atividades laborais em ambientes em que se trabalha sob pressão constante por produtividade. Situação foi exemplificada pela boliviana de 22 anos portadora de hipertensão arterial, trabalhadora no setor têxtil, no qual o estresse constitui-se como fator prejudicial ao tratamento. A lógica do cuidado para não envolver o protagonismo do paciente que tem dificuldades na compreensão das orientações fornecidas pelos profissionais de saúde brasileiros (ainda que o espanhol se aproxime do português) e medo do fracasso do tratamento evidenciado pelos valores glicêmicos elevados mesmo em face de esmero no seu controle. Situação foi vivenciada pela interlocutora “E6” que, apesar dos seus esforços, apresentava no dia da entrevista glicemia de 265mg/dL<sup>15</sup>.

*Eu sou radical, muito radical! Isso é para o meu bem, por que eu te falo, se eu me cuidar, eu não dou preocupação para os médicos. Imagina se eu vou entupindo, entupindo, entupindo? Eu vou ficar muito doente! [...] Mesmo assim, não tenho conseguido controlar ela [a glicemia]! [Suspiro]. (E6, 72 anos)*

A fala colocada a seguir pertence a um entrevistado que adentrou a ADRB apenas para verificação da glicemia. Apresentava-se agitado e aflito já de antemão, por receio de que seus níveis glicêmicos não se apresentassem dentro dos valores definidos como normais. Sua preocupação e desconforto eram perceptíveis pela respiração que se tornou ofegante e a sudorese aumentada. A tensão vivenciada pelo entrevistado era visível ao aguardar a leitura da gota de sangue no glicosímetro. O resultado mostrou glicemia pós-prandial<sup>16</sup> de 145mg/dl, o que o deixou extremamente contente, já que esperava valores em torno de 400 a 500mg/dl.

*Descobri [o diabetes] no Brasil em 2016! O médico falou que o meu diabetes era muito alto! Que tava 600, 700! Depois fui de novo, deu 400. Depois fui e deu 300. Aí eu*

<sup>15</sup> Níveis toleráveis: <180mg/dL (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES [SBD], 2019).

<sup>16</sup> Medição da glicemia no sangue após 2h da ingestão de alimentos.

*parei de ir ao médico, por que eu fico preocupado, né? Quando vai ao médico você traumatiza, né? Fica preocupado. Então eu não fui mais, faz uns 10 meses eu não vou! [...] o médico falou que estava [a glicemia] muito alta e trouxe muita preocupação pra mim, aí eu não fui mais! [...] Não consegui seguir as recomendações por que é difícil, né? [riso de nervoso] É difícil, é difícil! Olha, é difícil! (E3, 44 anos)*

A fala de E3 problematiza a adesão e a relação com os médicos. As doenças crônicas tornam a vida mais difícil e o enfrentamento dos pacientes frente a essas doenças pode ser distintos. Nesse contexto, eles necessitam de apoio emocional para lidar com o estresse fruto das adversidades, auxílio técnico para as habilidades requeridas para o tratamento (o manejo do glicosímetro, aplicação da insulina), incentivo ao autoconhecimento corporal a fim de identificar os sinais sugestivos de “anormalidades”, dentre outros tipos de auxílio.

O medo do desconhecido, das sequelas e morte fazem parte do cotidiano dos pacientes. A razão referida pelo entrevistado E3 para justificar o abandono à assistência médica foi o receio em confirmar o agravamento da doença, consequência da persistência dos valores elevados dos seus níveis glicêmicos. A confirmação do agravamento da doença pelos profissionais de saúde seria mais prejudicial à saúde mental do interlocutor do que conviver com a incerteza da possível progressão da doença, como consequência do abandono da terapêutica.

Um outro motivo relatado por E3 para não buscar atendimento médico, era o seu temor em ser julgado pelos profissionais de saúde. Valores elevados de glicemia podem ser qualificados pelos profissionais como desleixo, preguiça e negligência ao tratamento proposto. Uma lógica do cuidado que julga, crítica e oprime, ao invés reconhecer as dificuldades e limitações do paciente e celebrar os seus esforços. Alguns profissionais preferem apontar e reforçar as complicações possivelmente desencadeadas (amputação de membros, cegueira, doença renal, etc.) como consequência à possível falta de comprometimento do mesmo durante o tratamento. Profissionais de saúde que ditam as regras e tomam as decisões pelos pacientes, retirando sua autonomia e o seu protagonismo.

Igualmente aos pacientes diabéticos, os hipertensos também apresentam dificuldades de adesão ao tratamento, exemplificado na fala

abaixo de E7 e justificada pela falta de tempo da imigrante boliviana de 22 anos, que trabalha em oficina de costura e encontra-se recém-separada do esposo, com um bebê de quatro meses.

*Difícilmente eu vou no médico aqui! Difícilmente! [...] Eu preciso ir no médico, sei que preciso controlar [a hipertensão], mas até agora não fui, não consegui. (E7, 22 anos)*

A necessidade em trabalhar justificada pela falta de apoio financeiro fazia com que a imigrante colocasse sua saúde em segundo plano. Era capaz de “guardar” sua dor, dificuldades e sofrimento em prol do trabalho que garantiria o seu sustento e o do seu filho. A priorização do trabalho em relação à saúde no contexto das oficinas de costura é demonstrado em um trabalho com imigrantes bolivianos portadores de tuberculose. Nesse trabalho, apesar de o entrevistado apresentar sintomas da doença como tosse persistente, permanecia trabalhando em ritmo acelerado, somente buscando assistência médica com o agravamento da doença, evidenciado quando começou a expelir sangue em grandes quantidades (BISPO, 2019).

*Atividade física é que eu não faço, mas eu ando... mas não o bastante, para não ficar cansado. Eu não consigo por que estou cansado e não dá tempo de fazer, mas não fico deitado o dia inteiro sem fazer nada, não! [...] Tenho sempre trabalho em casa, me movimento! (E2, 70 anos)*

Mudanças são sempre difíceis, sobretudo a introdução de novos comportamentos à rotina. A introdução da prática de atividade física para um indivíduo que nunca foi estimulado, incentivado, motivado e, portanto, nunca teve o hábito, constitui-se como agravador. A cultura e a educação têm um aspecto relevante na vida das pessoas na medida em que vão se desenvolvendo e amadurecendo. É improvável que uma criança que não teve o exemplo de nenhum membro familiar (pai, mãe, irmãos), vir a se tornar um amante e praticante assíduo de prática esportiva quando esse chegar à fase adulta. A condição sedentária é “justificada” pelo fato de não ter sido socializado durante a infância, assim, será difícil ser introduzido a uma rotina de exercícios físicos como algo importante para promoção de sua saúde, sobretudo depois de um dia cansativo de trabalho.

Mudanças requerem envolvimento e disciplina, prática que exige motivação por parte do paciente, afim de que não seja abandonada diante do primeiro contratempo. Se o exercício físico ainda não faz parte da vida cotidiana do indivíduo é porque ele não a considera como uma prioridade. Talvez necessite de gatilhos (resultados alterados de exames laboratoriais, diagnóstico do comprometimento de algum órgão, etc.) para que incorpore de forma regular a prática de atividade física, ainda que de maneira forçada em função do tratamento.

As mudanças comportamentais visando a saúde são processuais e demandam grandes esforços dos indivíduos para enfrentar e mudar a realidade, quando circunstâncias desfavoráveis (doença) se apresentam. Um processo difícil que requer constância, determinação e prontidão para mudança no seu cotidiano diante da patologia. O processo muitas vezes é difícil e frustrado, pois resulta de uma pressão social exercida por terceiros (profissionais de saúde, família e amigos), o que potencializa a falta de motivação individual do paciente, impedindo-o de obter uma boa performance. O que compromete, em última instância, sua adesão total ao tratamento.

No que diz respeito ao fornecimento de informações pelos profissionais de saúde no momento do diagnóstico percebe-se que, habitualmente, as orientações seguem um padrão pré-determinado, restritivo e imposto, não construído em comunhão com o paciente. Esforços em conjunto levam a melhores resultados mas, comumente, o saber médico se sobrepõe ao saber do paciente.

*Recebi orientações, por que eu perguntei o que eu podia fazer para não ser diabética e aí ele [médico] falou: “uma vez diabética, sempre diabética!”. Tem que fazer exercício, tirar muita coisa do cardápio! [...] Ele montou o cardápio com o que eu podia e o que devia comer. Assim, eu cortei muita coisa: chocolate eu não como! [...] Aí o médico falou assim: “não pode comer melancia, melão, abacaxi que é muito doce, banana também”. Uva também não posso por que é muito doce. É um pouco difícil! [...] Onde trabalho, geralmente tem comida boliviana e quando eu não trago de casa [para o trabalho], eu como em qualquer lugar. Eles sempre têm “chuño”, tem batata... essas coisas, mas eu também não como exageradamente. (E1, 61 anos)*

*O médico falou que eu podia perder o meu filho, que eu podia perder a vida também [por causada hipertensão gestacional]! [...] Falou que eu não podia comer sal e também muita gordura por que eu já tava gordinha, mais gordinha ainda! Me recomendou de beber muita água e não comer muito sal! Nada de sal! Era só isso que ele falava [...]. (E7, 22 anos)*

*Ele [o especialista] me deu alguns folhetos para eu estudar. (E8, 45 anos)*

*Parei de tomar refrigerantes e suco com açúcar. Eu uso aquele açúcar dietético, não tomo açúcar! Ele falou que não posso comer sal, gordura, né? Óleo, arroz, feijão [...]. Fruta ele falou pra mim que só posso comer maçã, ou laranjas com pouquinho água... só! O médico explicou que tinha que parar de comer tudo! Que tinha que comer mais saladas, mais legumes, pouca comida, mais carne. Arroz, não! Macarrão, não! Batata, não! Batata frita, não! O médico proibiu tudo! (E3, 44 anos)*

Observa-se nas falas colocadas acima a falta de autonomia dos pacientes: são os profissionais de saúde que normalmente ditam as regras e tomam as decisões por eles. Uma concepção construída e baseada no domínio do paciente pela equipe de saúde, da mesma forma que os senhores feudais dominavam seus servos. Um cuidado patriarcal em que o domínio do profissional e a passividade do paciente andam juntos. Nesse entendimento, o profissional poderia cuidar dos seus pacientes como bem entender, negando o direito do paciente à capacidade de realizar suas próprias escolhas (MOL, 2008).

A rigidez alimentar exigida pelos tratamentos impostos e a falta de autonomia do paciente frente à sua moléstia constituem-se como circunstâncias que podem levá-lo a optar por outras formas de atenção e pelo autocuidado. O autocuidado constitui-se como uma das atividades básicas do processo saúde/doença/cuidado, sendo a atividade nuclear e sintetizadora desenvolvida pelos grupos sociais em relação a esse processo. É caracterizada como uma prática exercida a partir dos próprios indivíduos e grupos de forma autônoma ou tendo como referência secundária ou decisiva outras formas de atenção (MENÉNDEZ, 2005). As orientações inadequadas ou superficiais acerca do tratamento (relatadas nas falas abaixo) podem contribuir para que o paciente recorra a outras formas de atenção, na tentativa de abrandar seu sofrimento e angústia, frente a falta de informações.



*Voltei pra casa sem saber o que fazer, sem saber o que comer, por que o Dr. só falou para mim que tava me encaminhando pro AMA perto da minha casa, só que era sexta-feira! Sábado não abre! Domingo não abre! E aí? (E10, 46 anos)*

*Para mim, não falaram o que eu podia comer e eu sou ignorante, né? O médico é sempre melhor! Eu queria perguntar pra vocês [da ADRB] o que eu posso comer? Tenho medo de tudo! De comer uma linguiça, um frango, não sei o que comer! [...] É isso que eu quero, alguém que anote para mim o que eu posso comer. A Dra. só falou que eu não posso beber Coca-Cola, comer massas, bolos e não posso comer nada doce! Nada por que ela [o diabetes] sobe muito rápido! [...] Eu quero controlar, mas não dá! [...] Algumas pessoas falaram pra mim que eu só tenho que comer muita fruta, né? Fruta e salada, né? Eu compro isso na feira às duas da tarde, né? [risos] Duas da tarde é mais barato! [risos]. (E9, 45 anos)*

Situações como essas levam o paciente a sentir-se solitário e desamparado frente à sua doença. A falta de respostas ou de um direcionamento alimentar detalhado sobre o tratamento geram sentimentos de preocupação, ansiedade e angústia. Percebe-se um sofrimento legítimo nas falas dos entrevistados que se sentem despreparados para lidar com suas enfermidades. Por exemplo, apesar de o entrevistado E9 se considerar uma pessoa ignorante, têm consciência de que a opção por alimentos “inadequados” para o diabetes prejudicarão ainda mais seu estado de saúde – um contexto que o impulsiona a buscar orientações de pessoas próximas, que talvez não tenham conhecimento científico, mas possuam vivência de mundo.

A representação de que o diabetes e a hipertensão são hereditários também se encontraram presente nas falas de alguns entrevistados. A genética corresponde a uma parte da compreensão, mas não a única. A alimentação pensada como um fator social total não exclui a biomedicina, pelo contrário, admite-se também que ela se faz presente. Contudo, o modo de vida das pessoas pode se constituir como um agravante.

