

Escola de Sociologia e Políticas Públicas

O alimento funcional como recurso terapêutico:
Perceções e desafios sociais

Paulo Jorge Esguedelhado Monteiro

Tese especialmente elaborada para obtenção do grau de
Doutor em Sociologia

Orientadora:
Doutora Noémia Mendes Lopes, Professora Associada,
ISCSEM – Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz

Dezembro, 2017

Escola de Sociologia e Políticas Públicas

O alimento funcional como recurso terapêutico:
Perceções e desafios sociais

Paulo Jorge Esguedelhado Monteiro

Tese especialmente elaborada para obtenção do grau de

Doutor em Sociologia

Júri

Presidente – Professor Doutor Nuno de Almeida Alves - ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa

Professor Doutor David Tavares – ESTESL – Instituto Politécnico de Lisboa

Professora Doutora Mónica Truninger – ICS – Universidade de Lisboa

Professor Doutor Hélder Raposo – ESTESL – Instituto Politécnico de Lisboa

Professora Doutora Graça Carapinheiro – ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa

Professora Doutora Noémia Lopes – ISCSEM– Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz

Dezembro, 2017

AGRADECIMENTOS

Cumpre-me agradecer a distintas entidades e pessoas que tornaram possível a concretização desta investigação, em particular:

- A minha orientadora, Professora Noémia Lopes, cuja orientação, rigor metodológico e, em particular, extrema resiliência aos acidentes de percurso de um Doutoramento concretizado em permanente disputa com obrigações e compromissos de índole profissional, foram fundamentais para a concretização deste projeto.
- As entidades responsáveis pelo estudo ONAP que tiveram a gentileza de me permitir incluir 6 opções, relacionadas com a minha investigação, no corpo do questionário.
- Os responsáveis pela insígnia de híper e supermercados que me permitiram o acesso à Base de Dados dos Cartões de Fidelidade, dos respetivos clientes, e à equipa de gestão daquela BD.
- A empresa de Estudos de Mercado que tão diligente, e profissionalmente, colocou os seus recursos ao serviço do presente projeto de investigação.
- A Doutora Leonor Nicolau e o seu conhecimento e domínio das insondáveis ferramentas estatísticas.
- A Dra. Vânia Coelho pelo aconselhamento técnico, especializado, na área nutricional em particular na seleção dos alimentos funcionais a incluir na análise da BD das transações com o cartão cliente da cadeia de hipermercados.
- Ao Doutor André Coelho, da ESTESL, pelo seu estímulo permanente.
- Por último à minha família cujo apoio inquebrantável, ao longo dos anos, foi vital para que esta ambição se tornasse realidade.

Resumo

A relação do homem com o alimento testemunha, em cada época, como se intersectam e articulam a cultura, a tecnologia, o mercado e os sujeitos, no fundo a estrutura e ação. Apesar do aparente paradoxo, nas sociedades modernas, entre uma ciência alimentar sofisticada por um lado, e a expansão das doenças relacionadas com o regime alimentar por outro, o alimento tem vindo a desempenhar, progressivamente, um papel dual: instrumental enquanto fornecedor de nutrientes para garantir o ciclo biológico, assim como um recurso terapêutico gerido isoladamente ou em combinação com outras abordagens. Os alimentos funcionais (AF), desenvolvidos no Japão em meados de 1980, constituem um produto da ciência alimentar e do marketing da indústria agroalimentar tendo como propósito melhorar a saúde e o bem-estar, assim como prevenir a doença futura, alimentando perfis de consumo alavancados por um misto de crença e reflexividade, conhecimento e ativismo por parte dos consumidores dos cuidados de saúde. Em Portugal o mercado dos diversos segmentos de AF conhece significativa expressão e a atual investigação cruza os resultados do primeiro inquérito nacional, desde há mais de 30 anos, sobre os hábitos alimentares da população portuguesa, com 1200 inquiridos, e que inclui uma secção específica sobre os AF, com a análise, inédita para fins sociológicos, de quase 1.000.000 de transações que integram a aquisição de pelo menos 1 AF, efetuadas com o cartão-cliente de uma cadeia de hipermercados, na tentativa de construir perfis de consumo dos AF em Portugal. Numa lógica metodológica de aproximação aos métodos mistos, posterior pesquisa qualitativa, por meio de grupos focais (n=24), procurou revelar as lógicas e modos de adesão dos consumidores a este objeto híbrido e explorar a hipótese de que o uso dos alimentos funcionais, como ferramenta terapêutica, constitui uma das novas expressões contemporâneas da medicalização da vida social e em particular do ato alimentar. As conclusões revelam os diferentes gradientes de aceitação dos alimentos funcionais como reflexo da tríade de dinâmicas sociais tais como normalização, mercantilização e medicalização que caracterizam a modernidade alimentar em Portugal.

Palavras-chave:

Alimento funcional, medicalização, hábitos de consumo, normalização, reflexividade

Abstract

The relation of man with food testifies, at each time, the way culture, technology, market and consumers, or simply put, structure and agency intersect. In spite of the apparent paradox, in modern societies, between a sophisticated food science, for one side, and the expansion of diseases related with the food regimen, for the other, food has progressively played a dual role: instrumental as provider of nutrients to sustain the biological cycle as well as therapeutic resource managed in an isolated or in a combined approach. Functional foods (FF), developed in Japan in the early 80's, are the result of the combination of food science and the food industry with the express purpose of improving health and well-being as well as preventing future disease, fuelling consuming profiles leveraged by a mix of believes, reflexivity, knowledge and activism from health consumers. In Portugal, the market of the different segments of FF is already quite significant and the current investigation combines the results of a national survey about nutritional habits, with 1200 respondents, which included a specific section about FF with the analysis, innovative for sociological purposes, of almost 1 million transactions, integrating at least one FF, performed with a retail chain's customer card with the purpose of establishing consuming profiles of this category of products. Favouring a mix-methods methodology, the further analysis of content of 4 focus groups, comprising 24 participants, tried to reveal the logics and modes of adhesion to this hybrid object and exploit the big hypothesis, namely the use of FF, as a therapeutic instrument, as being a new contemporary expression of the medicalisation of social life, and particularly of the food act. Conclusions of the present investigation reveal the different gradients of acceptance of FF as a sign of the triple social dynamics such as normalization, commodification and medicalisation that characterize the food modernity in Portugal.

Keywords:

Functional foods, medicalisation, consumer habits, reflexivity, normalization

Índice

Índice de Quadros.....	vii
Índice de Figuras	viii
Glossário de siglas.....	ix
Introdução.....	10
Capítulo 1. Alimento: contexto analítico.....	18
1.1 Desafios em saúde	18
1.2 Escolhas alimentares: incertezas e ansiedades	26
Capítulo 2. Alimento funcional: uma panorâmica global.....	32
2.1 Definições de alimento funcional.....	32
2.2 Formas de regulação e acesso	38
2.3 Principais marcas em Portugal: história e retóricas.....	43
2.4 O Mercado.....	47
2.5 Investigação sobre o tema em Portugal	57
Capítulo 3. Enquadramento teórico.....	63
3.1 Revisitando os clássicos	65
3.2 Teorias em confronto.....	68
3.3 Os A.F. como objeto de análise sociológica.....	73
3.4 Alimentos funcionais: enfoques analíticos	78
3.4.1 Medicalização, Farmacologização e Therapeuticalização.....	78
3.4.2 Tecnologia e Conhecimento	88
3.4.3 O papel do simbólico: o conceito de “natural”.....	91
3.4.4 Estilos de vida	95
3.4.5 Perceções e controvérsias	102
Capítulo 4. Operacionalização teórico-metodológica	108
4.1 Problematização	108
4.2 Objetivos	111
4.3 Hipóteses	111
4.4 Dimensões e Modelo de Análise	113
4.5 Questões Metodológicas.....	117
Capítulo 5. Apresentação e Discussão de resultados.....	120
5.1 Caracterização de consumos e perfis de compra	120
5.1.1 Base de dados de transações em cartão de cadeia de hipermercados	120
5.1.2 Base de dados do ONAP (Observatório da Nutrição e Alimentação em Portugal).....	126
5.1.3. Considerações finais.....	132

5.2 Finalidades de uso dos alimentos funcionais.....	133
5.2.1 Seleção da técnica - Grupos Focais	133
5.2.1.1 Desafios metodológicos	134
5.2.1.2 Considerações éticas.....	138
5.2.1.3 Dados Sociodemográficos	138
5.2.1.4 Análise de perfis de consumo.....	141
5.2.1.5 Estratégia analítica - Análise de conteúdo e de discurso.....	145
5.2.1.6 Resultados e sua discussão	147
Capítulo 6. Alimentos Funcionais: intersecções analíticas	174
Capítulo 7. Conclusões.....	183
Bibliografia.....	204
Anexos A.....	218
Anexo A1 – Questionário - Observatório da Nutrição e Alimentação em Portugal-1ª Edição (ONAP) – secção do questionário usada na Tese.....	218
Anexo A2 – Questionário de recolha de dados sociodemográficos	219
Anexo A3 – Guião de Entrevista dos Grupos Focais	220
Anexo A4 – Dados sociodemográficos dos participantes nos Grupos Focais.....	226
Anexo A5 – Documentos de Regulação Ética	231
A.5.1 – Declaração de Confidencialidade (transações com cartão cliente).....	231
A.5.2 – Consentimento informado dos participantes nos Grupos Focais.....	232
Anexo A6 – Imagens de alimentos funcionais	233
A.6.1 – Apresentadas aos participantes dos Grupos Focais	233
A.6.2 – Campanha da Becel em Setembro/Outubro 2017.....	237
Anexo A7 – Listagem de publicações sobre A. Funcionais (2002-2017)	238