*Todo mundo [na família] também tem diabetes, acredita? Só minha mãe que não tinha [...]. Todos começamos a pegar diabetes! Mas isso é por que meu pai trabalhava em serviço público e a gente tinha uma cesta básica: tinha*

*farinha, leite, todas as coisas e a gente comia muito açúcar, muito leite condensado [...]. Ele era ferroviário. Ele ganhava essas cestas e a gente pegava os doces, aí todos nós pegamos [diabetes]. Eu peguei aos 44, 45 anos. (E4, 57 anos)*

*Além de mim, tem minha irmã mais velha que tem diabetes. Quase que ela morre há três dias atrás. Agora ela está no hospital. Ela tem diabetes há muito tempo! Outra irmã também tem diabetes, meu irmão tem diabetes... [começou a contar nos dedos] quatro tem diabetes! (E5, 55 anos)*

*Hipertensão meu vô tinha, meu pai também era hipertenso. Todos são hipertensos! [...] Diabético, só eu, a minha filha mais velha e a minha neta. A minha neta tem diabetes tipo 1, se injeta [insulina] todo dia, entendeu? Tá pra receber transplante de rins. (E6, 72 anos)*

O entendimento que não restringe ou limita as doenças crônicas como diabetes e hipertensão apenas à herança genética, deve ser pensado abrangendo o contexto social e cultural dos indivíduos e/ou grupos. Um indivíduo culturalmente socializado a consumir alimentos ricos em gordura, sal e açúcar desde cedo estará mais propenso a desenvolver essas doenças – reforçando a ideia de que o indivíduo é produto do meio em que vive, como consequência de fatores ambientais e estilos de vida não-saudáveis.

*Ninguém da família tinha diabetes, então a gente ignorava. Eu que experimentei! Eu fui o primeiro que “aprantei” com esse problema de diabetes e agora eu só dou o exemplo para minha família! (E8, 45 anos)*

*Ninguém tem não! A minha mãe e minha filha é boa de saúde [risos]. Só eu nasci com defeito [risos]. (E1, 61 anos)*

*Descobri a hipertensão com 21 anos, na gravidez [...]. O médico falou que eu estava com hipertensão na gravidez. (E7, 22 anos)*

Os entrevistados expressaram reações, condutas e entendimentos importantes quanto às suas vivências, experiências e práticas em relação à doença e tratamento. Informações e orientações que perpassaram pelo tradicional modelo biomédico, mas que também transitaram por outras formas de atenção à saúde, fruto da rigidez da terapêutica proposta ao imigrante portador de doenças crônicas. Um outro ponto importante foi a compreensão dos

interlocutores quanto à própria doença: algumas concepções equivocadas e que desconsideram os aspectos sociais, culturais (tanto os internalizados quanto os incorporados no país receptor) e genéticos, como fatores intimamente relacionado às doenças crônicas.

### **5.5 O Itinerário terapêutico**

A cultura traduz as particularidades intrínsecas à saúde e à doença, devendo ser analisada a partir dos contextos singulares nos quais as mesmas ocorrem. Ela molda as características, necessidades biológicas e corporais, sendo assimilada, conservada, compartilhada e padronizada, por grupos sociais específicos (LANGDON e WIIK 2010). Constitui-se também como um processo individual, uma vez que cada indivíduo ressignifica suas próprias práticas e vivências (MANSO e GÓES, 2019).

A doença é definida como uma entidade específica que prejudica o funcionamento “normal” do organismo, ou seja, uma “normalidade controlada” por fatores individuais e coletivos, que diminuem a capacidade do funcionamento biológico para um nível inferior aquele que é considerado socialmente como “normal” e que, por esse motivo, demanda “tratamento” (ALVES, 2015). O adoecer quando não intrínseco a fatores genéticos, comumente encontra-se associado às vivências particulares de seus atores sociais. Enfermidades atribuídas às experiências alimentares, reflexo de mudanças nos padrões de consumo alimentar que integram um processo simbólico, não sendo, portanto, compreendidas e vivenciadas do mesmo jeito pelos indivíduos (LANGDON, 1994).

A busca por cuidados de saúde normalmente inicia-se frente à manifestação e o reconhecimento dos sintomas físicos ou psíquicos pelo indivíduo, frente a uma complexa rede de escolhas possíveis (MASSÉ, 1995 *apud* GERHARDT, 2006). Múltiplas e diferenciadas são as formas de tratamento disponíveis exequíveis, sejam práticas terapêuticas biomédicas ou não biomédicas.

As práticas terapêuticas centralizadas no modelo biomédico constituem-se como modelos de atenção à saúde-doença mais difundidos e legitimados pela cultura ocidental, embora não sejam os únicos (MBONGUE *et. al.*, 2005). As

formas de atenção não biomédicas são aquelas não alicerçadas na legitimidade ou racionalidade científicas, e sim sustentadas em bases religiosas e/ou étnico-culturais (MENÉNDEZ, 2005), e são utilizadas como formas de prevenção e cura de inúmeras doenças. Constituem-se como formas de tratamentos baseados em conhecimentos tradicionais a apiterapia<sup>17</sup>, aromaterapia, bioenergética<sup>18</sup>, cromoterapia, imposição de mãos, ozonioterapia, entre outros (BRASIL, 2018).

Os percursos traçados pelos indivíduos na busca por tratamento para suas moléstias ou aflições denominam-se Itinerários terapêuticos (IT). A prática caracteriza os percalços vivenciados pelos indivíduos e grupos sociais em busca de uma modalidade terapêutica e tem como ponto central a identificação e caracterização das práticas e cuidados de saúde exercidos pelos indivíduos (ALVES, 2015). O IT diz respeito à sequência de acontecimentos, fatos e decisões que vão desde os cuidados caseiros e religiosos, até procedimentos médicos convencionais como forma de tratamento para as enfermidades e recuperação da saúde dos indivíduos (PINHO e PEREIRA, 2012).

É frequente em muitos indivíduos que buscam a cura para suas moléstias a tendência em associar diferentes formas de atenção, ao invés de simplesmente negá-las ou excluí-las. Observa-se o modelo biomédico como a primeira escolha para muitos indivíduos, porém, em alguma fase do tratamento, acabam buscando outras modalidades terapêuticas. Normalmente essa ação se inicia quando julgam que o modelo biomédico isoladamente já não é mais capaz de trazer os resultados desejados. Essa decisão é justificada por consultas em que a relação médico-paciente segue um fluxo unidirecional, o profissional emite ordens e o paciente acata, uma conduta intimidadora em que os mesmos acabam transferindo os conhecimentos adquiridos ao longo da profissão aos pacientes, sem certificar-se se há compreensão sobre o tratamento e conduta a seguir. Outra justificativa é a existência de terapêuticas complexas com associação de vários medicamentos que necessitam de administrações diárias, em horários diversos, e que acabam incorrendo em preocupação e insegurança

---

<sup>17</sup> Utilização do veneno de abelhas transformado em pomadas ou gel, cuja toxina é menos ativa. Outra forma de tratamento é receber picadas de abelhas para a cura de problemas de saúde (MOREIRA, 2012).

<sup>18</sup> Visão diagnóstica aliada à compreensão do sofrimento/adoecimento que adota psicoterapia corporal e exercícios terapêuticos. A técnica ajuda a liberar as tensões do corpo e facilita a expressão de sentimentos (BRASIL, 2018).

para o paciente. Esse fator foi exposto pelo interlocutor a seguir (E3), que não se recordava o nome das medicações ao qual fazia uso contínuo.

*Ele receitou aqueles comprimidos pra diabetes [não se lembra o nome]. Eu tomei “aquele” depois do almoço e “um” antes da janta. Um remédio pequeno assim [mostrou com o dedo], mais fininho que pega nas farmácias ou posto de saúde, né? Depois parei! Com 10 meses, não tomo mais nenhum comprimido por minha conta própria. Por que o médico falou que tem que tomar para o resto da vida, aí eu parei! Foi por causa de uns colegas que diziam que não adianta ir no médico. Aí eu fui em uma casa de naturista comprar uns chazinhos amargos. Um se chama “Pata de vaca” e outros que eu não lembro. São amargos, ninguém gosta. Tomo um copinho depois do almoço. Acho que deu certo! [...] Eu tinha um colega brasileiro que falou pra mim: “esquece o médico, vai lá [no naturalista], compra e toma que o seu diabetes vai ficar controlado”. Ele deu uma dica pra mim, né? [...] Ele me disse que o chá é para neutralizar o sangue! Ele sabe, ele também tem diabetes muito alto e por causa dos chás ele está bem! Então eu esqueci o médico! (E3, 44 anos)*

Muitas vezes não será fácil para o paciente absorver todas as informações e orientações dos profissionais, ainda que se esforcem. Nem tudo que será ensinado será armazenado pelo paciente, seja pelo nervosismo, por sua condição atual frente ao diagnóstico recente, pelo volume de informações recebidas, bem como pela dificuldade de compreensão sobre o uso das medicações. O idioma, do mesmo modo, é capaz de afetar intensamente o entendimento e a assimilação das condutas prescritas para redução dos riscos, comprometendo assim a integralidade do cuidado. O contexto é potencializado quando o paciente é portador de outras comorbidades crônicas.

Nesse cenário, o modelo biomédico distanciou-se da possibilidade de tratamentos para muitos indivíduos doentes, em função de prescrições que não se integravam ao universo vivenciado pelos sujeitos e pela pressão exercida aos mesmos, como responsabilização pelo êxito ou não do tratamento. Essa situação de tensão leva muitos a considerarem outras possibilidades terapêuticas para suas moléstias, uma vez que o modelo proposto é rígido, normativo, restritivo e operacionalizável (não fume, não beba, não use drogas, durma bem, alimente-se com prudência, coma mais vegetais, restrinja o açúcar, o sal, a gordura, pratique exercícios físicos regularmente e não se estresse)

(TESSER, 2006). As situações vivenciadas favorecem também alterações comportamentais como ansiedade, irritabilidade, insônia, taquicardia (SBD, 2015) e, devido ao estresse desencadeado, aumentam o risco de agravamento do estado de saúde.

É importante ressaltar que o produto final de uma consulta médica não deve resumir-se apenas a uma receita médica, solicitação de exames laboratoriais ou encaminhamentos para outras especialidades, mas sim ao início de um novo nível de diálogo, centrado na condição do doente e seu sofrimento e, principalmente, no reconhecimento e encorajamento dos seus desafios vivenciados durante processo terapêutico (TESSER, 2006). Desta forma e através da fala do interlocutor E3, percebe-se que os caminhos delineados em busca de cuidados de saúde para o tratamento das enfermidades nem sempre vão de encontro à terapêutica convencional do modelo biomédico. O tratamento adotado é norteado pelo autocuidado associado às crenças adquiridas ao longo da vida, baseado na escolha por tratamentos alternativos como método eleito para se alcançar o controle da doença.

Nas sociedades latino-americanas atuais existem formas muito diferentes de atenção à doença. Geralmente, são utilizadas técnicas de diagnóstico e indicadores diversos para a detecção do problema, assim como múltiplas formas de tratamento e até mesmo distintos critérios de cura. Contudo, o reconhecimento da diversidade de formas de atenção à saúde não se encontra associada à sua eficácia, eficiência e/ou qualidade, mas em termos de reconhecimento de sua existência no “Setor Saúde” e biomedicina, como um todo. As formas de cuidado são diversificadas que operam nas sociedades, atualmente, relacionando-se com a religião, etnia, fatores econômicos e políticos, entre outros (MENÉNDEZ, 2003).

Dessa forma, os grupos sociais tendem a utilizar distintas formas de atenção à saúde muitas vezes alicerçadas em um saber popular a fim de prevenir ou tratar suas moléstias. Formas de atenção à saúde diferenciadas, baseadas nas suas urgências e possibilidades buscam por cuidados e vão ao encontro de outros tipos de terapeutas (curandeiros, benzedeiras, xamãs) possuidores de vasto conhecimento popular, místico, que conhecem e dominam as propriedades existentes na natureza (das folhas, raízes, cascas de árvores, etc). Esses locais alternativos na busca por terapêutica são horizontais.

A exemplo disso, é interessante observar que, quando o médico prescreve uma receita medicamentosa para controle da doença a E3, esta não lhe tem validade, a ponto de o mesmo não se recordar nem o nome dos medicamentos. Entretanto, a indicação dos colegas brasileiros ao “naturista” revestiu-se de sentido na sua busca por terapêutica, mesmo que o chá não tenha um gosto agradável ao paladar por ser amargo. Nesse caso, a terapêutica foi possível de ser alcançada, originada de construções culturais que, nem sempre, vão ao encontro com os fluxos preestabelecidos pelo modelo biomédico. Um reflexo situacional das possibilidades de intervenções encontradas pelos indivíduos para tratar suas enfermidades e seus sofrimentos, objetivando a recuperação da saúde, a prevenção das complicações e o tratamento da doença.

Práticas alternativas, não pertencentes ao sistema de saúde convencional adotadas como opção por alguns bolivianos, não devem ser ignoradas, desvalorizadas, excluídas ou estigmatizadas. Contudo, a maioria dos entrevistados optaram pelos fluxos que os conduziam aos serviços de saúde tradicionais (UBS e hospitais) para tratar suas moléstias, centralizados na supremacia saber biomédico.

O SUS faz parte do modelo biomédico de saúde, criado com o objetivo de atender às necessidades de saúde da população, com meta de promover a equidade no atendimento das necessidades de saúde da população. Seus princípios apontam para a democratização das ações e serviços de saúde, que passaram a ser universais e descentralizados (BRASIL, 2000). As Redes de Atenção à Saúde, por sua vez, exprimem as melhores respostas à superação da maneira organizativa dos serviços, oportunizando um formato integral e horizontal das linhas de cuidado. Todavia, observam-se entraves no acesso e comunicação entre os serviços dessa rede (primário, secundário e terciário), que podem determinar fragilidade ao acesso eficiente e adequado para a população (CARNEIRO JÚNIOR *et. al.*, 2018).

Um dos problemas do SUS é a fragmentação dos sistemas de saúde que operam de forma reativa e episódica, voltando-se especialmente para a atenção às condições agudas e às agudizações das condições crônicas. Um sistema de saúde segmentado que não se encontra preparado para responder socialmente com eficiência, efetividade e qualidade à situação de saúde vigente (MENDES,

2013). O contexto demonstra a dificuldade dos indivíduos, sobretudo dos mais vulneráveis, a serem cuidados via políticas públicas.