Índice de Quadros

Quadro 1.1 - Ranking das Dietas popularizadas nos EUA.....	31
Quadro 1.2 - Tipos proeminentes de alimentos funcionais	34
Quadro 2.2 - Principais Marcas de alimentos funcionais presentes em Portugal.....	44
Quadro 3.2 - Publicações sobre Alimentação.....	60
Quadro 4.2 - Textos publicados em Portugal (2002 - 2017) abordando a temática dos alimentos funcionais	62
Quadro 1.5 - Distribuição do consumo de alimentos funcionais, independentemente da categoria e da frequência, por doença diagnosticada.....	129
Quadro 2.5 - Associação entre o consumo de alimentos funcionais e outras variáveis	131
Quadro 3.5 - Matriz para análise de Conteúdo das entrevistas dos Grupos Focais.....	137
Quadro 4.5 - Síntese dos dados sociodemográficos	141
Quadro 5.5 - Dimensões e segmentos codificados.....	146
Quadro 6.5 - Grelha de Segmentos apurados	148
Quadro 7.5 - Perfis de consumidores portugueses	172

Índice de Figuras

Figura 1.1 - Anos de vida saudável após os 65 anos	22
Figura 2.1 - <i>O continuum</i> dos cuidados de saúde	24
Figura 3.1 - Evolução das "verdades" alimentares (1984 - 2014)	27
Figura 1.2 - Desenvolvimento das definições de alimento funcional.....	40
Figura 2.2 - Alegações de saúde aprovadas.....	42
Figura 3.2 - Evolução das vendas, em unidades, dos iogurtes funcionais em Portugal (2011-2017)	49
Figura 4.2 - Mercado Mundial de saúde e bem-estar	51
Figura 5.2 - Evolução de tendências utilizando o motor de pesquisas online Google	52
Figura 6.2 – Localização do alimento funcional no binómio industrial	56
Figura 1.3 - Topografia de atores e conexões: alimentos funcionais	77
Figura 2.3 - Modelo de caracterização do atual processo de medicalização da sociedade.....	85
Figura 3.3 - Espaços intermédios entre os conceitos de 'natural' e 'processado'.....	94
Figura 1.4 - Desafios metodológicos colocados pelos objetos híbridos	112
Figura 2.4 - Matriz teórico-analítica.....	113
Figura 3.4 - Dimensões de Análise	114
Figura 4.4 - Modelo de Análise.....	116
Figura 5.4 - Desenho de Pesquisa	117
Figura 6.4 - Dispositivo de Pesquisa	119
Figura 1.5 - Base de Dados de Transações. Evoluções 2015 vs. 2014 (<i>conf Anexo F</i>).....	121
Figura 2.5 - Distribuição das Compras, efetuadas com cartão cliente, por sexo.....	122
Figura 3.5 - Estudo ONAP - Alimentos funcionais.....	127
Figura 4.5 - Evolução do consumo: percentagens relativas ao total de utilizadores	133
Figura 5.5 - Estrutura dos Grupos Focais.....	139
Figura 6.5 - Dendrograma da CH sobre os participantes nos Grupo Focais, identificados por grupo focal em que participam	143
Figura 7.5 - Síntese de Regularidades e Diferenças	171
Figura 1.7 - Tendências de Pesquisa - Produtos.....	189
Figura 2.7 - Território da saúde: relação instituições-indivíduos.....	195
Figura 3.7 - Índice de bem-estar 2004 - 2014	201

Glossário de siglas

AF – Alimento funcional

ASFFBC – Academic Society for Functional Foods and Bioactive Compounds

BD – Bases de Dados

DGS – Direção Geral da Saúde

EFSA – European Food Safety Authority

EC – European Commission

FAO – Food and Agriculture Organization (Nações Unidas)

FDA – Food and Drug Administration (EUA)

FOSHU – Food for Specified Health Uses

FUFOSE – Functional Food Science in Europe

EUFIC - European Food Information Council

IFIC – International Food Information Council

IMC – Índice de Massa Corporal

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPMA – Instituto Português do Mar e da Atmosfera

MNSRM – Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica

NHS – National Health Service

NUTS – Nomenclature of Territorial Units for Statistics (Eurostat-inclui 3 níveis)

OGM – Organismos Geneticamente Modificados

OMS – Organização Mundial de Saúde

pp – Pontos percentuais

EU – União Europeia

Introdução

É reconhecida ao alimento a capacidade de encapsular a realidade e refletir as dinâmicas sociais, porque, ao contrário dos outros animais, o ser humano não se limita a ingerir alimentos mas estabelece com eles relações de carácter simbólico (Golino, 2014). O ato alimentar enquanto fenómeno social, e ecrã de conceitos e práticas estruturantes das sociedades humanas, tem conhecido uma progressiva reconceptualização refletindo os efeitos da crescente evidência científica e empírica que correlaciona o alimento com distintos estados de saúde e doença e o seu papel, enquanto ferramenta com fins terapêuticos e/ou preventivos, de indução de performance física ou cognitiva, ou simplesmente de promoção de distintos graus de bem-estar. A tecnologia e o desenvolvimento científico têm ampliado a capacidade interventiva do alimento, da prevenção ao aperfeiçoamento corporal, já que este não somente é medicalizado e farmacologizado mas apresenta potencial para ser genomizado (consumido na base de correlações com o genoma de cada indivíduo) (Galesi, 2014:179). Apesar de constituir um dos mais singelos atos que preenchem o quotidiano dos indivíduos, a ingestão alimentar ganha, na modernidade, novos atributos, muito para além do aporte nutricional. Afirma-se como veículo de novas práticas sociais e, enquanto objeto com variados graus de hibridez, território de investigação e decomposição analítica por parte das ciências sociais. A crescente importância, na gestão dos orçamentos de saúde dos países ocidentais, de doenças como a obesidade e a diabetes¹ e a crescente relevância de alergias e intolerâncias diretamente associadas à ingestão de certos componentes presentes nos alimentos como o glúten e a lactose, colocam o alimento no geral, e os produtos funcionais em particular, no centro de um aceso e necessário debate, sobre o que comer e como comer, com profundos impactos na (re)definição de políticas públicas nas áreas da Saúde e Educação e na permeabilidade de fronteiras entre a Medicina e outras áreas de saber técnico como a Dietética e Nutrição, com impactos no reequilíbrio das distintas profissões e no papel do Estado nos processos de regulação do acesso e definição dos catálogos de alegações nutricionais e de saúde passíveis de comunicação.

Assiste-se atualmente ao progressivo esbatimento, e mesmo interpenetração, de fronteiras entre as variáveis saúde e nutrição, refletindo uma “emergente medicalização dos

¹ De acordo com o Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes 2014, 13% dos Portugueses com idades entre os 20 e os 79 anos têm Diabetes com custos diretos anuais situados entre os 1250 e 1500 milhões de euros

alimentos, ícone por excelência do natural” (Lopes, 2010:26). Esta constatação deriva de um contexto societal complexo e não-linear: Disseminação do discurso pericial sobre o efeito salutogénico do alimento, gerador de regimes de esperança e novas subjetividades, crescente investimento da indústria agroalimentar, sensibilização da comunidade para doenças com carácter endémico nas sociedades ocidentais (ex. Obesidade), interiorização por parte de segmentos significativos da população da importância dos processos preventivos e, ainda, crescente autonomia dos indivíduos na gestão dos seus percursos de saúde e doença. Este *puzzle* de dinâmicas sociais justifica a exploração analítica, e a teorização sociológica, sobre o alimento transformado (funcional) e se este, para além da sua utilização instrumental, cumpre progressiva e significativamente um novo papel como recurso terapêutico e instrumento de gestão identitária. De acordo com o olhar sociológico a alimentação enquanto função ou o ato alimentar, enquanto prática, revelam dimensões para além daquela marcadamente nutricional. Constitui um mapa de análise dos contextos culturais, de expressão das desigualdades sociais, dos processos de gestão identitária dos consumidores e das apropriações e usos que lhe são conferidos pelos indivíduos (Germov & Williams, 2009), seja na gestão do corpo ou na respetiva mobilização como recurso terapêutico: “através da alimentação, os grupos humanos comunicam a partilha de uma identidade explicativa da existência” (Silva et al., 2000). As ciências sociais têm dedicado particular atenção ao papel desempenhado pelas práticas alimentares nas sociedades modernas, nas quais a ritualização de processos se cruza com intrincados mecanismos de gestão do risco, e de modulação e controlo corporal, e as práticas reflexivas direcionadas para o autocuidado, materializadas na adoção de regimes alimentares ditos “saudáveis” e/ou no consumo de vitaminas e suplementos alimentares e alimentos funcionais, se combinam com a busca do prazer e a gestão do *self* (Lupton, 1996).

Os alimentos são, assim, algo mais que um produto artesanal ou tecnológico; são também representações e símbolos que explicam a integração dos indivíduos em determinados contextos sociais, os distintos graus de autonomia que podem ser observados, os graus de submissão aos sistemas periciais, e ainda os modelos de gestão quotidiana do risco. Os alimentos podem ser analisados como entidades, processos e representações, cada uma em interação com os efeitos produzidos.

A ingestão de alimentos constitui um poderoso meio de, simultaneamente, regular o corpo e “incorporar” valores, sublinhando o papel que tem a saúde e boa aparência física nas culturas humanas, como mapas simbólicos da estrutura política e social, em que o corpo é o mediador mais importante, e o alimento é apenas uma das mercadorias-símbolo possíveis de serem oferecidas ao consumo, articulando o seu “valor-de-uso” e o seu “valor-de-troca”

(Marx, 1974:47-58) sendo que segundo alguns autores “o consumo na pós-modernidade é, sobretudo, o consumo de sinais em que os produtos básicos são adquiridos na base do respetivo uso como marcadores ou produtores de significado” (Rayner & Easthope, 2001). Nas culturas de consumo o corpo metafórico e ‘esculpido’, de acordo com os padrões dominantes, constitui-se em instrumento de expressão para o outro, de determinado estilo de vida, de acordo com auto – narrativas reais ou ficcionais, numa lógica de estimulação dos desejos como meio de construção ou reconstrução do caminho para a felicidade. É um processo de gestão identitária em que o “parecer” é componente ativa da criação do “ser” pela apropriação, e manipulação, de códigos com significância social.

Neste contexto poder-se-á afirmar que o corpo deixou de ser um “cartão-de-visita” da posição social, para ser uma manifestação da personalidade, e que as ferramentas de gestão do *self*, têm-se tornado progressivamente dependentes dos produtos de consumo e da sua capacidade de construir, e reconstruir, uma autoimagem socialmente aceite (Shilling, 1993).

Conceitos como comida, alimento e nutriente, mais do que variantes lexicais, refletem variantes ideológicas e de como as mesmas são incorporadas pelos diversos atores sociais. E quando a busca do bem-estar e da longevidade se cruzam com uma diminuída tolerância à doença e a valorização do ‘natural’ se alia às políticas públicas de combate e contenção às doenças de raiz alimentar, como a obesidade ou diabetes, então o alimento veicula novas esperanças e promessas e oferece-se, aos atores sociais, em novas apresentações e formatos. No contexto do que alguns autores designam de pluralismo terapêutico (Lopes, 2010), nas sociedades modernas, o alimento tem vindo a cumprir um papel progressivamente compósito: Nutrir o corpo e contribuir para sua moldagem, de acordo com os cânones sociais vigentes e, em muitos contextos, recurso terapêutico isolado ou complementar visando benefícios de curto (ex. iogurte com a bactéria ‘amiga’ *Bifidus* na regulação do trânsito intestinal) ou longo prazo (ex. leite enriquecido com ómega 3 para a prevenção cardiovascular). Apesar de durante o século XX ter crescido a evidência de uma relação, muitas vezes direta, entre o ato alimentar e o surgimento e desenvolvimento de doenças, foi na 2ª metade do século que a ciência alimentar evoluiu do conceito de nutrição ‘adequada’ para nutrição ‘ótima’ e, em paralelo, do objetivo do incremento da esperança de vida para a melhoria da qualidade de vida ou, por outras palavras, o bem-estar (Aiello, 2011). As ciências médica e alimentar produziram, de forma isolada ou combinada, uma rígida ortodoxia alimentar corporizada em inúmeras orientações (“Guidelines”), quanto a regimes alimentares ideais, as quais estão, atualmente, sob viva controvérsia e escrutínio porque, por um lado, crescem nas sociedades ocidentais as doenças com componente alimentar como a obesidade e a diabetes e porque,

por outro, a investigação científica, mais recente, apresenta resultados controversos, dos quais se indicam, somente, alguns exemplos:

- Se por um lado a ingestão elevada de ácidos gordos polinsaturados e baixa ingestão de carne e bebidas açucaradas se associa com um baixo risco de desenvolvimento de DPOC² em homens e mulheres (Varraso et al., 2015), por outro, o consumo elevado de leite é associado a elevada mortalidade e incidência de fraturas (Michaëlsson et al., 2014);
- Se por um lado uma redução da ingestão de sal, mesmo modesta, durante 4 ou mais semanas resulta na diminuição da pressão arterial em doentes hipertensos (He, Li, & MacGregor, 2013), por outro, a evidência não suporta de forma clara as atuais orientações de prevenção cardiovascular que encorajam elevado consumo de ácidos gordos polinsaturados e consumo reduzido de gorduras saturadas (Chowdhury et al., 2014).

Como refere Michael Pollan (2009:18): “a maioria das orientações alimentares que recebemos ao longo da última metade do século (...) tornou-nos, na verdade, menos saudáveis e consideravelmente mais gordos”. Segundo alguns autores vivemos numa sociedade progressivamente biónica em que a biologia e a genética se afirmam como as principais forças motrizes que afetam a vida humana, relegando os fatores sociais para um plano secundário (Maturo, 2012). Neste pressuposto a jurisdição técnico-pericial coloniza todos as dimensões do nosso quotidiano, com especial relevo para o binómio alimento-doença, disponibilizando produtos na fronteira entre saúde e bem-estar como as vitaminas, as quais assumem a simbologia de talismãs ou amuletos quotidianos (Cohen et al., 2001), e mobilizando novos instrumentos operativos como é o caso dos alimentos funcionais os quais constituem um produto da ciência alimentar e do marketing da indústria agroalimentar tendo como propósito melhorar a saúde e o bem-estar, assim como prevenir a doença futura.

A investigação, por parte das ciências sociais, vem revelando que a gestão dos percursos de saúde e doença, por parte dos indivíduos, se vem construindo como um processo de acrescida complexidade pela multiplicidade de influências (no plano discursivo e comunicacional – marketing e redes sociais) que afetam e modulam os consumos, assim como pela proliferação de recursos terapêuticos disponibilizados pelas indústrias farmacêutica e agroalimentar. A articulação entre a expansão das ofertas disponibilizadas ao consumo e uma crescente reflexividade, alimentada por ansiedades nutricionais, por parte dos indivíduos, na gestão do binómio saúde-risco, vem atribuindo progressiva expressão a ideologias terapêuticas valorizadoras dos processos preventivos, da delegação de responsabilidades da

² DPOC-Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

sociedade para o indivíduo, da adoção de estilos de vida saudáveis e, em consequência, ao consumo de produtos ‘naturais’, na fronteira entre o medicamento e o alimento, como os suplementos alimentares (Raposo & Caetano, 2011) ou adesão à ideia do “alimento enquanto medicamento” (Scrinis, 2008: 545) como é o caso dos alimentos designados de ‘funcionais’ os quais tendem a ser localizados, pelos consumidores, na “fronteira entre alimento e medicamento e entre o ‘natural e o tecnológico’” (Niva, 2006).

‘Alimento’ é uma palavra simples mas que remete para uma paisagem de percepções, racionalidades, atitudes, crenças e motivações. A relação dos alimentos ingeridos com a saúde física, emocional e mental e, segundo alguns autores, reveladora do carácter dos indivíduos, ganhou dimensão pública, no séc. XIX seja pela divulgação do livro de Brillat-Savarin que afirmou “Diz-me o que comes, dir-te-ei quem és”³ seja, mais tarde, em 1863 através do ensaio do filósofo alemão Feuerbach que afirmou: “um homem é o que come”⁴. Nos anos mais recentes o alimento e o ato alimentar têm-se revelado um terreno fértil para a disseminação e cruzamento produtivo de ideologias prevalentes nas sociedades ocidentais e com expressão na sociedade portuguesa, em particular: (i) Prevenção e (ii) delegação de responsabilidades. Estas alimentam-se do crescente património informacional dos consumidores de saúde e a, supostamente, correspondente autonomia “responsável” nos investimentos a fazer na gestão dos respetivos percursos de saúde e doença refletindo, de alguma forma, a atual hegemonia do pensamento neoliberal o qual insiste na primazia do individualismo. O território da “boa” nutrição tem merecido a melhor atenção quer por parte do marketing da indústria agroalimentar, e os seus infindáveis esforços para diluir as fronteiras entre informação e persuasão, quer por parte dos especialistas da área médica e nutricional e a respetiva captura das ansiedades dos indivíduos, sobre doenças presentes e futuras, legitimando a promoção da legislação, assim como das práticas alimentares “politicamente corretas”, e ainda dos espaços mediáticos e digitais e o associado ativismo na modulação de estilos de vida “saudáveis”. O “Nutricionismo”⁵ tal como sugerido por Scrinis, (2008) infiltra o discurso público e as práticas privadas de muitos indivíduos nas sociedades modernas.

Identifica-se, atualmente, uma evidente convergência entre saúde, bem-estar, vida ativa, qualidade de vida e um ecossistema de práticas alimentares, algumas racionais e outras

³ No original: “Dis-moi ce que tu manges, je te dirai ce que tu es”. Jean-Anthelme Brillat-Savarin (1826) ; *Physiologie du Goût*

⁴ Ludwig Andreas Feuerbach in *Espiritualismo e Materialismo*

⁵ Aqui entendido enquanto um neologismo que caracteriza uma ideologia de “nutriciologização” da sociedade

menos conscientes mas naturalmente “domesticadas”, num sistema de objetos e práticas (Weiner & Willb, 2015: 208) que integram o quotidiano de muitos indivíduos que, progressivamente, valorizam os conceitos de “saudável” e “natural” (com ramificações ambientais – ex. produção biológica e/ou sustentável) como referenciais de uma construção identitária que se pretende diferenciadora e de uma consciência social valorativa dos conceitos e práticas da prevenção. A relação entre ato alimentar e *self* é estruturante, pois o alimento que se consome, para além de um sinalizador de estatuto social, constitui um veículo de capital cultural e simbólico, mas também plástico na justa medida em que os hábitos alimentares são um dos marcadores mais suscetíveis de mudança e de permeabilidade à moda, à norma e ao marketing (Coveney, 2014).