A dificuldade de acesso da população em geral aos cuidados de saúde via políticas públicas se deve a alguns fatores como a relação inversa entre o aumento das demandas sociais e a diminuição de recursos públicos, a fragmentação dos serviços, falta de comunicação (referência e contra referência) entre os níveis de atenção (primário, secundário e terciário), entre outros. A ausência de articulação entre os serviços, ou seja, a fragmentação, reflete a fragilidade do processo de articulação entre os gestores do sistema, os serviços de saúde e entre as práticas clínicas desenvolvidas por profissionais distintos, complexificando a continuidade da atenção prestada (LAVRAS, 2011). As estruturas organizacionais rigidamente hierarquizadas constituem-se como obstáculo vivenciado pelos usuários dos serviços, interferindo negativamente no estado de saúde e resultando em agravos irreversíveis ao usuário.

*O atendimento deixa muito a desejar! [...] Quando eu fiquei internado eles fizeram pouco caso, pelo menos comigo! O Dr. me falou: “Ah, vou ter que cortar seu pé, não sei se vou cortar seu dedo, seu pé, seu joelho ou sua perna! Acho que vou tirar a perna inteira! Essas palavras me machucaram e eu comecei a chorar, né? E eu perguntei: “será que não pode fazer nada?”. A gente pode viver normalmente com uma perna [o médico falou]! E eu comecei a chorar e depois eu fui procurar um médico e não tinha médico vascular. Aí eu comecei a procurar médico vascular por tudo quanto é canto e aí foram passando os dias e meus dedos iam se necrosando, por que se tivesse no SUS um vascular a disposição na hora, quem sabe eu estaria com o meu dedo? Poderia salvar meu dedo. Mas eles me deixaram esperando e a doença foi comendo, comendo, comendo. Esperei mais ou menos 15 dias até que acharam um hospital em Tatuapé, acharam um vascular. Aí mesmo assim eu fui lá e meus dedos estavam quase todos necrosados, eram quatro, avançou pro quinto. Quando cheguei em Tatuapé, a recepcionista falou: “aqui tem [vascular], mas ele vai vir só amanhã” [...] Foi muito sacrificante [...]. Aí veio o vascular e perguntou quem é o boliviano? E eu disse, sou eu! Ah, eu vim ver você [ele disse]! Ele me examinou e eu perguntei se era ele quem ia fazer minha cirurgia. Acho que vou cortar seus dedos filho, por que tá feio! Quando vai ser a cirurgia? Essa cirurgia é pra ontem! Ele me viu na quarta-feira às 11 da manhã, eu entrei na cirurgia às 3 da tarde. O SUS deixa muito a*



*desejar, por que eu não era o único que tava sofrendo, era muita gente, então os médicos tem que respeitar! Eu acho que eles deveriam ter um pouco mais de sentimento com o paciente, por que ele é médico pra curar! E o sentimento do paciente? Às vezes o paciente tem vontade de abraçar e beijar o médico ou as vezes também tem vontade de matar ele. Fiquei uns 4 meses internado! (E5, 55 anos)*

As estratégias utilizadas pela população com situação econômica desfavorecida na busca por cuidados de saúde para suas enfermidades podem ser distintas. Entretanto, o caminho percorrido pelo interlocutor em questão (E5), que era bem instruído, pai de quatro filhos, possuía curso superior, domínio da língua portuguesa por residir no Brasil há 35 anos, comerciante com renda mensal de aproximadamente 15 mil reais, não foi diferente de um imigrante de baixa renda. Um indivíduo que, mesmo possuindo uma bagagem intelectual, experiência de vida e elevada renda financeira, enfrentou caminhos árduos durante sua jornada em busca de atendimento de saúde. O quadro crítico era evidenciado pela necessidade de amputação e foi agravado pela dificuldade em encontrar um médico especialista devido à morosidade do sistema, tendo como desfecho a amputação do dedo. A fala do imigrante boliviano evidencia sua impotência e sofrimento diante de um sistema fragmentado e que gerou marcas permanentes em sua vida.

*Pra mim o problema é o tempo [de espera]. Quando você vai no SUS, você quer marcar uma consulta e nunca tem vaga, nunca! E quando tem, você tem que esperar três a quatro meses. Eu tinha marcado uma consulta com o clínico geral pra janeiro desse ano, né? Se eu tivesse passado com esse médico talvez eu fosse descobrir que tinha diabetes naquela época, não em julho quando eu descobri! Naquele dia [janeiro] foi marcado a consulta só que o médico não foi! Aqui nunca tem vaga! Eu tive essa opção de mandar todos os meus exames para o meu primo [que é médico na Bolívia] e acho que foi a melhor coisa que eu fiz! (E10, 46 anos)*

*No pronto socorro eles atendem rápido, né? Agora se você programa uma cirurgia ou alguma coisa então ele [SUS] demora muito. Às vezes eles esquecem e você fica arquivado! Então a atenção do SUS é bastante complicado, mas é favorável quando você tem alguma emergência [...]. Algumas vezes não dá pra entender o que eles falam, o sotaque aqui de São Paulo dá pra entender, mas os*

*sotaques de outros lugares não dá pra entender e geralmente no norte e nordeste é complicado de entender. Nunca sofri discriminação! Eu sempre tenho bastante conversa com eles, sempre fui líder em qualquer lugar, então nunca sofri não! (E8, 45 anos)*

*Olha, é difícil, por isso que a gente para de ir em posto de saúde. Por que posto de saúde demora, né? Tem que marcar consulta. (E3, 44 anos)*

A utilização dos serviços de saúde pelos imigrantes bolivianos traz para a parte interna desses estabelecimentos uma intensa complexidade social, específica e incomum à realidade dos usuários brasileiros, ainda que estes integrem os segmentos sociais mais vulneráveis. Suas necessidades de saúde ultrapassam o acometimento biológico, o que exige dos profissionais de saúde o reconhecimento e interpretação das suas necessidades e/ou singularidades, pautadas em uma atuação diferenciada – o que acaba estabelecendo limites entre a relação profissional, usuário e serviço de saúde (CARNEIRO JÚNIOR et. al., 2018).

Fatores estruturais determinam dificuldades de acesso à saúde como a demora vivenciada pelos entrevistados na busca por serviços de saúde, a falta de resolutividade na assistência e as dificuldades para apresentação dos resultados dos exames ao médico. Esses fatores constituem-se como características negativas do SUS e desrespeitam o princípio da integralidade que pressupõe a prestação ininterrupta de ações e serviços de saúde visando garantir a promoção, proteção, reabilitação e cura individual e coletiva.

Os caminhos trilhados por alguns imigrantes bolivianos foram marcados ainda por situações de preconceito. Um estigma vivenciado, segundo alguns interlocutores, por serem bolivianos dada uma característica social negativa atribuída ao imigrante, como mostram as falas abaixo:

*Por ser boliviana, eu sinto preconceito! No hospital também é assim. No hospital do Bom Sucesso, quando eu tava grávida, na hora do parto [...]. Eu fiquei quase duas horas assim com aquela dor horrível e só pediam pra eu esperar! Esperar, esperar, esperar! Aí a minha mãe falou assim: “a minha filha já tá com trabalho de parto, podem atender ela por favor!” Aí a moça falou com deboche: “nossa, todo mundo tá em trabalho de parto, ela vai ter que esperar!” [...] Aí a gente saiu. A gente demorou quase meia hora ou*

*mais... uns 40 minutos de Guarulhos até aqui [São Paulo].  
Aí aqui no hospital de São Paulo eu já fui atendida! E no  
dia que eu ganhei o meu neném aqui, eu não sei se você  
viu na internet, tinha um vídeo rodando de uma boliviana  
que teve o neném bem na sala de espera [em Guarulhos]!  
Teria sido eu que estaria ali, mas eu não aguentei mais e  
pedi pro amigo da minha mãe me trazer aqui [São Paulo]  
no hospital. (E7, 22 anos)*

*[...] Aí veio o vascular e perguntou quem é o boliviano? E  
eu disse, sou eu! (E5, 55 anos)*

Alguns entrevistados relataram terem sofrido discriminação durante a busca por atendimento nos serviços de saúde. Uma discriminação vivenciada pelos interlocutores não somente em função da nacionalidade, mas ainda pela descendência indígena. O tratamento recebido foi estereotipado em função da sua nacionalidade, pautado por ironia, os agredindo moralmente e ofendendo sua cultura e o seu país. A abordagem preconceituosa referida pela interlocutora E7 foi capaz de prejudicar as relações de escuta. Esse tipo de situação gera estresse, impotência e sofrimento com consequências diretas ao atendimento das necessidades dessas pessoas nos serviços de saúde.

O direito dos imigrantes ao atendimento nos serviços de saúde pública no Brasil são garantidos pela Constituição Federal Brasileira de 1988, que estabelece no art. 196, que a saúde é um direito de todo cidadão e dever do Estado. No art. 95 do Estatuto do Estrangeiro, é determinado que o estrangeiro que reside no Brasil possui os mesmos direitos reconhecidos aos brasileiros, nos termos da Constituição e das leis. Nessa concepção, a condição de migrante não pode ser julgada como motivo impeditivo para o acesso aos serviços de saúde, já que é considerada um direito universal (MARQUES, AFONSO e SILVEIRA, 2014). Para que o imigrante seja atendido nos estabelecimentos de saúde, faz-se necessário o Cartão do SUS<sup>19</sup>, sendo esse gratuito e utilizável em todo território brasileiro. O documento que possibilita a integração dos imigrantes bolivianos ao sistema de saúde brasileiro.

Verifica-se que os imigrantes são grupos essencialmente vulneráveis a uma multiplicidade de fatores que definem as suas condições de saúde. No

---

<sup>19</sup> Exige-se para sua obtenção (RG, CPF, certidão de nascimento ou casamento, carteira nacional de habilitação ou passaporte e comprovante de residência). De qualquer forma, nenhum indivíduo será impedido de receber atendimento por não portar o cartão.

cenário internacional várias questões têm sido destacadas no que diz respeito às singularidades da condição dos imigrantes e às inconveniências e prejuízos cumulativos que afligem essa população no acesso à saúde (GRANADA *et. al.*, 2017). Algumas questões estão associadas à dificuldade de acessibilidade a que os imigrantes estão submetidos nos serviços de saúde: falta de informações sobre o provável tempo de espera para o atendimento; preconceito referido por alguns interlocutores; e a falta de empatia e acolhimento dos profissionais de saúde durante o atendimento nos espaços de saúde. Situações que ferem o princípio da Universalidade do SUS, que reconhece a todos os indivíduos o direito à saúde e acesso sem preconceito ao conjunto de ações e serviços de saúde oferecidos pelo sistema.

Possivelmente o principal motivo para os problemas vivenciados e elencados pelos imigrantes bolivianos em busca de cuidados de saúde seja a baixa capacitação dos servidores públicos para recepcionar imigrantes, já que esses apresentam exigências diferenciadas para o atendimento às suas demandas. Falta também empatia e acolhimento, o que impede a criação de vínculo entre o paciente e profissionais de saúde. Faz-se necessário, então, um maior envolvimento e participação do poder público na criação de políticas de capacitação para os profissionais de saúde. Uma preparação que deveria ser iniciada nas instituições de ensino superior, para formar profissionais mais preparados para atender a diversidade da população.

Apesar de a assistência médica prestada ao imigrante encontrar-se distante do ideal, de modo geral, a maioria dos entrevistados, demonstrou satisfação aos serviços disponibilizados pelo SUS no Brasil. Para os imigrantes bolivianos, a prestação de serviços no país é boa, a qualidade do atendimento prestado pelos profissionais de saúde foi ressaltada por alguns interlocutores. A gratuidade dos serviços oferecidos, a disponibilidade de medicamentos e a possibilidade de realização de consultas e tratamentos foram destacados como pontos fortes do sistema de saúde brasileiro.

*Eu sempre fui bem atendida, ninguém nunca me destratou, ninguém nunca me falou nada! Sempre fui bem atendida. Onde moro, também me atendem bem direitinho, eles me ligam pra saber se eu preciso de alguma coisa, eles vão na minha casa se tenho algum problema, eles fazem, como se chama? [Período de pausa para pensar] visita domiciliar!*

*Se tem algum problema, alguma coisa, eles me ligam e me chamam [...]. Tem dentista, estão dando vacina da gripe... hoje não vou lá por que está muito lotado, mas vou na segunda. Sempre comunicam! Sempre me trataram bem! Eu também dou atenção pra eles quando eles passam na minha casa. Deixo entrar e aí a gente vai conversando [...] Sempre fui bem atendida no ginecologista, em tudo, tudo! Eles perguntam: você fez Papanicolau? Eles sempre estão controlando [risos], são preocupados! Agora estou esperando eles me ligarem para o dentista e como eu escutei na rádio que aqui [ADRB] tinha campanha, eu vim para passar no dentista. (E4, 57 anos)*

*O atendimento do SUS é muito bom! Muito bom [risos], por que nunca, nunca me atenderam de graça [risos], de graça nunca! Sempre lá na Bolívia se paga uma consulta, você tem que pagar os medicamentos e etc. Eu gostei dessa parte! Lá na Bolívia tem que pagar tudo! (E9, 45 anos)*

Permanentemente houve comparação do serviço de saúde prestados nos dois países, no que diz respeito à assepsia e organização do sistema. Os imigrantes bolivianos reconheceram como pontos positivos do sistema de saúde brasileiro, as campanhas de vacinação realizadas periodicamente e a oportunidade de realização de exames. Reconheceram também a importância do trabalho realizado pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS)<sup>20</sup> que agendam consultas, entregam exames e realizam visitas periódicas a toda população pertencente à microárea da Estratégia Saúde da Família (MARTES e FALEIROS, 2013).