Enquanto objeto dotado de hibridiz material e epistemológica o alimento funcional é a expressão, concreta, do desvanecimento de fronteiras entre alimento e medicamento e o natural e o farmacológico e portador do capital simbólico do medicamento para a mesa de jantar. O papel desempenhado pelos alimentos funcionais dá expressão ao funcionamento do simbólico na justa medida em que a opção por aqueles é sobretudo determinada pela perceção do seu potencial salutogénico⁶ tendo este conceito emergido como resultado da crescente aceitação, por parte dos consumidores, da relação entre regime alimentar e padrões de saúde (Annunziata & Vecchio, 2011) e do crescente desejo de utilizar os alimentos para prevenir doenças crónicas ou otimizar a saúde e geração de bem-estar (Khan et al., 2013).

Não existindo, enquanto domínio estabilizado, uma Sociologia da Alimentação em Portugal, é quase residual a investigação empírica sobre o papel social do alimento; só ocasionalmente, as Sociologias da Saúde ou do Consumo incorporam a temática do Alimento, mas sempre num quadro analítico mais vasto, e nunca enquanto objeto autónomo de exploração teórica.

A presente investigação, inscrevendo-se no domínio da Sociologia da Saúde, tem como objetivo o estudo, a partir de diferentes dimensões de análise, do uso do alimento funcional nas suas apropriações enquanto recurso terapêutico (pelo mercado e consumidores/indivíduos) em contexto de densificação das dinâmicas sociais, em particular o incremento do pluralismo terapêutico e dos processos autonómicos na gestão da sua saúde por parte dos cidadãos. Em Portugal a abordagem a esta fenomenologia conhece expressão modesta, no quadro das publicações disponíveis e oriundas das Ciências Sociais.

⁶ “Healthiness” no original. O paradigma salutogénico, por oposição ao paradigma patogénico, foi desenvolvido por Aron Antonovsky em 1987

Considerando a relevância social do tema, e a necessidade de sobre o mesmo se produzir conhecimento sociológico relevante, já que compete à sociologia corresponder ao desafio de estudar temas emergentes, é propósito desta investigação, e no contexto da articulação entre estrutura e ação, a problematização sociológica do protagonismo dos alimentos funcionais, localizando aquela na moldura teórica mais alargada da *medicalização* da vida quotidiana e as dinâmicas sociais correlatas:

- Do lado da oferta: Como é que o mercado se organiza para gerar e gerir novas necessidades?
- Do lado da procura: Que racionalidades e sobretudo, perceções modulam/influenciam a ação dos indivíduos no que respeitam as respetivas opções alimentares/terapêuticas?

Propõe-se o autor da Tese, mobilizar conceitos, e grelhas analíticas, do arsenal epistemológico da Sociologia da Saúde e Sociologia do Consumo. A ancoragem empírica tomará como base os resultados de um inquérito nacional, sobre práticas alimentares, assim como, e de forma original, aqueles provenientes de uma Base de Dados de transações associadas à utilização de um Cartão – Cliente de uma insígnia de Hipermercados tendo os respetivos *outputs* sido combinados com aplicação de Grupos Focais.

Assim o Primeiro capítulo abordará a fenomenologia do alimento funcional situando-o na relação dialética entre agente e estrutura, i.e. entre as disposições para o consumo de alimentos que aportem benefícios de saúde, para além do seu contributo nutricional, e a oferta, por parte da indústria agroalimentar, de produtos inovadores visando incrementar os dividendos num mercado de enorme potencial mas sujeito a molduras regulatórias que variam entre os distintos países. Será ainda abordada a inexistência, enquanto domínio autónomo, de uma Sociologia da Alimentação capaz de explorar teórica, e metodologicamente, os novos desafios que o uso do alimento coloca, situando-se este território de pesquisa num limbo entre a Sociologia da Saúde e do Consumo sendo disso exemplo a débil produção de investigação em Portugal, nos últimos 15 anos, associada aos alimentos funcionais. No Segundo Capítulo procede-se a uma enunciação das múltiplas definições de Alimento Funcional, e o respetivo processo de desenvolvimento, assim como as formas de organização do mercado para responder a novas tendências e a tensão entre a resposta regulamentar, por parte das autoridades de saúde, e as retóricas adotadas pelas principais marcas presentes no mercado português. O Terceiro capítulo desenvolve o enquadramento teórico focado nas perceções e racionalidades associadas ao A. Funcional na perspetiva teórica da Medicalização e dos

objetos de fronteira procurando evidenciar como, ao transferir o plano de análise do alimento para o nutriente i. e. do visível para o invisível, o complexo agro-bio-farmacêutico coloca o alimento funcional no terreno simbólico do medicamento, do milagre que se opera no interior do corpo, e do poder da tecnologia e, em simultâneo, alarga a medicalização a novas áreas da vida social como sejam o bem-estar e a qualidade de vida sem necessitar de exercícios de patologização, como instrumento de legitimação do discurso médico, característicos de um passado recente. Associado a processos de gratificação pessoal, investimento em prevenção ou, tão-somente, solução de distúrbios quotidianos, os indivíduos integraram de forma, natural, a utilização dos alimentos funcionais nas suas práticas alimentares diárias evidenciando como a tecnologia pode ser naturalizada ao serviço de novos estilos de vida. O Quarto capítulo será dedicado á contextualização da presente investigação, num quadro mais geral das teorias sobre a ação racional, e à problematização da dimensão terapêutica do alimento funcional, em contexto de significativa farmacologização da sociedade, como o objeto teórico central da presente investigação, assim como os argumentos para a adoção de uma estratégia de *mixed methods*, combinando metodologias quantitativas e qualitativas. No Capítulo Quinto serão apresentados e discutidos os resultados obtidos assim como os desafios metodológicos colocados pela utilização de cada um dos instrumentos de pesquisa. O Capítulo Sexto procura sistematizar algumas intersecções analíticas, suscitadas pelo consumo de A. Funcionais, em particular os processos de convergência, organizada ou objetiva, entre as indústrias farmacêutica e agroalimentar assim como os processos de escolha, por parte dos cidadãos, em muitos casos sem intermediação técnica direta, valorizando informação, fora do círculo esotérico especializado, mas próxima das redes de sociabilidade. No Sétimo capítulo serão apresentadas as conclusões em particular a confirmação da hipótese central de partida, i.e. que o consumo de alimentos funcionais, mesmo que enquanto prática proto-medicalizada, porque cognitivamente desconectada de reflexividades prisioneiras do olhar médico (*regard médical* de Foucault), contribui para a extensão do fenómeno social da medicalização da sociedade pela transformação em alvos terapêuticos de sinais e sintomas típicos do quotidiano e apresentando, como solução, alimentos normais ‘aditivados’ transformados em veículos terapêuticos e que, sendo associados às simbologias do natural e da tecnologia ‘boa’ (manipulado vs. processado), colonizam, sem resistência, o quotidiano dos indivíduos e contribuem para a idealização, com estatuto moral, do consumidor de saúde ‘responsável’ capturado por uma ideologia da bioprevenção. Propõem-se, ainda, pistas de investigação futura num território, em tal reconfiguração material, que suscita novos reposicionamentos profissionais e valorização de novos constructos como é o caso do ‘bem-estar’.

Capítulo 1. Alimento: contexto analítico

1.1 Desafios em saúde

Dois relatórios^{7 8} publicados em 2014, e de significativa envergadura analítica e conceptual, abordam os sistemas de saúde para os próximos anos em Portugal, e no Reino Unido, sublinhando, entre outras medidas, a necessidade imperiosa de transferir saber e responsabilidade para os utentes/consumidores de saúde na lógica de um incremento dos mecanismos públicos (centrais e locais), privados e individuais, de prevenção da doença. O documento do NHS britânico advoga que tal exige um “*radical upgrade in prevention and public health*”. Ambos os textos reconhecem que o futuro dos sistemas de saúde resultará da forma como se articularão as variáveis: i) impacto das doenças crónicas; ii) recursos disponíveis; iii) tecnologia e iv) envolvimento dos doentes/consumidores. Uma nova arquitetura produzirá novos arranjos na oferta de cuidados, promovendo níveis mais elevados do designado autocuidado com vista a diminuir o impacto das “doenças evitáveis” ou, pelo menos, ‘controláveis’ através do ato alimentar.

Uma das doenças, mais “evitáveis”, com uma maior relação descrita com o regime alimentar é a Diabetes Mellitus. Considerada a pandemia do século XXI afeta atualmente 382 milhões de pessoas o que corresponde a 8,3% da população mundial sendo que, segundo dados mais recentes, a prevalência total estimada de diabetes em Portugal, numa população dos 20-79 anos, foi de 12,9%, sendo que 7,3% corresponde a casos diagnosticados e 5,6% a casos não diagnosticados⁹.