É necessário flexibilizar normatizações a fim de que o vínculo estabelecido entre os profissionais e os usuários, sobretudo os imigrantes bolivianos, seja preservado. Uma ação que envolve cautela e adequação das normas à realidade para não incorrer no risco de impor barreiras de acesso aos serviços de saúde (DE AGUIAR e MOTA, 2014). Diante dessa demanda específica, alguns estudos abordaram a contratação de ACS bolivianos nas UBS com resultados satisfatórios. O objetivo é a aproximação e o estabelecimento de uma relação de confiança entre os imigrantes e os donos das oficinas de costura, que frequentemente impediam a entrada dos ACS, nos recintos (XAVIER, 2010). Uma outra ação foi a estruturação e adequação de algumas unidades de saúde

---

<sup>20</sup> Atores que colaboram intensamente na aproximação entre os imigrantes bolivianos e o sistema público de saúde brasileiro.

para a “captação” e o atendimento desses usuários, com destaque para a adequação de toda comunicação visual dos informativos e elaboração de material educativo em espanhol (DE AGUIAR E MOTA, 2014; BISPO, 2019).

O direito à gratuidade aos serviços de saúde no Brasil encontra-se expressa no artigo 43 da Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde (BRASIL, 1990). Ao passo que na Bolívia a saúde é inequitativa e excludente: somente as crianças com idade inferior a cinco anos e os adultos com idade superior a 60 anos têm atendimento gratuito nos serviços de saúde, sendo que o restante da população precisa pagar pelos serviços prestados. Apenas 30% da população têm cobertura pelo seguro de saúde público e 70% encontram-se sem cobertura sanitária (HEREDIA, 2012). No Brasil, o direito à saúde não somente é assegurado pela Constituição, como também legitimado pelo SUS a todos os estrangeiros residentes no país. Contudo, esse direito não reflete o desejo unânime pelos imigrantes bolivianos em usufruir desse benefício.

*Tenho amigos médicos bolivianos aqui [em São Paulo], que são especialistas, que são cardiologistas, então eu sempre me consulto com eles. (E2, 70 anos)*

*Eu tenho um monte de amigos bolivianos que são médicos [...]. Eu prefiro boliviano! Eu sei como é se formar em uma universidade maior [...] aqui em São Paulo a USP [Universidade de São Paulo] está formando mal os profissionais. A universidade de Campinas, UNICAMP está melhor, parece que eles estão liderando, não? [...] Porém, eu tenho uma relação mais íntima, de mais confiança, com os meus patrícios. Os brasileiros às vezes não são bons! [...] Eu conheci um monte de dentistas brasileiros e nenhum deu resultado, agora permaneço aqui [na ADRB] e estou gostando dos dentistas [todos bolivianos]. A gente conversa mais profundamente, com mais intimidade, então por isso que prefiro boliviano. (E8, 45 anos)*

As falas colocadas acima evidenciam a preferência de alguns imigrantes pelo atendimento com profissionais bolivianos, já que muitos recorrem a estabelecimentos como a ADRB que, em suas concepções, conferem maior segurança, acolhimento e integração. Dessa forma, o sistema alcançado por alguns interlocutores é a ADRB, um local em que recorrem para prevenir, curar

e para socializar, com prestação de serviço diferenciada, e onde se sentem mais compreendidos e amparados pelos seus compatriotas. Sentem-se também mais confortáveis em expor situações ou acontecimentos de foro íntimo, com menor probabilidade de serem julgados por condutas adotadas.

No que tange ao tipo de atendimento, os interlocutores da pesquisa admitiram que era cansativo resgatar a história pregressa da sua moléstia desde o início e repeti-la a cada consulta com profissionais de outras nacionalidades (embora admitam sua importância) para que fossem traçadas as suas condutas - prática que demandaria tempo e energia. Declararam, ainda, que profissionais que desconsideravam seus costumes, pouco podiam fazer por sua saúde. A referida desqualificação dos profissionais de saúde brasileiros, formados na universidade classificada pelo interlocutor E8 como de qualidade inferior, constitui-se como um entrave atribuído pelo imigrante, relacionado à capacidade e/ou competência do profissional. Uma outra razão para optarem por atendimento com profissionais bolivianos, especialmente os da ADRB, é o fato de obterem descontos de 15% na realização de alguns exames laboratoriais em função de uma parceria estabelecida entre a Associação e o laboratório “Labi exames”, em São Paulo. Nesses contextos, o favoritismo por consultas com médicos bolivianos tem uma representação diferenciada para os imigrantes entrevistados.

Nesse sentido e com tudo que foi exposto, o IT escolhido pelos interlocutores demonstra a complexidade dos caminhos percorridos pelos indivíduos, envolvendo múltiplos atores e contextos variados. São formas diversas de atenção à saúde utilizadas pelos imigrantes bolivianos para os mesmos problemas de saúde, diabetes e hipertensão.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo explorou alguns aspectos do comportamento alimentar dos imigrantes bolivianos portadoras de diabetes e hipertensão. Nas trajetórias individuais e, portanto, particulares, foram relatadas dificuldades iniciais de adaptação e resistência em relação à culinária local. A princípio, houve um certo estranhamento frente alguns elementos tradicionais da culinária brasileira, como o consumo diário de feijão e a referida alteração no sabor de frutas e verduras, ocasionadas pelo uso de agrotóxicos no país.

O contato com o novo normalmente gera resistência, que poderá vir acompanhada de um estranhamento inicial, caracterizado pela dificuldade em experimentar alimentos considerados diferentes, incomuns ou exóticos à sua cultura. Esse fenômeno é vivenciado de modo diferenciado pelos indivíduos, considerando a não homogeneidade das sociedades e singularidades dos seus atores. Para alguns, essa experiência poderá vir acompanhada de prudência, receio e resistência em experimentar o alimento desconhecido, e também por sua aparência (neofobia alimentar) ao passo que, para outros, há uma tendência natural a experimentar novos sabores (neofilia alimentar), configurando-se como uma ação instigante e desafiadora.

A cultura molda os comportamentos alimentares dos grupos sociais como uma teia de representações passíveis a mudanças, opera como uma matriz de interpretações e ações que associam memória e tradição a novas experiências alimentares culturalmente construídas (BOURDIEU, 1983 *apud* OLIVEIRA *et. al.*, 2018).

Na presente pesquisa, a incorporação de novos comportamentos alimentares foi evidenciada e justificada pelo contexto de vulnerabilidade vivenciado por alguns imigrantes participantes do estudo, especialmente dos que trabalham nas oficinas de costura. O alimento foi percebido, inúmeras vezes, como única fonte de prazer diante das dificuldades e sofrimento vivenciado no Brasil. O contexto favoreceu mudanças alimentares com repercussões importantes no estado de saúde, constituindo-se como um dos fatores preditores de agravos à saúde, já que doenças podem ser resultantes do consumo excessivo de alimentos nocivos ao organismo que comprometem a qualidade de vida e demandam cuidados de saúde.



O presente trabalho apresentou ainda os intrincados caminhos dos imigrantes bolivianos pelas instituições de saúde em busca de atendimento para suas enfermidades. Percursos traçados pelos interlocutores em que se observou certo favoritismo, porém não unanimidade pelo modelo biomédico. Uma modalidade terapêutica em que lógica do cuidado por vezes prioriza o cumprimento das recomendações médicas em sua totalidade pelo paciente. Profissionais que inúmeras vezes se limitam a fornecer informações, avaliar os resultados de exames e determinar condutas a serem seguidas. “Pacientes submissos obedecendo a um médico autoritário, com comportamento geralmente descrito como negligente, de recusa, desviante e não cooperador” (LUTFEY e WISHNER, 1999). Contextos caracterizado ainda com tendência à responsabilização individual pela progressão da doença. Terapêuticas exigentes em que o indivíduo deve ser capaz de gerenciar sua própria saúde, incluindo a prática de atividade física, alimentação, utilização dos medicamentos nas doses e horários prescritos, técnica para aplicação de insulina, reconhecimento de sinais e sintomas atípicos, entre outros. Contudo, ainda que os mesmos se esmerem para o controle da doença, respostas desfavoráveis ao tratamento podem ocorrer, evidenciadas por resultados (glicemia e pressão arterial) alterados, como consequência da imprevisibilidade dos corpos. Situação que poderá incorrer em desmotivação e falta de adesão à terapêutica proposta.

Itinerários terapêuticos que abrangeram não somente as trajetórias dos imigrantes bolivianos em busca de tratamento, mas ainda os cuidados em saúde, sejam eles caseiros ou convencionais, justificados pelos fatores socioculturais (ideologias, valores) dos indivíduos e/ou coletividades. Verificou-se ainda certa liberdade e autonomia do entrevistado que utilizou do seu poder de decisão, elegendo o auto cuidado, exemplificado pelo uso dos chás em detrimento da prescrição médica como a melhor forma encontrada para controlar a sua enfermidade.

O IT foi caracterizado por dificuldade de acesso aos serviços de saúde, constituindo-se como barreira para o tratamento e enfrentamento das moléstias capazes de determinar incapacidade e sofrimento aos indivíduos. Sofrimento que se estende por anos e altera a vida cotidiana dos sujeitos e suas relações sociais, como exemplificado na fala do imigrante que foi submetido à uma amputação, perdeu temporariamente a visão e até cogitou suicídio. Sofrimento

evidenciado, ainda, pelo estigma experienciado pela boliviana prestes a dar à luz, e pela fala do interlocutor que revelou que “ninguém fala que tem diabetes, é escondido”.

A morosidade para o atendimento nos serviços de saúde, a referida falta de empatia e o relatado preconceito vivenciado em alguns espaços sociais atribuído aos traços físicos do indivíduo, descrevem os percalços vivenciados por alguns imigrantes bolivianos. Todavia, a qualidade no atendimento prestado e, sobretudo, a gratuidade dos serviços de saúde foram evidenciados pelos interlocutores como pontos significativos do sistema de saúde brasileiro.

Como qualquer estudo de natureza qualitativa, as percepções aqui apontadas não podem ser extrapoladas para outras populações. Este estudo apresenta como limitação o fato de a coleta de dados ter sido feita em apenas de um serviço de saúde.

Do exposto, alguns pontos devem ser destacados: em primeiro lugar, o enorme desafio para as políticas públicas de saúde que reconheçam as necessidades e possibilidades alimentares dos imigrantes, considerando os contextos socioeconômicos em que se encontram inseridos, e o reconhecimento das diversidade culturais. É importante que as políticas públicas voltadas à alimentação não tenham o objetivo apenas de mitigar a fome, mas que sejam culturalmente sensíveis às pluralidades culturais, considerando também as relações simbólicas e afetivas estabelecidas entre o imigrante e o alimento. Tradições alimentares deveriam ser conhecidas para subsidiar estratégias de saúde, objetivando à integralidade e humanização da política de segurança alimentar (GARNELO e WELCH, 2009). Em segundo lugar, e por fim, deve ser destacada a importância de uma rede de assistência aos portadores de doenças crônicas, que seja multiprofissional e interdisciplinar e que assegure as necessidades de acesso universal aos serviços de saúde, em todos os níveis assistenciais, com qualidade, livre de preconceitos e com competências para receber grupos sociais com concepções e práticas diferenciadas (competências ampliadas nos serviços de saúde).

## REFERÊNCIAS

- ADAMI, F. S.; CONDE, S. R. **Alimentação e nutrição nos ciclos da vida**. 1ª Edição. EDITORA UNIVATES, Lajeado, 2016.
- ALESSI, N. P. Conduta alimentar e sociedade. **Medicina**, Ribeirão Preto, 39 (3): 327-32, jul./set. 2006.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Resíduos de agrotóxicos em alimentos. **Rev Saúde Pública** 2006;40(2):361-3.
- AGYEMANG, C. Rationale and cross-sectional study design of the Research on Obesity and type 2 Diabetes among African Migrants: the RODAM study. **BMJ Open** 2014; 4:e004877.
- ALVARENGA, M.; KORITAR, P.; MORAES, J. **Atitude e comportamento alimentar – determinantes de escolhas e consumo** In: Nutrição comportamental, ALVARENGA, M. *et. al.* 2. ed. Barueri [SP]: Manole, 2019.
- ALVES, P. C. Itinerário terapêutico e os nexos de significados da doença. **POLÍTICA & TRABALHO** Revista de Ciências Sociais, nº 42, Janeiro/Junho de 2015, p. 29-43.
- ALVES, U. S. **Imigrantes bolivianos em São Paulo: a Praça Kantuta e o Futebol**. In: BAENINGER, R. Imigração Boliviana no Brasil – Campinas: Núcleo de Estudos de População-Nepo/Unicamp; Fapesp; CNPq; Unfpa, 2012. 316p.
- ANGARITA, N. A. Presentación del Libro Juventudes TIC. **Juventudes TIC**. La Paz, Murillo, Bolivia, Octubre de 2019.
- APARÍCIO, G. **Ajudar a desenvolver hábitos alimentares saudáveis na infância**. Disponível em: <<https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/309/1/Ajudar%20a%20desenvolver%20h%C3%A1bitos%20alimentares%20saud%C3%A1veis%20na%20inf%C3%A2ncia.pdf>>. Acesso em 14/09/2020.
- ARAÚJO, M. de F. Diferença e igualdade nas relações de gênero: revisitando o debate. **Psic. Clin.**, Rio de Janeiro, v.17, n.2, p.41– 52, 2005.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE INDÚSTRIA E ALIMENTAÇÃO – ABIA. **Relatório Anual 2018**. São Paulo, 2018. Disponível em: <<https://www.abia.org.br/vsn/temp/z2019422RelatorioAnual2018.pdf>>. Acesso em 10/09/19.
- ASSUNÇÃO, M. C; SANTOS, I. S.; GIGANTE, D. P. Atenção primária em diabetes no sul do Brasil: estrutura, processo e resultado. **Rev. Saúde Pública**, v. 35, p. 88-95, 2001.

BAENINGER, R. *et. al.* **Migrações Sul-Sul**. 2. ed. Campinas, SP: Núcleo de Estudos de População “Elza Berquó” – Nepo/Unicamp, 2018.