Os documentos atrás mencionados vieram colocar uma particular ênfase nos processos preventivos face aos curativos. Tal resulta da identificação dum claro *gap*, num horizonte temporal próximo, entre recursos necessários e recursos disponíveis e da necessidade de um novo equilíbrio de poderes entre cuidadores, instituições e cidadãos os quais,

⁷ “Five Year Forward View”, NHS, October 2014; disponível em <http://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2014/10/5yfv-web.pdf>

⁸ “Um futuro para a Saúde-todos temos um papel a desempenhar”, Fundação Calouste Gulbenkian, Setembro 2014; disponível em http://www.gulbenkian.pt/mediaRep/gulbenkian/files/institucional/FTP_files/pdfs/FuturodaSaude2014/RelatorioFuturodaSaudePT2014/index.html

⁹ IMS Diabetes Overview 2014 – Portugal. Disponível em: http://www.imshealth.com/deployedfiles/imshealth/Global/EMEA/Portugal/Diabetes%20overview_vfinal_14Novembro.pdf

progressivamente mais capacitados, terão de assumir maior protagonismo e responsabilidade na gestão dos respetivos percursos de saúde e doença. A construção de um novo paradigma que promova a saúde, ao invés de tratar a doença, tenderá a promover a importância das escolhas individuais quanto ao estilo de vida a adotar e em particular do ato alimentar na prevenção e gestão das doenças agudas e crónicas, alimentando em simultâneo o fenómeno da medicalização por vias da expansão da intervenção terapêutica em populações saudáveis. Esta materializar-se-á, em particular, pela definição mais ampla do conceito de doença baseada predominantemente em medições fisiológicas, mais do que em eventos clínicos e promoção de medicamentos ou alimentos modificados para a prevenção de doenças ou intervenção em sintomas anteriormente geridos sem intervenção medicamentosa na lógica de “ *a pill for every ill – and increasingly an ill for every pill*” (Mintzes, 2002: 909).

“Na era da construção reflexiva da identidade, como se ‘escolhe’ em matéria de comportamentos de saúde?” (Silva, 2006). A modernidade suscita múltiplos exercícios de reflexividade a propósito do ato alimentar e da Alimentação a qual, indo para além das convencionais funcionalidades nutricionais, apresenta ramificações no plano da saúde, pelas crescentes alegações nutricionais que comporta, pelos processos de gestão do risco que integra, pelas práticas de regulação social que suscita, pelos exercícios de autonomia leiga que estimula, no plano da família e do lazer, pelas práticas de convivialidade que catalisa e, no plano da gestão identitária, pela responsabilização da imagem corporal veiculada pelos indivíduos (em particular a dicotomia excesso de peso-emagrecimento) e respetiva mobilização como instrumento de diferenciação social. “As pessoas estão cada vez mais a tornarem-se ‘consumidores de saúde’ adotando uma postura mais ativa em relação à sua própria saúde e bem-estar” (Giddens, 2007) fazendo opções alavancadas em um maior património informacional mas, seguramente, não isentas dos condicionalismos socioeconómicos e influências culturais, em particular dos ‘gostos’ e das modas, conceitos que remetem para dinâmicas de reprodutibilidade social, exigindo à disciplina sociológica uma permanente reatualização dum debate com origem nos clássicos: “a importância relativa das variáveis *individuais* (como o estilo de vida, o comportamento a dieta e os padrões culturais) *versus* os fatores *estruturais* ou ambientais (tais como a distribuição da riqueza e da pobreza)” (Giddens, 2007); Funcionalismo e as Teorias do Conflito colocam a ênfase nas estruturas que suportam e moldam a sociedade e influenciam as ações individuais, enquanto as Teorias da Ação social valorizam o papel da ação e interação dos indivíduos na formação das estruturas. Este debate, epistemologicamente tenso, reflete “as dificuldades do ponto de

vista sociológico, que se encontram na relação entre o universal e o individual” (Simmel, 2004).

O alimento foi o primeiro e principal meio de intervenção no corpo e um dos primeiros objetos de intervenções biotecnológicas tradicionais¹⁰. Instrumento, em muitos países, de políticas estatais de prevenção de deficiências nutricionais no início do século XX¹¹, objeto de controlo estatal e médico, nos finais do século passado, pelos excessos alimentares (sal, gordura, açúcar) com potencial patológico que promove, o alimento, nos últimos anos, reganhou importante capital preventivo no contexto do envelhecimento nas sociedades ocidentais e exponencial desenvolvimento de doenças ditas civilizacionais como a obesidade e a Diabetes (Dubois, 1996). Apesar de cada vez mais terapêuticas complementares serem selecionadas para utilização adjuvante, o repertório terapêutico da medicina permanece largamente intocado, aceitando esta o papel das intervenções nutricionais em contexto de prevenção de algumas doenças e tratamento de patologias associadas a défice nutricional, mas gerando controvérsia quando propostas para o tratamento de algumas das mais comuns doenças crónicas (Hess, 2004). Aparentemente o futuro estabelecerá pontes epistemológicas com o passado sendo que, no período quinhentista, a determinados alimentos (açúcar, café, chocolate e especiarias) eram atribuídas virtudes medicinais (Dubois, 1996).

O investimento que os cidadãos mobilizam para a gestão de uma vida saudável emerge como uma inegável tendência da segunda década do século XXI alimentada por:

- Um ativismo, cada vez mais informado e exigente, alimentado por uma maior capacitação para a incorporação de noções básicas sobre alimentação saudável e um mais alargado acesso a produtos;
- A crescente consciencialização para práticas de prevenção que assegurem mais anos de vida mas igualmente mais qualidade a esses anos;
- A diluição de fronteiras entre saúde e alimentação;
- O papel, progressivamente dual, atribuído ao alimento, não somente como instrumento de aporte nutricional mas igualmente como veículo de ganhos em saúde;
- A dinâmica criativa da ciência e indústria alimentares; Avanços tecnológicos permitem à indústria desenhar alimentos funcionais (tecno-alimentos, artificialmente enriquecidos ou fortificados) com, progressivamente, melhor sabor tornando-os apelativos ao gosto de muitos consumidores ou introduzir inovação em produtos mais

¹⁰ Participação de micro-organismos na fabricação de cerveja, iogurte, queijo etc.

¹¹ Adição de iodo ao sal, vitamina D no leite, vitamina B nas farinhas etc.

antigos, pomposamente, designados de “*Guilt free*” como anunciado pela presidente da PepsiCo (Watrous, 2016) geradores de diferenciação com as marcas próprias das cadeias de retalhistas;

- Conveniência; num mundo dominado pelas redes sociais, e a gratificação instantânea, os consumidores privilegiam soluções que não requeiram adesão (limitação) a um regime medicamentoso “controlador” do seu quotidiano;
- Constante melhoria na rotulagem (resultante da combinação de esforços de regulação com exigências sociais de “*Clean label*”), com “descodificação” dos componentes, e maior transparência quanto ao conteúdo, privilegiam ingredientes percecionados como mais naturais ou próximos de uma fonte/origem natural;
- Emergência de novos alimentos, estranhos aos regimes alimentares mais tradicionais, marcados pelo exotismo e o endeusamento das respetivas propriedades como sejam os designados “super - alimentos” (frutos, bagas, sementes etc.)
- Alguma rotinização de práticas alimentares alternativas, tais como a alternância entre o consumo de proteína animal e vegetal ou a incorporação de períodos de “limpeza orgânica” por via das sopas e sumos “detox” ou de opções vegans/vegetarianas.

Este investimento é auto e hétero-legitimado pelo facto de que a doença integra e, indelevelmente, molda o quotidiano dos cidadãos. Pesquisas recentes¹² evidenciam a fragilidade dos indicadores de saúde em Portugal e ajudam a explicar a adesão a fórmulas alimentares alternativas que hoje caracteriza a modernidade em Portugal, admitindo-se que, progressivamente, mais do que a finitude seja a amplitude a determinar as trajetórias de saúde e bem-estar dos cidadãos portugueses no contexto do crescimento da esperança média de vida. Infelizmente, consequência das condições históricas e materiais da sociedade portuguesa, antes do 25 de Abril, os portugueses apesar de viverem mais anos transportam consigo inúmeras doenças crónicas que tiram qualidade de vida aos anos-extra tal como evidenciado na pesquisa de 2014 do Eurostat na qual Portugal surge mal classificado quanto aos anos com qualidade vividos após os 65 anos (Fig. 1.1)¹³. Estes resultados são coerentes com aqueles evidenciados pelo INSEF 2015 (1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame

¹² INSEF – Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico – 2013/2016. Disponível em:
<http://www.insef.pt/Portugues/Paginas/INSEF.aspx>

¹³ [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Healthy_life_years,_2014_\(years\)_YB16.png](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Healthy_life_years,_2014_(years)_YB16.png)

Físico)¹⁴, estudo transversal de base populacional, com amostragem probabilística por grupos, envolvendo 4911 indivíduos com idades compreendidas entre os 25 e os 74 anos e que revelaram elevada prevalência de doenças crónicas entre a população portuguesa, em particular: (i) 67,6% com excesso de peso ou obesidade (IMC \geq 25); (ii) 36% com hipertensão arterial; (iii) 52,3% com colesterol total \geq 190 mg/dl e (iv) 9,8% com diabetes.

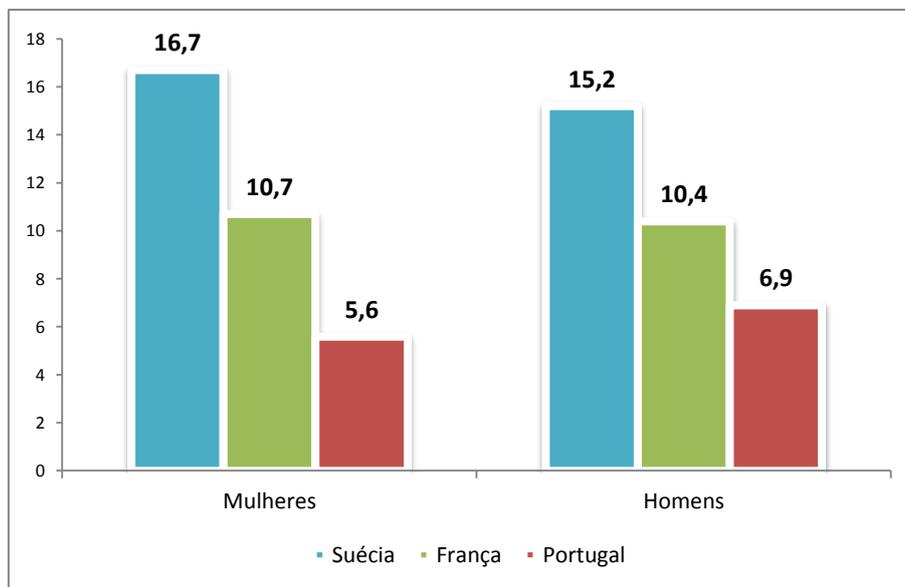


Figura 1.1 - Anos de vida saudável após os 65 anos

Fonte: Adotado de: Eurostat 2014.

Independentemente dos ciclos políticos, e económicos, a saúde ocupa posição dominante nas aspirações dos cidadãos portugueses. Tendo sido perguntado, em pesquisa realizada no início do ano, “a nível pessoal ou familiar, quais são os seus principais desejos para 2016?”, 63,3% dos respondentes colocou a Saúde em 1º lugar¹⁵. A relação entre alimento e saúde está bem estabelecida por várias áreas do saber, em particular as ciências médicas e da nutrição. Apesar da existência de distintas lógicas resultantes da relação do saber leigo com a noção de “saudável” e a aceitação, influenciada pelas conceções biomédicas, de uma alimentação não-saudável como um risco a ser, individualmente, gerido (Silva, 2012), o saber popular e as práticas leigas, que lhe estão associadas, há muito incorporaram o potencial da utilização de alimentos específicos para obter ganhos de saúde pré-determinados sendo disso

¹⁴ Disponível em <http://repositorio.insa.pt/handle10400.18/4115>

¹⁵ O universo deste estudo é constituído por indivíduos de ambos os sexos com idade igual ou superior a 18 anos, residentes em Portugal Continental, em lares com telefones de rede fixa, sendo a amostra constituída por 803 entrevistas. A recolha da informação foi realizada entre os dias 14 e 18 de Janeiro de 2016. Disponível em <http://www.marktest.com/wap/a/n/id~202a.aspx>

exemplos: sumo de laranja no resfriado, o óleo de fígado de bacalhau nas helmintíases intestinais, o xarope de cenoura na tosse ou o caldo de galinha nas situações de prostração e debilidade física. Estas são práticas ancestrais, algumas delas transculturais, e em muitos casos com ramificações afetivas (Anderson, 2014: 127), sendo sinal de zelo e dedicação por parte dos cuidadores mais formais (ex. família) ou informais.

O processo de intervenção em géneros alimentares de modo a obter ganhos de saúde constitui uma prática já consagrada sobretudo no âmbito da saúde pública; tome-se como exemplo a fortificação do sal com iodo (OMS, 2014), a fortificação de distintos alimentos com vitaminas e ácido fólico (Samaniego-Vaesken et al., 2012) ou a existência, no mercado português, por exemplo de produtos lácteos fortificados com vitamina D (Parreira et al., 2015). O que é novo, e a justificar a análise sociológica, é a existência no mercado, e a disposição para o respetivo consumo, de uma categoria de alimentos processados, tecnologicamente alterados por vias da engenharia alimentar, os designados alimentos funcionais. No passado, o potencial “salutogénico” do alimento estava associado predominantemente à quantidade de nutrientes presentes na respetiva composição, em particular vitaminas, minerais e proteínas; atualmente é reconhecida a existência de outros componentes/ingredientes, naturalmente presentes ou industrialmente adicionados, que conferem a alguns alimentos propriedades, com impacto na saúde, para além daquelas existentes nos alimentos ordinários. Os alimentos com estas características e capacidade de interagirem com os processos fisiológicos são designados de ‘funcionais’ (Diplock, et al., 1999).

O relevante consumo destes produtos no mercado português, embora com oscilações temporais (eventualmente consequência do contexto macroeconómico e do preço, habitualmente mais elevado que os produtos “espelho” não processados), questiona eventuais distinções entre o que pode ser designado como práticas de promoção “passiva” da saúde através do alimento (desígnio subjacente ao consumo de uma dieta considerada saudável, próxima da estrutura nutricional da designada “Dieta Mediterrânica”) e uma promoção “ativa” correspondendo esta última a práticas proto-medicalizadas. A arquitetura de escolha é determinada, ao nível macro, pelas agressivas estratégias de promoção da indústria agroalimentar, nos planos da oferta e respetivo marketing, que alimentam, e são retroalimentadas, por opções ideológicas e, ainda, por uma ampla acessibilidade às mais variadas opções disponibilizadas pelos modernos hipermercados (Monteiro, 2010) e ao nível micro pelas disposições de consumo, singularmente evidenciadas pela relevância dada aos

produtos naturais nos consumos juvenis de performance (Lopes et al., 2014:6-8), as quais são sensíveis ao poder influenciador das redes de sociabilidade, físicas e digitais.

São observáveis novas dinâmicas sociais, e novos perfis de consumo, estimuladas pela indústria agroalimentar, sobretudo as multinacionais com recursos para investimento em R&D e marketing (Menrad, 2003), muito fértil na comercialização de alimentos funcionais os quais proporcionam a possibilidade de diferenciação no interior de uma determinada categoria (em particular vs. os designados produtos de Marca Própria dos retalhistas), incrementando as margens de lucro e reduzindo o impacto erosivo de “guerras” de preço com produtos concorrentes para uma mesma necessidade (Thompson & Moughan, 2008). De entre as vastas opções que os indivíduos têm à sua disposição para a gestão do designado “*continuum* entre bem-estar e doença” ou “*continuum* de Autocuidado”¹⁶ (Webber & Williams, 2006; British Medical Association, 2015) tipologias particulares de alimentos podem desempenhar um significativo papel nas fases iniciais do processo, em particular no que respeita as escolhas diárias, as opções de estilo de vida, prevenção da doença e a gestão de sintomas moderados (Fig. 2.1).

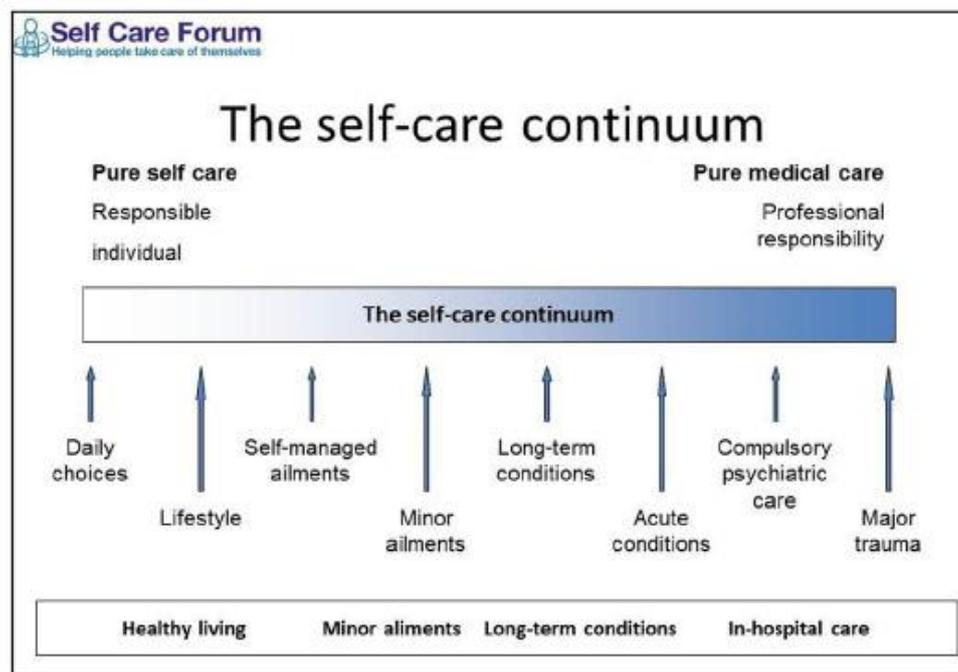


Figura 2.1 - O *continuum* dos cuidados de saúde

Este conceito de uma relação dinâmica, sem intervalos marcados, entre polos opostos de contextos saúde – doença o qual remete para estádios, intermédios, de relativa fluidez e,

¹⁶ No original: “Wellness-Illness Continuum”; “Self-Care Continuum”

em consequência, permeáveis a uma pluralidade de intervenções terapêuticas e proto-terapêuticas tem vindo a ganhar estatuto institucional legitimando assim a utilização, entre outros instrumentos, do alimento com fins marcadamente medicinais. A Academia Americana de Nutrição e Dietética no seu documento de orientação estratégica, publicado em Janeiro de 2017, sublinha que o “alimento torna-se medicamento no *continuum* da saúde” (Kicklighter, et al., 2017: 121) e desta forma relevando aquele que entende ser o papel dos profissionais da nutrição e dietética (*tema abordado nos capítulos 6 e 7*) na gestão dos percursos de saúde dos consumidores no contexto de cuidados de saúde que se encontram em trânsito do modelo puramente médico para um outro, colaborativo, entre leigos, digitalmente capacitados, e especialistas e que valoriza o bem-estar e a prevenção (Kicklighter, et al., 2017:121-122).