BAENINGER, R. Migrações internacionais: elementos para o debate no século XXI. In: Migração trabalho e cidadania. CUTTI *et. al.* (Org.). São Paulo: EDUC, 2015. 284p.

\_\_\_\_\_. (Org.). **Imigração boliviana no Brasil**. Campinas: Núcleo de Estudos de População-Nepo/Unicamp; Fapesp; CNPq; Unfpa, 2012. 316p.

\_\_\_\_\_. São Paulo e suas migrações no final do século 20. **São Paulo em Perspectiva**, v. 19, n. 3, p. 84-96, jul./set. 2005.

BAPTISTA, D. M. T. **Migração, trabalho e cidadania**. Capítulo 8. Editora Educ, 2015. p.185.

BARCELLOS, D. M. N.; FREITAS, R. F.; CARVALHO, M. C. da V. S. Alimentação saudável e qualidade de vida: fenômeno midiático na cidade. RECIIS – **Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde**. 2016 out.-dez.; 10(4).

BARRETO, G. **Falência do McDonalds na Bolívia em 2002 vira documentário**. 2011. Disponível em: < <https://consciencia.net/falencia-do-mcdonalds-na-bolivia-em-2002-vira-documentario/> >. Acesso em 07/11/2019.

BAUMAN, Z. A fragilidade dos laços humanos. **Rev. ciênc. hum**, Taubaté, v. 11, n. 2, p. 173-174, jul./dez. 2005.

BEARDSWORTH, A, K. T. **Sociology on the Menu: An Invitation to the Study of Food and Society**. London: Rout ledge, 1997.

BECK, U. **¿Qué es la globalización?** Barcelona: Paidós, 1998.

BERRIOS, L. E. **O imigrante boliviano no estado de São Paulo: a ética empresarial nas contratações**. Contexto histórico e socioeconômico do imigrante boliviano, situação do imigrante boliviano no Estado de São Paulo e a importância da presença da ética e da legalidade no ato da contratação de funcionários por parte das empresas. São Paulo, 2020. Disponível em: <<https://monografias.brasilecola.uol.com.br/administracao-financas/o-imigrante-boliviano-no-estado-sao-paulo-etica-empresarial-nas-contratacoes.htm>>. Acesso em 21/03/2020.

BESHYAH, S. A. Fasting During The month of Ramadan For People With Diabetes: Medicine and Fiqh United at Last. **Ibnosina J Med Biomed Sci** 2009; 1:58-60.

BISPO, T. B. **Trabalho, modos de vida e cuidados em saúde entre imigrantes bolivianos em São Paulo**. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Saúde Coletiva. Universidade Católica de Santos, 2019.

BOGDAN, R.; BIKLEN, S. K. **Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos**. Porto: Porto Editora, 1994.

BÓGUS, L. M. M.; FABIANO, M. L. A. O Brasil como destino das migrações internacionais recentes: novas relações, possibilidades e desafios. **Ponto e Vírgula - PUC SP** - n. 18, 2015.

BOHRT, T. A. Hombres, caballos y mujeres. Aproximación analítica a los textos escolares sexistas. **Integra Educativa**, v. 6, n. 2, 2013.

BORGES, A. M. de B. Comensalidade: a mesa como espaço de comunicação e hospitalidade. **Intercom – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação**. XXXIII Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação – Caxias do Sul, RS – 2 a 6 de setembro de 2010.

BOTELHO, R. B. A. **Culinária regional: o nordeste e a alimentação saudável**. 2006.192f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências da Saúde, Brasília, DF.

BOURDIEU, P. **Questões de sociologia**. Rio de Janeiro: Marco Zero; 1983.

BOURGUES, H. **Costumbres, practicas y habitos alimentarios deseables e indeseables**. Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán, México D. F., México. v. 38, n. 3., Septiembre, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 702, DE 21 DE MARÇO DE 2018**. Disponível em: <  
[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt0702\\_22\\_03\\_2018.htm](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt0702_22_03_2018.htm)>  
. Acesso em 19/11/19.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014**. 2014. Disponível em: <  
[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483\\_01\\_04\\_2014.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html)>  
Acesso em 01/12/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus** – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **VIGITEL Brasil 2010: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília-DF, 2011<sup>b</sup>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável /**

Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS) princípios e conquistas**. Brasília, 2000.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990.

BRANEN, L.; FLETCHER, J. Comparison of college students' current eating habits and recollections of their childhood food practices. **J Nutr Educ**. 1999; 31(6):304-10.

BROWN, P. J., KONNER, M. **An anthropological perspective on obesity**. In: **Goodman AH, Dufour GH**, editors. Nutritional anthropology – biocultural perspectives on food and nutrition. Mountain View: Mayfield Publishing Company; 1999. p. 347-58.

BROWN, R.; OGDEN, J. Children's eating attitudes and behaviour: A study of the modelling and control theories of parental influence. **Health Education Research: Theory & Practice**, 2004,19(3), 261-271.

BURGOA, C. S. **Estratégia regional para a prevenção e o controle das doenças crônicas não transmissíveis 2012-2025**. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Relatório do III fórum de monitoramento do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil. Brasília - 13 e 14 de Agosto de 2013. Brasília - DF, 2018.

CACCIAMALI, M. C.; DE AZEVEDO, F. A. G. Entre o tráfico humano e a opção da mobilidade social: a situação dos imigrantes bolivianos na cidade de São Paulo. **Cadernos PROLAM/USP**, 5(8), 129-143, 2006.

CAFARDO, R. Educação, um direito do imigrante. O Estado de S. Paulo, São Paulo, 20 mar. 2005. Caderno Vida, p. A-22.

CALVO, M. Migration et alimentation. *Social Sciences Information*, 21(3):383-446, 1982.

CANESQUI, A. M. A qualidade dos alimentos: análise de algumas categorias da dietética popular. **Rev. Nutr.**, Campinas, 20(2):203-216, mar./abr., 2007.

\_\_\_\_\_. **Olhares socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2007<sup>b</sup>.

\_\_\_\_\_. **Comida de rico, comida de pobre**. Um estudo sobre alimentação num bairro popular. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 1976.

CARIOCA, A. A. F. **Migração interna para São Paulo: relações com dieta e risco cardiovascular.** Tese (Doutorado). Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Departamento de Nutrição, São Paulo, 2017.

CARNEIRO JUNIOR, N. *et. al.* Migração boliviana e doença de Chagas: limites na atuação do Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS). **Interface** Comunicação Saúde Educação, 2018, 22(64):87-96.

CARNEIRO JUNIOR, N; SILVEIRA, C. Organização das práticas de atenção primária no contexto dos processos de exclusão/inclusão social. **Cadernos de Saúde Pública**, 19(6):1827-35, 2003.

CARNEIRO, H. S. Comida e sociedade: significados sociais na história da alimentação. **História: Questões & Debates**, Curitiba, n. 42, p. 71-80, 2005. Editora UFPR.

COLLYER, F. R. S. **Muito além da Revolução - os aspectos políticos e sociais da maior revolução da idade moderna.** Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/31268/muito-alem-da-revolucao>>. Acesso em 30/04/19.

CORNER, D. M. R. **A cozinha dos imigrantes espanhóis galegos e andaluzes na cidade de São Paulo.** 2011. Tese (Doutorado) PUC-SP. Departamento de História Social, São Paulo.

CRUZ, M. R. M. De los habitus al femichismo: Reproducción de conductas machistas em mujeres de Cochabamba. **Punto Cero**, n24, 2012.

CRUZ-COKE, R.; ETCHEVERRY, R.; NAGEL, R. Influence of migration on blood-pressure of Easter Islanders. **The Lancet**, 1964.

CUTTING, T. M. *et. al.* Like mother, like daughter: Familial patterns of overweight are mediated by mothers' dietary disinhibition. **American Journal of Clinical Nutrition**, 1999, 69, 608-613.

DA MATA, J. S.; FERREIRA, R. L. **Agrotóxico no brasil – uso e impactos ao meio ambiente e a saúde pública.** 2013. Disponível em: <<https://www.ecodebate.com.br/2013/08/02/agrotoxico-no-brasil-uso-e-impactos-ao-meio-ambiente-e-a-saude-publica-por-joao-siqueira-da-mata-e-rafael-lopes-ferreira/>>. Acesso 30/04/19.

DANIEL, J. M. P.; CRAVO, V. Z. **Valor social e cultural da alimentação.** Antropologia e nutrição: um diálogo possível. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. In: CANESQUI, A. M. (org.); GARCIA, R. W. D., (org). Antropologia e nutrição: um diálogo possível [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. 306 p. Antropologia e Saúde collection. ISBN 85- 7541-055-5.

DANTAS, S. Saúde mental, interculturalidade e imigração. **Revista USP**, São Paulo, n. 114, p. 55-70, julho/agosto/setembro 2017.

\_\_\_\_\_. **Diálogos Interculturais. Reflexões Interdisciplinares e Intervenções Psicossociais.** São Paulo, IEA-USP, 2012.

DA ROCHA, D. R.; MARIN, V. A. Transgênicos – Plantas Produtoras de Fármacos (PPF). **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(7):3339-3347, 2011.

DA SILVA, J. B. **Relatório do III Fórum de Monitoramento do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil.** Brasília - DF, 2018.

DA SILVA, S. A. **Bolivianos em São Paulo. Dinâmica cultural e processos identitários.** In: Imigração Boliviana no Brasil. BAENINGER R. (Org.). – Campinas: Núcleo de Estudos de População-Nepo/Unicamp; Fapesp; CNPq; Unfpa, 2012. 316p.

DE ALENCAR, A. C. Migração Internacional: Um Olhar Sobre Brasil e Portugal. **Revista Eletrônica de Direito Internacional**, vol. 6, 2010, pp.

DE AGUIAR, M. E.; MOTA, André. O Programa Saúde da Família no bairro do Bom Retiro, SP, Brasil: a comunicação entre bolivianos e trabalhadores de saúde. **Interface Comunicação Saúde Educação**, 2014; 18(50):493-506.

DE AQUINO, N. S. M.; OLIVEIRA, T. K. L.; SANT'ANA, M. A. R. **A construção comportamental da alimentação humana em face da cultura midiática e aspectos da saúde pública.** Congresso Norte Nordeste de Pesquisa e Inovação, Palmas, Tocantins, 2012.

DE ARAÚJO, M. A. F.; DE ARAÚJO, T. M. O fazer etnográfico: considerações sobre a etnografia da comunicação. **Revista Ícone.** Revista de Divulgação Científica em Língua Portuguesa, Linguística e Literatura, v. 16, Jan./2016.

DE LIMA, L. C. *et. al.* Campanha Publicitária: Publicidade e Alimentação. **Intercom – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação XX Prêmio Expocom 2013 – Exposição da Pesquisa Experimental em Comunicação**, 2013.

DE AZEVEDO, E. Alimentação, sociedade e cultura: temas contemporâneos. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 19, no 44, jan/abr 2017, p. 276-307.

DE MATTOS, C. L. G. **A abordagem etnográfica na investigação científica.** In DE MATTOS, C. L. G.; CASTRO, P. A., orgs. Etnografia e educação: conceitos e usos [online]. Campina Grande: EDUEPB, 2011. pp. 49-83.

DE SOUZA, M. M. C. M. **Migração, trabalho e cidadania.** Capítulo 2. Editora Educ, 2015. p.49.

DE SOUZA, M. M. C. M.; GUERRIERO, S. A imigração boliviana em S. Paulo: experiências de um pentecostalismo específico como aglutinador de identidades e sociabilidades. **PLURA, Revista de Estudos de Religião**, ISSN 2179-0019, vol. 6, nº 1, 2015, p. 100-116.



DESHMUKH-TASKAR, P. *et.al.* Does Food Group Consumption Vary by Differences in Socioeconomic, Demographic, and Lifestyle Factors in Young Adults? The Bogalusa Heart Study. **J Am Diet Assoc.** 2007; 107(2): 223–234.

DORNELLAS, J. **Relatório anual 2018.** Associação da indústria de alimentos - ABIA. 2018 Disponível em: <<https://www.abia.org.br/vsn/temp/z2019422RelatorioAnual2018.pdf>>. Acesso: 18/09/2019.

DOS SANTOS, R. O. PRAÇA KANTUTA: símbolo de representação, identidade e cultura boliviana na cidade de São Paulo. **Revista Memore**, Tubarão, v. 4, n. 3 esp. dossiê Marcas da Memória: direitos humanos, justiça de transição e anistia, p. 209-231 set./dez. 2017.

DOS SANTOS, R. F. **A gastronomia e a feira Kantuta: cultura e identidade de imigrantes bolivianos em São Paulo.** 2014. 220f. Tese (Mestrado). Programa de Pós Graduação em Estudos Culturais. Escola de Artes, Ciências e Humanidades. Universidade de São Paulo.

DOS SANTOS, D. M.; SICHIERI, R. Índice de massa corporal e indicadores antropométricos de adiposidade em idosos. **Rev. Saúde Pública**, 2005; 39(2):163-8.

DUPCHAK, L. M. **O estudo do consumo de açúcar e sal para promoção de uma alimentação saudável.** Curitiba, 2014. Disponível em: <[http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/cadernospde/pdebusca/producoes\\_pde/2014/2014\\_ufpr\\_cien\\_pdp\\_luciane\\_marilis\\_dupchak.pdf](http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/cadernospde/pdebusca/producoes_pde/2014/2014_ufpr_cien_pdp_luciane_marilis_dupchak.pdf)>. Acesso em: 18/09/2019.

EISER, C. **Chronic childhood disease.** Nova York: Cambridge, 1990.

ESPINA, A. M. El debate entre transnacionalismo y nacionalismo metodológico como marco teórico para la comprensión del papel del empleo en la gobernabilidad de la inmigración en España. **Papers**, 2011, 96/3 757-780.