Refletindo, predominantemente, uma perspetiva biomédica a inter-relação, acima proposta, entre responsabilidades leigas e profissionais assume, como substrato, um processo de decisão partilhada (Elwyn, et al., 2013) o qual, por um lado, legitima o conselho especializado (do médico ou nutricionista) ancorado numa hierarquia de conhecimento e saber, negligenciando os mecanismos sociais que promovem a adesão aos distintos recursos “terapêuticos” e as complexidades do processo de escolha, no contexto dos cuidados de saúde, conforme sublinhado por Gabe e coautores (Gabe et al., 2015) mas, por outro, valoriza as opções dos indivíduos, em particular as alimentares as quais estão, em particular no caso de doentes idosos, predominantemente relacionadas com a presença de morbilidade: doenças cardiovasculares, colesterol elevado e diabetes (Annunziata et al., 2015: 354). No caso português a perspetiva biomédica sobre a relação intrínseca entre o binómio saúde/doença e hábitos e estilos de vida, assumindo-se estes como da exclusiva responsabilidade individual dos cidadãos, é exemplarmente expressa no Relatório de 2015 da Direção Geral da Saúde no qual se afirma textualmente que “Em suma, comportamentos e estilos de vida influenciam, de forma comprovada, a Saúde individual e coletiva, uma vez que constituem denominador comum a praticamente todas as doenças crónicas não transmissíveis” (DGS, 2015: 9) destacando os hábitos alimentares inadequados como o fator de risco (com 19%) mais relevante para o total de anos (calculado em 141 mil) de vida saudável potencialmente perdidos¹⁷ pela população portuguesa (DGS, 2015: 8; 21). De acordo com dados do Eurobarómetro de 2006, mas que se admitem ainda como válidos, a dificuldade dos cidadãos europeus em conseguir o tempo adequado à seleção e preparação de uma dieta saudável (31%), a ausência de controlo sobre o que comem, fora de casa (27%) e ainda o sabor menos

¹⁷ Anos de vida perdidos (YLL – *Years of Life Lost*), que mede a mortalidade prematura

agradável da comida saudável (23%) (EC, 2006: 27) poderão ajudar a compreender a permeabilidade dos consumidores a alternativas alimentares que combinam o acesso fácil e a versatilidade de utilização com o apelo do natural e a crença na mensagem científica.

1.2 Escolhas alimentares: incertezas e ansiedades

Na modernidade a escolha alimentar *'lato sensu'* (aqui entendida como a seleção do produto a adquirir, o modo de o confeccionar e o contexto de consumo) constitui um processo eivado de particulares complexidades porque incorpora decisões resultantes de profunda reflexividade em simultâneo com aquelas automáticas, habituais e subscientes (Furst et al., 1996:247). A ação 'escolher' constitui o momento em que a autonomia individual e a moldura estrutural se fundem, a biografia pessoal e a capacidade de negociar o futuro se articulam, o prazer imediato e o benefício futuro se 'tensionam', o estilo de vida se afirma e o *self* se compõe. Os recursos individuais na forma de capital económico e cultural, em conjunto com a trajetória social, comandam o *habitus* e as escolhas sistemáticas que este produz (Bourdieu, 1984 [1979]: 260). Quando as escolhas alimentares integram a componente saúde estas tendem a ser prescritivas com a seleção de produtos com antecipado efeito benéfico e proscritivas com a recusa de produtos com admitido efeito prejudicial (Furst et al.,1996:259) pois o risco, como bem refere Giddens, "refere-se a perigos calculados em função de possibilidades futuras" (Giddens, 2006 [1999]:33). Se à ciência, no geral, é reconhecido o seu carácter mutável (Giddens, 2006 [1999]:39) no caso da ciência nutricional (aqui entendida como o saber produzido a partir de investigação médica, ou de outras áreas do saber, sobre a relação entre alimento e saúde/doença) existem poucas verdades absolutas, o que alimenta contextos de permanente ansiedade e incerteza nutricional.

Uma frase, no prefácio, do livro "Food, Morals, and Meaning" de John Coveney sintetiza a essência das racionalidades associadas ao comer 'bem': "fazer a escolha alimentar 'certa' envolve um julgamento científico e uma decisão moral" (Coveney, 2006 [2000]:ix). Uma análise diacrónica permite identificar os padrões evolutivos das escolhas alimentares, particularmente condicionadas por normas religiosas/morais de disciplina do apetite e do prazer da antiguidade até ao advento da industrialização e, a partir dos finais do século IX, pela necessidade de ingestão das quantidades adequadas para satisfazer as necessidades fisiológicas. Esta evolução que sacrificou o gosto e o prazer à lógica e à racionalidade veio a materializar-se, durante o século XX e início do século XXI, na nutrição ao serviço das prioridades de saúde e respetiva mutabilidade (Coveney, 2006 [2000]:x). Esta relação,

intrínseca, entre o ato alimentar e os efeitos no binómio saúde/doença, suportada na designada ‘evidência científica’, marcou a estreita relação entre alimento e medicina, na contemporaneidade, contribuindo para a completa medicalização da ciência alimentar. Como é que a ‘evidência científica’ produz conclusões tão díspares e contribui para uma permanente incerteza, e quase contradição, no que respeita a “verdade” alimentar? Aliás a história das ‘verdades’ alimentares dos últimos 30 anos é eloquentemente exemplificada pelas capas da Revista americana ‘TIME’ em particular aquelas, agora famosas, relativas às boas e más notícias referentes ao colesterol (Fig. 3.1) embora refletindo, tão-somente, as inúmeras controvérsias públicas e científicas que a progressiva presença da ciência e tecnologia, nas sociedades modernas, tem gerado (Martin & Richards, 1995: 506).



Figura 3.1 - Evolução das "verdades" alimentares (1984 - 2014)

Segundo alguns autores a ciência alimentar, e a turbulência que a percorre, é tão-somente um ecrã que permite perceber os contornos de uma crise de legitimidade que afeta a ciência moderna a qual, no que respeita, em particular, a produção industrial, resulta do

confronto entre o valor máximo da eficiência – que gerou produtividade incremental e preços cada vez mais reduzidos, na modernidade – e uma crescente consciência social sobre os desafios de saúde, ambientais e sociais, daí decorrentes (BildtgArd, 2008:123). Num tempo em que cada vez mais decisões alimentares são delegadas aos sujeitos individuais a crença num conhecimento, universalmente, relevante produzido pela ciência alimentar encontra-se em causa (BildtgArd, 2008:124) legitimando reconhecidas inseguranças nutricionais de muitos consumidores adultos (Kicklighter, et al., 2017:114). O atual conhecimento alimentar produz resultados parcelares, eventualmente contraditórios, não imunes às influências do designado ‘mercado’, sustentados em frágil, e temporalmente datada, evidência científica.

Como é que tal se explica à luz da abordagem epistemológica da biomedicina a qual é positivista, racionalista relativamente à vida e ao corpo, ancorada num modelo científico supostamente neutro e de validade universal?

A definição de ciência e de facto científico é objeto de amplo debate, sobretudo após a descoberta dos escritos de Fleck, produzidos na década de 30 do século passado. Ludwik Fleck, um microbiologista polaco, desenvolveu os seus conceitos epistemológicos sobre a ciência, a partir do estudo da sífilis e do processo que conduziu à sua identificação, demonstrando como os “factos científicos” estão dependentes da história e da cultura e de como os resultados científicos “têm vida própria e passam pelas suas próprias vicissitudes – mudando mais rapidamente com o rápido desenvolvimento da ciência” (Fleck, 1946:114). Ao questionar o objetivo central da ciência, quais os agentes sociais que a produzem e que formas de comunicação pressupõe (da linguística às perceções), Fleck enquadrou sociologicamente a teoria do conhecimento enfatizando o carácter coletivo do trabalho científico e cuja génese deriva da cooperação, por via da comunicação de pensamentos, e igualmente que o desenvolvimento científico não é um processo cumulativo, e progressivo, mas sim a resultante de mudanças contínuas dos estilos de pensamento os quais, constituem fenómenos socialmente condicionados e mutuamente interativos. Em oposição ao conhecimento científico neutro, socialmente asséptico, logo universalizável, o “*pensamento coletivo*” emerge como ferramenta conceptual, reposicionando a ciência como resultante da cooperação de pessoas sociologicamente contextualizadas, e não de um processo cognitivo individual. A perspetiva tradicional (enquanto construção social) do especialista enquanto agente neutro, desinteressado e objetivo, na interpretação dos “factos”, tem sido objeto de erosão pela evidente falta de capacidade de resolução de temas objeto de controvérsia com o conseqüente declínio da confiança na infalibilidade e neutralidade dos especialistas (Martin & Richards, 1995:507). A ortodoxia médica suporta-se numa dupla visão positivista da natureza, por um