FARGELI R. A; WANDEL, M. Gender Differences and Practices with Regard to a “Healthy Diet”. **Appetite**, 1999, v. 32, p. 171-190, 1999.

FERREIRA S. R. G., *et. al.* Obesity and central adiposity in Japanese immigrants: role of the Western dietary pattern. **J Epidemiol** 12:431– 438, 2002.

FERRERAS, N. O. A formação da sociedade Argentina contemporânea. Sociedade e trabalho entre 1880 e 1920. **HISTÓRIA**, SÃO PAULO, v. 25, n. 1, p. 170-181, 2006.

FISCHLER, C. Cultura e gastro-anomia: psicopatologia da alimentação cotidiana. Entrevista com Claude Fischler. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 17, n. 36, p. 235-256, jul./dez. 2011.

\_\_\_\_\_. Commensality, society and culture. **Social Science Information**, SAGE Publications, 2011<sup>b</sup>, 50 (3-4), pp.528-548.

\_\_\_\_\_. **El (H)Omnívoro: el gusto, la cocina y el cuerpo**. Barcelona: Editorial Anagrama, 1995.

\_\_\_\_\_. **L'(H)omnivore**. Paris: Odile Jacob, 1990.

FISBERG, R. M.; MARCHIONI, D. M. L.; COLUCCI, A. C. A. Avaliação do consumo alimentar e da ingestão de nutrientes na prática clínica. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.** 2009.

FONSECA, C. **Caminhos da adoção**. São Paulo: Cortez, 1995.

FISCHLER, C. **L'homnivore**. Paris: Poche Odile Jacob, 2001.

FRANÇA, F. C. O. *et. al.* **Mudanças dos hábitos alimentares provocados pela industrialização e o impacto sobre a saúde do brasileiro**. In: Anais do I Seminário Alimentação e Cultura na Bahia, Bahia: UEFS, 2012.

FRAZÃO, S. M. Política (i)migratória brasileira e a construção de um perfil de imigrante desejado: lugar de memória e impasses. **ANTÍTESES**, v. 10, n. 20, p. 1103-1128, jun/dez. 2017.

FRANZONI, E. **A gastronomia como elemento cultural, símbolo de identidade e meio de integração**. 2016. 81f. Tese (Mestrado). Faculdade de ciências sociais e humanas. Universidade Nova de Lisboa, Ciências da Educação.

GALINA, V. F. *et. al.* A saúde mental dos refugiados: um olhar sobre estudos qualitativos. **Interface COMUNICAÇÃO SAÚDE EDUCAÇÃO**. 2017; 21(61):297-308.

GAMBARDELLA, A. M. D.; FRUTUOSO, M. F.P.; FRANCHI, C. Prática alimentar de adolescentes. **Revista Nutrição**. Campinas, v. 12, n. 1, 55-63, 1999.

GARCIA, M. M. A; FERNANDES, M. T. M. **A revolução alimentar: Da cozinha aos fast foods**. In: XIV Encontro Latino Americano de Iniciação Científica INIC; X Encontro Latino Americano de Pós-Graduação EPG e IV Encontro Latino Americano de Iniciação Científica Junior INIC Jr., São José dos Campos/SP, 2010.

GARCIA, R. W. D. Reflexos da globalização na cultura alimentar: considerações sobre as mudanças na alimentação urbana. **Rev. Nutr.**, Campinas, 16(4):483-492, out./dez., 2003.

GARNELO, L.; WELCH J. R. Transição alimentar e diversidade cultural: desafios à política de saúde indígena no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(9):1872-1873, set, 2009.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Zahar; 1978.

GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(11):2449-2463, nov., 2006.

GIMENO S. G. A. *et. al.* Prevalence and 7-year incidence of type 2 diabetes mellitus in a Japanese-Brazilian population: an alarming public health problem. **Diabetologia** 45:635–1638, 2002.

GIORGI, V. de V. Adentrando o “espaço social alimentar”: sociologias da alimentação, por Jean-Pierre Poulain. **Demetra**; 2015; 10(3); 729-738.

GLICK-SHILLER, N. L.; BASCH, L.; BLAN-SZANTON, C. **Towards a transnational perspective on migration**. Nova York, New York Academy of sciences, 1995.

GLOBAL CAMPAIGN FOR EDUCATION (GCE). **Gender Discrimination in Education**: The violation of rights of women and girls. February, 2012. Disponível em: [http://campaignforeducation.org/docs/reports/GCE\\_INTERIM\\_Gender\\_Report.pdf](http://campaignforeducation.org/docs/reports/GCE_INTERIM_Gender_Report.pdf) < >. Acesso: 18/11/19.

GOLDBERG, A. Contextos de vulnerabilidade social y situaciones de riesgo para la salud: tuberculosis en inmigrantes bolivianos que trabajan y viven en talleres textiles clandestinos de Buenos Aires. **Cuadernos de Antropología Social**, 2014, n. 39, pp. 91-114.

\_\_\_\_\_. Tuberculosis en inmigrantes bolivianos del Área Metropolitana de Buenos Aires: narrativas y procesos asistenciales. In: HERNÁEZ, A. M.; MASANA, L.; DIGIACOMO, S. (eds.) **Evidencias y narrativas en la atención sanitaria**. Una perspectiva antropológica, p. 113-136. Tarragona/Porto Alegre: Publicaciones Universidad Rovira y Virgili, 2013.

\_\_\_\_\_. Análisis de la relevancia de los factores socioculturales en el proceso asistencial de pacientes con tuberculosis, usuarios del Instituto Vaccarezza-Hospital Muñiz. Un abordaje etnográfico desde la Antropología Médica. **Revista Argentina de Salud Pública**, 2010,1 (5), diciembre, pp. 13-21.

GOLDBERG, A.; MARTIN, D.; SILVEIRA, C. Por um campo específico de estudos sobre processos migratórios e de saúde na Saúde Coletiva. **Interface Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 19, n. 53, p. 229-232, 2015.

GOLDBERG, A.; SILVEIRA, C. Social inequality, access conditions to public health care and processes of care in Bolivian immigrants in Buenos Aires and São Paulo: a comparative inquiry. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 283-297, 2013<sup>a</sup>.

\_\_\_\_\_. Desigualdad social, condiciones de acceso a la salud pública y procesos de atención en inmigrantes bolivianos de Buenos Aires

y São Paulo: una indagación comparativa. **Saúde Soc.** São Paulo, v.22, n.2, p.283-297, 2013<sup>b</sup>.

GRANADA, D. *et. al.* Discutir saúde e imigração no contexto atual de intensa mobilidade humana. **Interface COMUNICAÇÃO SAÚDE EDUCAÇÃO**, 2017; 21(61):285-96.

GUERRA, C. de S.; CARDOSO, F. B. da S. **A influência da cultura do consumo na alimentação humana: a (in) sustentabilidade do consumo de proteína animal.** Anais do 4º Congresso Internacional de Direito e Contemporaneidade: mídias e direitos da sociedade em rede. UFSM - Universidade Federal de Santa Maria, 8 a 10 de novembro de 2017.

GUIMARÃES, M. da G. V. Carreira e Família: Divisão de tarefas domiciliares na vida de professoras universitárias. **Revista Brasileira de Orientação Profissional** jan.-jun. 2012, v. 13, n. 1, 103-110.

GUIMARÃES, A. Z. **As mulheres e a direção do consumo doméstico.** In: ALMEIDA, M. S. K., *et al.* orgs. Colcha de retalhos: estudos sobre família no Brasil. São Paulo: Brasiliense; 1983. p.161-84.

GIMENES-MINASSE, M. H. *et. al.* Comensalidade.com – uma reflexão introdutória sobre as novas tecnologias e as práticas do comer junto. **Revista Hospitalidade.** São Paulo, volume 15, n.02, p. 102-123, dezembro de 2018.

GOIG, R. L. El «nacionalismo metodológico» como obstáculo en la investigación sociológica sobre migraciones internacionales. **EMPIRIA.** Revista de Metodología de Ciencias Sociales. N.º 13, enero-junio, 2007, pp. 101-117.

GORDONAVA, A. H. Migración fronteriza bolivianxs en talleres textiles de Buenos Aires y Sao Paulo. **Cadernos Prolam/USP**, 15 (28): pp. 97 -107, 2016.

HAMMERSLEY, M.; ATKINSON, P. **Etnografía.** Barcelona: Paidós, 1994.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença.** 4. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2003.

HEREDIA, N. **A saúde é um bem social, não técnico, e por isso é político.** 2012. Disponível em:<<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/31697>>. Acesso 13/05/2017.

HIRATA, H. S. Novas Configurações da Divisão Sexual do Trabalho. **Revista Tecnologia e Sociedade**, 2. ed., 2010.

HODGE, A. M. *et. al.*, Increased Diabetes Incidence in Greek and Italian Migrants to Australia. **DIABETES CARE**, v. 27, n. 10, October 2004.

ISER, B. P. M.; CLARO, R. M.; DE MOURA, E. C.; MALTA, D. C.; MORAIS, O. L. NETO. Fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis obtidos por inquérito telefônico – Vigitel Brasil – 2009. **Rev Bras Epidemiol** 2011; 14(1) Supl: 90-102.

JABLONSKI, B. A divisão de tarefas domésticas entre homens e mulheres no cotidiano do casamento. **PSICOLOGIA CIÊNCIA E PROFISSÃO**, 2010, 30 (2), 262-275.

JARDIM, A. N. O.; CALDAS, E. D. Exposição humana a substâncias químicas potencialmente tóxicas na dieta e os riscos para saúde. **Quim. Nova**, v. 32, n. 7, 1898-1909, 2009.

JOMORI, M. M.; PROENÇA, R. P. da C.; CALVO, M. C. M. Determinantes de escolha alimentar. **Rev. Nutr.**, Campinas, 21(1):63-73, jan./fev., 2008.

JORNAL O SUL. **Bolívia é recorde em feminicídio**. Rio Grande do Sul. 2019. Disponível em: <<http://www.osul.com.br/bolivia-e-recorde-em-feminicidio/>>. Acesso em 15/09/19.

JOSEPH, J. G. *et al.* Elevation of systolic and diastolic blood pressure associated with migration: the tokelau island migrant study. **J Chron Dis**, v. 36, n. 7, pp. 507-516, 1983.

KERGOAT, D. In: HIRATA, H. *et al.* (Orgs). **Dicionário Crítico do Feminismo**. São Paulo: Editora Unesp, 2009, p. 67.

KRAEMER, F. B. *et al.* O discurso sobre a alimentação saudável como estratégia de biopoder. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 24 [4]: 1337-1359, 2014.

KURITA, G. P.; PIMENTA, C. A. de M. Adesão ao tratamento da dor crônica e o locus de controle da saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, 2004; 38(3):254-61

LAMARÃO, M. L. N. **A constituição das relações sociais de poder no trabalho infanto-juvenil doméstico: estudo sobre estigma e subalternidade**. 2008. 166f. Tese (Mestrado) em Serviço Social. Belém: Universidade Federal do Pará.

LANGDON, E. J.; WIIK, F. B. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** mai-jun 2010; 18(3):[09 telas].

LANGDON, E. J. M. **A negociação do oculto: xamanismo, família e medicina entre os Siona no contexto pluri-étnico**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 1994.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde Soc**, v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011.

LEITE, S. N. **Adesão à Terapêutica Medicamentosa: o que o Farmacêutico tem a ver com isso?** In: CORDEIRO, Benedito C.; LEITE, S. N. O Farmacêutico na atenção à Saúde. 2 ed., Itajaí, Univali, 2008.

LEVITT, P.; GLICK-SCHILLER, N. **“Conceptualizing simultaneity: a transnational social field perspective on society”**, 2007. In: SAHOO, A. K. e MAHARAJ, B. *Sociology of diaspora: a reader*. Jaipur, Rawat, p. 156-193.

LEWIS JR, D. E. Stress, Migration, and Blood Pressure in Kiribati. **AMERICAN JOURNAL OF HUMAN BIOLOGY**, 1990.

LIMA, V. A. B.; LAMOUNIER, M. A. T.; TEIXEIRA, N. de C. Comfortfood: Alimentação emocional e os benefícios de uma doce lembrança. **Revista Pensar Gastronomia**, v.4, n.2, jul. 2018.

LODY, R. **À mesa com Gilberto Freyre**. Rio de Janeiro: Ed. SENAC. 2004, p.17.

LOWE, M. R.; BUTRYN M. L. **Hedonic hunger**: a new dimension of appetite? *Physiol Behav.* 2007; 91:432-39.

LUTFEY, K.; WISHNER, W. J. Beyond “compliance” is “adherence”: improving the prospect of diabetes care. **Diabetes Care**, Alexandria, v. 22, n. 4, p. 635-639, 1999.

MACIEL, M. E. Cultura e alimentação ou o que têm a ver os macaquinhos de koshima com brillat-savarin?. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 7, n. 16, p. 145-156, dezembro de 2001.

MACIEL, F. B. Ulrich Beck e a crítica ao nacionalismo metodológico. **Política & Sociedade**. Florianópolis, v. 12, n. 25, 2013.

MALTA, D. C., BERNAL, R. T. I. Comparação dos fatores de risco e proteção de doenças crônicas na população com e sem planos de saúde nas capitais brasileiras. **REV. BRAS. EPIDEMIOL. SUPPL.** PeNSE 2014; 241-255.

MANFROI, A.; DE OLIVEIRA, F. A. Dificuldades de adesão ao tratamento na hipertensão arterial sistêmica: considerações a partir de um estudo qualitativo em uma unidade de Atenção Primária à Saúde. **Rev. Bras. Med. Fam. e Com.** Rio de Janeiro, v.2, nº 7, out / dez 2006.

MANNHEIM, K. “O problema das gerações” [tradução: Maria da Graça Barbedo], in idem, **Sociologia do conhecimento**, V. 2, Porto, RES-Editora, pp. 115-176, 1928.

MANTOVANI, F.; DIEGUES, L. **‘Cidade imigrante’, São Paulo recebe quase 57 mil bolivianos em 20 anos**. 2020. Disponível em: < <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2020/01/cidade-imigrante-sao-paulo-recebe-quase-57-mil-bolivianos-em-20-anos.shtml>>. Acesso em 15/03/2020.

MANSO, M. E. G.; GÓES, L. G. Espiritualidade e doenças crônicas: itinerários terapêuticos de pessoas vinculadas a seguros-saúde nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro. **REV.INTERESPE**. n. 12, jun., 2019, pp. 01- 70.

MARINUCCI, R. Migrações e trabalho: precarização, discriminação e resistência. REMHU, **Rev. Interdiscip. Mobil. Hum.**, Brasília, v. 25, n. 49, apr. 2017, p. 7-11.

MARQUES, M. C. da C; AFONSO, F. de C.; SILVEIRA, C. **Saúde e História de Migrantes e Imigrantes. Direitos, Instituições e Circularidades**. São Paulo: USP, Faculdade de Medicina: UFABC, Universidade Federal do ABC: CD.G Casa de Soluções e Editora, 2014.

MARTES, A. C. B.; FALEIROS, S. M. Acesso dos imigrantes bolivianos aos serviços públicos de saúde na cidade de São Paulo. **Saúde Soc.** São Paulo, v.22, n.2, p.351-364, 2013.

MARTIN, D.; GOLDBERG, A.; SILVEIRA, C. Imigração, refúgio e saúde: perspectivas de análise sociocultural. **Saúde Soc.** São Paulo, v.27, n.1, p.26-36, 2018.

MASSÉ, R. **Culture et santé publique. Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé**. Montréal: Gaëtan Morin Éditeur; 1995.

MATHIAS, M. S. A etnografia e observação participante na pesquisa qualitativa. **Ensaio Pedagógicos (Sorocaba)**, vol.2, n.1, jan./abr. 2018, p.54-61.

MATURANA, V. Reflexões acerca da relação entre a alimentação e o homem. **Revista IGT**, v. 7, n. 12, 2010.

MBONGUE, T. B. *et al.* "Medicamentation" of society, non-diseases and non-medications: a point of view from social pharmacology. **Eur. J. Clin. Pharmacol.**, v.61, n.4, p.309-13, 2005.

MENDES, E. V. **25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. Estudos Avançados**. v. 27, n.78, São Paulo, 2013.

MENÉNDEZ, E. L. Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. **Revista de Antropología Social**, v. 14, 2005, pp. 33-69.

\_\_\_\_\_. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 8(1):185-207, 2003.

MÉRIDA, M. L. H. Análisis crítico del discurso de género implícito en la publicidad, estudio de caso: Spot Fino para el Día de la Madre en Bolivia 2015. Estudio semiológico y de percepción. **APORTES**, n 21, Diciembre de 2016, p. 23-34.

MILANESE, G. A. Hospitalidade e comensalidade nas feiras de rua da cidade de São Paulo: feira Kantuta e cultura boliviana. **TURYDES**. Revista de investigación en turismo y desarrollo local. v. 5, n 13, 2012.



MINTZ, S. W. COMIDA E ANTROPOLOGIA. Uma breve revisão. **RBCS**, São Paulo, v.16, n. 47, p. 31-41. out. 2001.

MISSAGIA, S. V. **A influência dos valores alimentares e das atitudes no consumo de alimentos saudáveis**. 2012. 105f. Tese (Mestrado) Universidade Federal de Lavras, MG.

MOL, A. **The logic of care health and the problem of patient choice**. Routledge, 2008.

MOREIRA, D. R. Apiterapia no tratamento de patologias. **Revista F@pciência**, Apucarana-PR, ISSN 1984-2333, v.9, n. 4, p. 21 – 29, 2012.

MOREIRA, S. A. Alimentação e comensalidade: aspectos históricos e antropológicos. **Cienc. Cult.** v.62, n. 4 São Paulo Oct. 2010.

MOTTA, G. La historia, la comida, la salud. Un vínculo siempre más estrecho entre alimentación y medicina. **Med. segur. trab.**, v. 56, n. 218, p. 93-99, Marzo 2010.

MÜHLBACH, R. **Plantar, pescar... cozinhar e comer: estudando o sabor local**. 2004.145f. Tese (Mestrado), Florianópolis, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis.

NAKAMURA, E. O Método Etnográfico em Pesquisas na Área da Saúde: uma reflexão antropológica. **Saúde Soc.** São Paulo, v.20, n.1, p.95-103, 2011.

NAKAMURA, E. **O lugar do método etnográfico em pesquisas sobre saúde, doença e cuidado**. In: NAKAMURA E.; MARTIN, D.; SANTOS, J. F. Q. (Orgs.) *Antropologia para enfermagem*. Barueri: Manole, 2009. p. 15-35.

NASCIMENTO, A. de A. B. S. Comida: prazeres, gozos e transgressões. 2. ed. **Rev. e Ampl.** - Salvador: EDUFBA, 2007. 290 p.

OGDEN, J. **The psychology of eating: From healthy to disordered behavior**. U.S.A.: Blackwell Publishing, 2003.

OKOSHI, K. *et. al.* Miocardiopatia diabética. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**, Botucatu, v. 51, n. 2, p. 160-167, mar. 2007.

OLIVEIRA, E. da S.; ARLETE, R.; MAIA, S. A. *Gastronomia boliviana*. Goiânia, 2013. Disponível em:<<http://gastronomia112.blogspot.com/2013/06/gastronomia-boliviana.html>>. Acesso em 20/07/2020.

OLIVEIRA, T. C. *et. al.* Concepções sobre práticas alimentares em mulheres de camadas populares no Rio de Janeiro, RJ, Brasil: transformações e ressignificações. **Interface** Comunicação Saúde Educação, 2018.



OLIVEIRA, A. M.; *et. al.* Sobrepeso e obesidade infantil: influência de fatores biológicos e ambientais em Feira de Santana, BA. **Arq Bras Endocrinol Metabol.** 2003; 47(2):144-50.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS (2018). **Investir no controle de doenças crônicas não transmissíveis gera grandes retornos financeiros e de saúde, afirma OMS.** Disponível em: <[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5675:investir-no-controle-de-doencas-cronicas-nao-transmissiveis-gera-grandes-ganhos-financeiros-e-de-saude-afirma-oms&Itemid=839](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5675:investir-no-controle-de-doencas-cronicas-nao-transmissiveis-gera-grandes-ganhos-financeiros-e-de-saude-afirma-oms&Itemid=839)>. Acesso em: 13/09/2020.

ORNELLAS, L. H. A alimentação através dos tempos. 2. ed. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2000, p. 275.

ORTIZ, F. C; JAÚREGUI, M. Violencia de género, desde las concepciones y vivencias de los habitantes de Ascensión de Guarayos del Departamento de Santa Cruz, Bolivia. **APORTES**, n 21, Diciembre de 2016.

PARADA, B. V. Reflexiones sobre el origen de la violencia sexista. **APORTES**, n. 21, Diciembre de 2016.

PEREIRA, A. M. Hábitos Alimentares: Uma Reflexão Histórica. **REVISTA NUTRÍCIAS** 18: 18-20, APN, 2013.

PEREIRA, M. N. A.; HIPÓLITO, J. **A depressão no processo migratório um estudo transcultural com imigrantes brasileiros e caboverdianos.** 2010, 45f. Tese (Mestrado). Disponível em <<https://www.psicologia.pt/teses/textos/TE0006.pdf>> Acesso em 15/03/2020.

PÉRES, D. S.; FRANCO, L. J.; DOS SANTOS, M. A. Comportamento alimentar em mulheres portadoras de diabetes tipo 2. **Rev Saúde Pública**, 2006;40(2):310-7.

PIMAZONI NETO. **O que você precisa saber sobre hipo e hiperglicemia.** Disponível em: < <https://www.diabetes.org.br/publico/colunas/20-dr-augusto-pimazoni-netto/1307-o-que-voce-precisa-saber-sobre-hipo-e-hiperglicemia>>. Acesso em 05/04/2019.

PINHO P. A.; PEREIRA, P. P. G. Itinerários terapêuticos: trajetórias entrecruzadas na busca por cuidados. **Interface.** São Paulo: 2012; 16(41): 435-50.

POLÔNIO, M. L. T.; PERES, F. Consumo de aditivos alimentares e efeitos à saúde: desafios para a saúde pública brasileira. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(8):1653-1666, Ago., 2009.

PONS, S. C. I. **Pontos de Partida Teórico-metodológicos para o Estudo Sociocultural da Alimentação em um Contexto de Transformação.** In:

CANESQUI, A. M. (org.); GARCIA, R. W. D., (org). Antropologia e nutrição: um diálogo possível [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. 306 p.

PROENÇA, W. DE L. O Método da Observação Participante: contribuições e aplicabilidade para pesquisas no campo religioso brasileiro. **Revista Aulas**, n.4 – abril 2007/julho 2007.

PROENÇA, R. P. da C. Alimentação e globalização: algumas reflexões. **Cienc. Cult.** vol.62 no.4 São Paulo Oct. 2010.

RAMOS, N. Cuidados de saúde e comunicação na sociedade multicultural: discutindo interculturalidade(s), práticas e políticas em saúde. **Revista Interlegere**, 2013.

REES, D. K.; MELLO, H. A. B. de. A investigação etnográfica na sala de aula de segunda língua/língua estrangeira. **Cadernos do IL**. Porto Alegre, n. 42, junho de 2011. P. 30-50.

REGO, R. A. **Sustentabilidade e sustentação da produção de alimentos no Brasil**: Consumo de alimentos: implicações para a produção agropecuária - Brasília: Centro de Gestão e Estudos Estratégicos, 2014. v.3.

REINHARDT, J. C. **Dize-me o que comes e te direi quem és**: alemães, comida e identidade. 2007. 204f. Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes, Programa de Pós-graduação em História, Curitiba.

Disponível em:  
<<https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/15966/juliana.PDF?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso: 29/04/19.

RIBERIRO, C. L. A feminização como tendência da migração boliviana para São Paulo. **TRAVESSIA - Revista do Migrante** - Nº 78 - Janeiro - Junho / 2016.

RIBEIRO, A. B. **Atualização em hipertensão arterial - clínica, diagnóstico e terapêutica**. São Paulo (SP): Atheneu; 1996.

RICARDO, C. Z.; CLARO, R. M. Custo da alimentação e densidade energética da dieta no Brasil, 2008-2009. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 28(12):2349-2361, dez, 2012.

RODRIGUES, R. M. A. **Marketing: uma abordagem nutricional**. [Monografia] Licenciatura em Ciências da Nutrição. Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação. Universidade do Porto – U. PORTO, Porto, 2010.

RODRIGUES FILHO, L. F.; KAWATA, D. de O.; ALVES, S. No rastro dos imigrantes: a esperança de um mundo novo, o brasil para os haitianos. **Revista Eletrônica da FEATI**, n 11, 2015.

ROMANELLI, G. **O significado da alimentação na família: uma visão antropológica.** Simpósio: Transtornos alimentares: anorexia e bulimia nervosas. Capítulo III. Medicina, Ribeirão Preto, 39 (3): 333-9, jul./set. 2006.

ROSSI, A.; MOREIRA, E. A. M.; RAUEN, M. S. Determinantes do comportamento alimentar: uma revisão com enfoque na família. **Rev. Nutr.**, Campinas, 21(6):739-748, nov./dez., 2008.

ROZIN, P. **The importance of social factors in understanding the acquisition of food habits**, 1990. In: Taste, Experience and Feeding, pp. 255-269 [E. D. Capaldi and T. L. Powley, editors]. Washington, DC: American Psychological Association.

SANTOLIN, C. B.; RIGO, L. C. O nascimento do discurso patologizante da obesidade. **Movimento** (ESEFID/UFRGS), Porto Alegre, p. 81-94, fev. 2015.

SANTOS, L. A. da S. **O corpo, o comer e a comida um estudo sobre as práticas corporais alimentares cotidianas a partir da cidade de Salvador – Bahia.** EDUFBA, 2008, 330p.

SANTOS, A. S. Papel da educação em saúde no diabetes, na hipertensão arterial e na terceira idade. **Rev O mundo da saúde** ,1998, janeiro/fevereiro; 22(22):11-7.

SASSEN, S. **Sociologia da Globalização.** Porto Alegre: Artmed, 2010.

\_\_\_\_\_. **The mobility of labor and capital.** Cambridge, Cambridge University Press, 1988.

SAVILLE-TROIKE, M. **The ethnography of communication.** Oxford: Blakwell Publishing, 2003.

SAWAYA, A. L.; FILGUEIRA, A. “Abra a felicidade”?\_Implicações para o vício alimentar. **ESTUDOS AVANÇADOS** 27 (78), 2013.

SCOTT, J. **Gênero: uma categoria útil de análise histórica.** Educação & Realidade, 20(2), 71-99,1995.

SILVA, M. da C. **As relações geracionais no contexto familiar e social: revisitando o debate.** 18º REDOR – Universidade Federal Rural de Pernambuco, Recife – PE, 2014. Disponível em: < <http://www.ufpb.br/evento/index.php/18redor/18redor/paper/viewFile/2116/661>. Acesso em 20/09/2020.

SILVA, I.; PAIS-RIBEIRO, J. L.; CARDOSO, H. Porque comemos o que comemos? Determinantes psicossociais da seleção alimentar. **PSICOLOGIA, SAÚDE & DOENÇAS**, 2008, 9 (2), 189-208.

SIQUEIRA, A. de S. E.; SIQUEIRA-FILHO, A. G. de; LAND, M. G. P. Análise do Impacto Econômico das Doenças Cardiovasculares nos Últimos Cinco Anos no Brasil. **Arq Bras Cardiol.** 2017; 109(1):39-46.

SILVA, M. R. Gênero, desigualdades e agricultura: a mulher na atividade agrícola familiar. **Braz. J. of Develop.**, Curitiba, v. 5, n. 3, p. 2095-2105, mar. 2019.

SILVA, H. P. F.; LEITE, G. S.; PAULINO, S. F. Doença e cura em uma perspectiva sócio-cultural. **RAZÓN Y PALABRA.** v. 20, n. 4\_95, 2016, pp. 337 – 346.

SILVA, S. A. **Costurando sonhos.** Trajetória de um grupo de imigrantes bolivianos em São Paulo. São Paulo: Paulinas, 1997.

SILVEIRA, C; MARTIN, D.; GOLDBERG, A. La vida confeccionada entre retazos de tela: trabajo, vivienda y salud en inmigrantes bolivianos de la ciudad de Sao Paulo. **Trabajo y Sociedad**, n.32, 2019.

SILVEIRA C. *et. al.* **Projeto inclusão social urbana: nós do centro.** Metodologia de pesquisa e de ação para inclusão social de grupos em situação de vulnerabilidade no centro da cidade de São Paulo. São Paulo, Fundação Arnaldo Vieira de Carvalho; Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, 2009.

SINGER, P. “**Migrações internas: considerações teóricas sobre seu estudo**”. In: Economia política da urbanização. São Paulo: Brasiliense, 1973.

SOBAL J. **Obesity and socioeconomic status – a framework for examining relationship between physical and social variables.** Med Anthropol 1991; 13:231-47.

SOCIEDADE BRASIELIRA DE DIABETES (SBD) (2019). **Conduta terapêutica no diabetes tipo 2: algoritmo SBD 2019.** Disponível em: <[https://www.diabetes.org.br/publico/images/pdf/sbd\\_dm2\\_2019\\_2.pdf](https://www.diabetes.org.br/publico/images/pdf/sbd_dm2_2019_2.pdf)>. Acesso 19/11/19.

SOCIEDADE BRASIELIRA DE DIABETES (SBD) (2015). **Como o estresse pode agravar ou desencadear o diabetes?** Disponível em: <<https://www.diabetes.org.br/publico/temas-atuais-sbd/1006-como-o-estresse-pode-agravar-ou-desencadear-o-diabetes>>. Acesso 19/11/19.

SONATI, J. G.; VILARTA, R.; SILVA, C. de C. **Influências Culinárias e Diversidade Cultural da Identidade Brasileira: Imigração, Regionalização e suas Comidas.** 1 ed., IPES EDITORA, v. 1, 131P.137-147, 2009.

SOUCHAUD, S. **A confecção: nicho étnico ou nicho econômico para a imigração latino-americana em São Paulo?** In: BAENINGER, R. Imigração Boliviana no Brasil – Campinas: Núcleo de Estudos de População- Nepo/Unicamp; Fapesp; CNPq; Unfpa, 2012. 316p.

SOUSA, A. L. L. **Prevalência da Hipertensão Arterial referida, percepção de sua origem e formas de controle em área metropolitana de São Paulo - SP (1989-1990)**. [Dissertação]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública/USP; 1999.

TESSER, C. D. **Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica**. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*, v.10, n.20, p.347-62, jul/dez 2006.

TORAL, N; SLATER, B. **Abordagem do modelo transteórico no comportamento alimentar**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(6):1641-1650, 2007.

TURIN, T. C. *et. al*. Ramadan fasting is not usually associated with the risk of cardiovascular events: A systematic review and meta-analysis. **Journal of Family and Community Medicine**, 2016.

VAINER, C. B. **Estudo e migração internacional no Brasil: da imigração à emigração**. In. PATARRA, Neide (Coord.). *Emigração e imigração internacionais no Brasil contemporâneo* 2.ed. São Paulo: FNUAP, 1996.

VAN LENTHE, F. J.; JANSEN, T.; KAMPHUIS, C. B. M. Understanding socio-economic inequalities in food choice behaviour: can Maslow's pyramid help?. **British Journal of Nutrition**, 2015, 113, 1139–1147.

VIEIRA, F. S. **Alimentação, identidade e organização da comunidade boliviana em São Paulo: um estudo na Rua Coimbra**. 2017. 28f. Disponível em: <  
[https://www.fespsp.org.br/seminarios/anaisVI/GT\\_01/Flaviana\\_Vieira\\_GT01.pdf](https://www.fespsp.org.br/seminarios/anaisVI/GT_01/Flaviana_Vieira_GT01.pdf)  
 >. Acesso em 15/07/2019.

XAVIER, I. R. **A inserção socioterritorial de migrantes bolivianos em São Paulo. Uma leitura a partir da relação entre projetos migratórios, determinantes estruturais e os espaços da cidade**. In: BAENINGER, R. *Imigração Boliviana no Brasil – Campinas: Núcleo de Estudos de População- Nepo/Unicamp; Fapesp; CNPq; Unfpa*, 2012. 316p.

\_\_\_\_\_. **Projeto migratório e espaço: os migrantes bolivianos da região metropolitana de São Paulo** (Dissertação). Campinas (SP): Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas; 2010.

VASCONCELOS, M. A. da S.; DE MELO FILHO, A. B. **Conservação de alimentos**. Recife: EDUFRPE, 2010.

VÉLEZ E. T. *et. al*. Food and Nutrition Security in Bolivia a Country of Incalculable Wealth. **ResearchGate**, 2017.

VIANA, M. R. *et. al*. A racionalidade nutricional e sua influência na medicalização da comida no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 22(2):447-456, 2017.

VINHA, T. C. P. Um breve percurso histórico e cultural do alimento: questionamentos sobre consumo alimentar, cultura e educação. **Revista Eletrônica de Educação**, v.11, n.1, p.277-290, jan./maio, 2017.

VON MÜHLEN, B. K.; DEWES, D; LEITE, J. C. de C. Stress e processo de adaptação em pessoas que mudam de país: uma revisão de literatura. **Ciência em Movimento**, Ano XII, n. 24, 2010.

WANSINK, B. **Package size, portion size, serving size... Marke size**: the unconventional case for half-size servings. *Marketing Science*. 2012;31:3-4.

\_\_\_\_\_. **Marketing nutrition**: soy, functional foods, biotechnology and Obesity. 1. ed. Illinois: Library of Congress Cataloging, 2005.

WARDLE, J. Parental influences on children's diets. **Proceedings of the Nutrition Society**, 1995, 54, 747-758.

WOORTMANN, K. A comida, a família e a construção do gênero feminino. **Dados Rev. Ciên. Sociais**, 1986; 29:103-29.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Obesidade e excesso de peso**. (2018)<sup>a</sup> Disponível em: <<https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>>. Acesso em 25/08/2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The top 10 causes of death**. (2018)<sup>b</sup> Disponível em: <<https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>>. Acesso em 08/07/19.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global status report on noncommunicable diseases 2010**. 2010. Disponível em: <[https://www.who.int/nmh/publications/ncd\\_report\\_full\\_en.pdf](https://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf)>. Acesso em 08/07/19.

ZIMMERMAN C. *et. al*. Migration and health: a framework for 21<sup>st</sup> Century Policy-Making. **PLoS Med**, 2011, 8(5): e1001034.

**APÊNDICE A****Caracterização dos sujeitos da pesquisa – dados sócio-demográficos**

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_

Local de trabalho: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_

Naturalidade: \_\_\_\_\_ Nº de filhos: \_\_\_\_\_

Há quanto tempo vive no Brasil: \_\_\_\_\_ (em anos)

Religião: \_\_\_\_\_ Quantidade de pessoas vivem na

residência: \_\_\_\_\_ Quem são essas pessoas (grau de parentesco):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Patologias associadas: ( ) Diabetes ( ) Hipertensão

Outras: \_\_\_\_\_

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação  
na pesquisa e concordo em participar.

Concordo que a entrevista seja gravada ☐Não concordo que a entrevista seja gravada ☐

\_\_\_\_\_

(Assinatura do sujeito da pesquisa)

\*Este Termo é redigido em duas vias, sendo uma para o participante  
e outra para o pesquisador.

\*Todas as páginas deverão ser rubricadas pelo pesquisador e pelo  
sujeito de pesquisa.

## APÊNDICE B

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – versão em Português

**Título da Pesquisa:** Comportamento alimentar de imigrantes bolivianos portadores de doenças crônicas não transmissíveis.

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa: Comportamento alimentar de imigrantes bolivianos portadores de diabetes e hipertensão.

Desenvolvida por Kamilla Arruda Barbosa, aluna do Doutorado em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos - UNISANTOS, sob orientação da Professora Dra. Denise Martin Coviello.

O objetivo central do estudo é compreender o comportamento alimentar dos imigrantes bolivianos portadores de diabetes e hipertensão.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento, sem qualquer penalização ou contrariedade.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa, e o material será armazenado em local seguro. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução no. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade, nem à saúde como um todo.

A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista à pesquisadora do projeto. A entrevista somente será gravada se houver autorização do entrevistado(a). O tempo de duração da entrevista é de aproximadamente quarenta minutos.

As entrevistas serão transcritas na íntegra, para que não sejam perdidas argumentações expressivas relacionadas frente ao tema.

Toda pesquisa possui riscos potenciais, maiores ou menores, de acordo com o objeto de pesquisa, seus objetivos e a metodologia escolhida; neste caso, principalmente o risco de desconforto durante a entrevista ou observação; risco de stress emocional evidenciado por nervosismo ou choro.

Esperamos que este estudo traga informações importantes o comportamento alimentar dos imigrantes bolivianos e a utilização dos serviços de saúde, de forma que o conhecimento que será construído a partir desta pesquisa possa contribuir para atenção integral à saúde dos imigrantes, no que diz respeito a identificação precoce de possíveis problemas de saúde resultante do comportamento alimentar. A pesquisadora se compromete a divulgar os resultados obtidos.

Os resultados desta pesquisa serão divulgados em palestras, congressos e reuniões científicas, relatórios individuais para os entrevistados, artigos científicos e na dissertação.

---

Assinatura do Participante

---

Assinatura do Pesquisador Responsável

**Contato com a pesquisadora responsável:**

Pesquisadora: Kamilla Arruda Barbosa. E-mail: kamillabarbosa04@gmail.com

Orientadora: Denise Martin Coviello. E-mail: dmartin.c@gmail.com

**Contato do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP**

Campus Dom Idílio José Soares - Av. Conselheiro Nébias, 300 - 11015-002 - Vila Mathias, Santos, SP Tel.: (13) 3205-5555 ramal 1254 | comet@unisantos.br | [www.unisantos.br](http://www.unisantos.br)



## APÊNDICE C

### Término de Consentimiento Libre y Esclarecido (TCLE) – versão em Espanhol

**Título de la investigación:** Comportamiento alimentario de inmigrantes bolivianos con enfermedades crónicas no comunicables.

Estimado participante,

Se le invita a participar en la investigación: Comportamiento alimentario de inmigrantes bolivianos con diabetes e hipertensión.

Desarrollada por Kamilla Arruda Barbosa, estudiante Doctorado en Salud Colectiva de la Universidad Católica de Santos - UNISANTOS, bajo la guía de la professora Dra. Denise Martin Coviello.

El objetivo central del estudio es comprender el comportamiento alimentario de los inmigrantes bolivianos con diabetes e hipertensión.

Su participación es voluntaria, es decir, no es obligatoria y usted tiene plena autonomía para decidir si quiere o no participar, así como retirar su participación en cualquier momento, sin ninguna penalización o contrariedad.

Se garantizará la confidencialidad y la privacidad de la información que usted proporcione. Cualquier dato que pueda identificarse será omitido en la divulgación de los resultados de la investigación, y el material será almacenado en un lugar seguro. En cualquier momento, durante la investigación, o posteriormente, usted podrá solicitar del investigador informaciones sobre su participación y / o sobre la investigación, lo que podrá ser hecho a través de los medios de contacto explicitados en este Término.

Los procedimientos adoptados en esta investigación obedecen a los Criterios de la Ética en Investigación con Seres Humanos conforme Resolución no. 466/12 del Consejo Nacional de Salud. Ninguno de los procedimientos usados ofrece riesgos a su dignidad, ni a la salud como un todo.

Su participación consistirá en responder preguntas de un guión de entrevista a la investigadora del proyecto. La entrevista sólo será grabada si hay autorización del entrevistado (a). El tiempo de duración de la entrevista es de aproximadamente cuarenta minutos.

Las entrevistas serán transcritas en su totalidad, para que no se pierdan argumentaciones expresivas relatadas frente al tema.

Toda investigación tiene riesgos potenciales, mayores o menores, de acuerdo con el objeto de investigación, sus objetivos y la metodología elegida; en este caso, principalmente el riesgo de incomodidad durante la entrevista o observación; riesgo de estrés emocional evidenciado por nerviosismo o llanto.

Esperamos que este estudio traiga informaciones importantes al comportamiento alimentario de los inmigrantes bolivianos y la utilización de los servicios de salud, de forma que el conocimiento que se construirá a partir de esta investigación pueda contribuir a la atención integral a la salud de los inmigrantes, en lo que se refiere a la identificación precoz de posibles problemas de salud derivados del comportamiento alimentario. La investigadora se compromete a divulgar los resultados obtenidos.

Los resultados de esta investigación serán divulgados en charlas, congresos y reuniones científicas, informes individuales para los entrevistados, artículos científicos y en la disertación.

---

Firma del Participante

---

Firma del investigador responsable

**Contato com a pesquisadora responsável:**

Pesquisadora: Kamilla Arruda Barbosa. E-mail: kamillabarbosa04@gmail.com

Orientadora: Denise Martin Coviello. E-mail: dmartin.c@gmail.com

**Contato do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP**

Campus Dom Idílio José Soares - Av. Conselheiro Nébias, 300 - 11015-002 - Vila Mathias, Santos, SP Tel.: (13) 3205-5555 ramal 1254 | comet@unisantos.br | www.unisantos.br