lado, enquanto detentora de uma única “verdade” e, por outro, de que o método científico constitui a melhor aproximação aquela verdade (Martin & Richards, 1995:510). Esta verdade assenta num edifício conceptual construído em torno do poder da ‘evidência científica’ a qual se alavanca nos dados provenientes dos estudos científicos e da relação de causalidade que estes, supostamente, demonstram¹⁸. E é esta relação, entre os resultados dos estudos e as consequentes orientações e ‘Guidelines’, com propriedades frequentemente normativas, que estes originam, que estão no centro da significativa incerteza que hoje caracteriza o território alimentar. Já não se trata somente de ansiedades provocadas pelos riscos associados aos processos produtivos ou aos impactos no meio ambiente; é o significado de comer “bem” que está em causa promovendo a rescrição permanente (processos de interiorização e reavaliação de opções) dos guiões individuais que estruturam as trajetórias de vida. Como sublinha Giddens, a propósito das decisões banais, “Seja o que for que uma pessoa se decida a comer, o que quer para o pequeno-almoço, se deve tomar café com ou sem cafeína, essa pessoa está a tomar uma decisão num contexto em que existem informações científicas e tecnológicas contraditórias e mutáveis” (Giddens, 2006 [1999]:39).

No caso da nutrição os estudos epidemiológicos desempenham um importante papel, embora altamente discutível, conforme sublinhado num recente editorial do *British Medical Journal* a propósito da publicação de um estudo que relaciona o elevado consumo de carne vermelha e mortalidade; a editora, ao enquadrar o estudo, ressalva a constatação de que “os estudos epidemiológicos alimentares estão repletos de armadilhas. No seu pior atraem o ridículo ao apoiar todas as associações concebíveis, alimentando a confusão do público e as notícias falsas”¹⁹. Alguns autores vão ainda mais longe afirmando que as orientações dietéticas e os guias alimentares embora, aparentemente, de base científica são criadas por indivíduos permeáveis às múltiplas influências geradas pelo *lobbying* da indústria alimentar enquanto principal interessada nos resultados práticos das orientações nutricionais ‘institucionais’ e das ‘verdades’ propagadas; neste contexto as controvérsias sobre recomendações nutricionais derivam, antes de mais, das contradições entre a promoção da saúde pública, por um lado, e a geração de lucro das companhias alimentares, por outro (Nestle & Bragg, 2016). As lógicas do mercado desempenham, naturalmente, importante

¹⁸ Conceito explorado por António Vaz Carneiro do Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa e a propósito da polémica mantida com o médico Manuel Pinto Coelho nas páginas do *Jornal Expresso* (edição 2325 de 20 Maio de 2017)

¹⁹ Fiona Godlee, editor in chief. “Red meat: another inconvenient truth”, *BMJ* 2017;357:j2278 doi: 10.1136/bmj.j2278 (Published 2017 May 11)

papel na proliferação de soluções com maior ou menor grau de legitimação científica ou protocientífica. Titulava o jornal ‘Financial Times’²⁰, do dia 07 de Abril, deste ano, que os produtos sem glúten, a “guerra ao açúcar” e o ressurgimento da manteiga são as três tendências a marcar a oferta disponibilizada pela indústria. Estas estão, por exemplo, associadas ao aumento das vendas globais de produtos sem glúten em 12,6% em 2016 para 3,5 bilhões de dólares (enquanto a generalidade dos produtos alimentares embalados cresceu ‘somente’ 4%) esperando-se que atinga os 4,7 bilhões em 2020 ou ao incremento do valor de comercialização da manteiga, para perto dos 5,000 dólares /tonelada, na sequência da reversão da evidência científica que associava o consumo de gordura animal com as doenças cardiovasculares e que, tendo agora ilibado a manteiga, culpabiliza as gorduras hidrogenadas presentes nos produtos processados como as margarinas.

As dinâmicas mercantilistas confrontam-se com elementos de resistência protagonizados por atores, de reputação técnica diversa, mas cujas propostas, se numa primeira fase colocam em causa o sistema de forças e equilíbrios do mercado alimentar, acabam por promover novos reequilíbrios, com a exploração de novas tendências por parte da indústria, observando-se “todo um processo de desestruturação-recomposição dos diferentes parâmetros que operam a articulação do sujeito-consumidor com o alimento” (Lopes, 2006:131). Tal é o caso das dietas, das ‘Guidelines’ dietéticas ou do papel a desempenhar pelas principais refeições. A propósito das dietas é interessante referir, enquanto elemento emblemático da diversidade proposicional, que a plataforma multimédia “US NEWS & World Report”, especializada na produção de rankings, pelo 7º ano e com a colaboração de um painel de especialistas, elaborou a sua lista das melhores dietas para 2017²¹. Não tendo, naturalmente, qualquer carácter científico vale pela demonstração da exuberante oferta de dietas (38) e respetivo ranking (Quadro. 1.1). Já a Academia Nacional de Ciências (NAS) americana viu-se forçada a publicar dois relatórios muito críticos quanto às ‘Guidelines’ (orientações) dietéticas disseminadas nos EUA²² sublinhando a ausência de transparência na formação dos Comités de avaliação, deficiências nos métodos de integração dos artigos de revisão, meta-análises e bases de dados, com suposta evidência científica, nas Orientações

²⁰ Gluten free: one of 3 trends shaking up commodities. Disponível em <https://www.ft.com/content/5348432e-1a13-11e7-bcac-6d03d067f81f>

²¹ “Best Diets 2017”, 03 Janeiro 2017. Disponível em: <http://health.usnews.com/best-diet/best-diets-overall>

²² Bero, L. (2017). Developing reliable dietary guidelines. *BMJ* 359:j4845 (published 03 November)

assim como a ausência de clareza na forma como a ‘verdade científica’ se traduz em recomendações de saúde pública.

Ranking	Designação	Avaliação 1 - 5
1	DASH- Dietary Approach to Stop Hypertension	4,2
2	Mediterranean	4,1
3	MIND	4
4	Flexitarian	3,9
4	Mayo Clinic	3,9
4	TLC – Therapeutic Life-Style Changes	3,9
4	Weight Watchers	3,9
8	Fertility	3,8
8	Volumetrics	3,8
10	Jenny Craig	3,7
10	Ornish	3,7
10	Vegetarian	3,7
13	Traditional Asian	3,6
14	Dr. Weil’s Anti-Inflammatory	3,5
15	Biggest Loser	3,4
16	Flat Belly	3,3
16	Nutrisystem	3,3
16	Spark Solution	3,3
16	Vegan	3,3
20	Eco - Atkins	3,2
20	Engine 2	3,2
20	HMR	3,2
20	Slim - Fast	3,2
24	South Beach	3,1
25	Abs Diet	3,0
25	Glycemic - Index	3,0
25	Zone	3,0
28	Macrobiotic	2,9
29	Medifast	2,8
29	Supercharged Hormone	2,8
31	Acid Alkaline	2,7
32	Body Reset	2,5
32	Fast	2,5
32	Raw Food	2,5
35	Atkins Diet	2,4
36	Paleo	2,3
37	Dukan	2,1
38	Whole 30	2

Quadro 1.1 - Ranking das Dietas popularizadas nos EUA

Igualmente relevante, porque exemplificativo do questionamento a que são sujeitos alguns dos paradigmas alimentares, é a publicação do livro de Terence Kealay, de 2016²³, que coloca em causa um dos pilares (em vigor desde a época vitoriana) dos regimes alimentares das sociedades modernas: o pequeno-almoço e o que este representa de associação negativa entre açúcar e hidratos de carbono. Propondo, com exceção das crianças, um jejuar total ou intermitente, até ao almoço, o autor (bioquímico de Oxford) associa a ênfase no pequeno-almoço a muitos estudos patrocinados pela indústria alimentar, em particular aquela associada aos cereais de pequeno-almoço, e de como se espera que as vendas destes produtos evoluam dos 32,5 biliões de dólares em 2012 para os 43,2 biliões em 2019.

O espaço social alimentar tem vindo, assim, a conhecer uma progressiva fracturação e fragmentação no que respeita as opções disponibilizadas ao consumo, assim como as fontes de referenciação utilizadas, justificando, plenamente, o questionamento de L.F. da Silva: “Na era da construção reflexiva da identidade, como se ‘escolhe’ em matéria de comportamentos de saúde?” (Silva, 2006:169). É, pois, no contexto de uma relação, progressivamente tensional, nos últimos 35 anos, entre a soberania individual e a submissão a ideologias e

²³ “Breakfast is a Dangerous meal”, Harper Collins Publisher

lógicas do mercado e entre as ‘verdades’ nutricionais e as ‘tendências’, com o que estas têm de efémero e transitório, que surgem, na década de 80 do século passado, os alimentos funcionais.

Capítulo 2. Alimento funcional: uma panorâmica global

2.1 Definições de alimento funcional

As inseguranças e incertezas associadas aos crescentes riscos alimentares, o foco na prevenção das doenças crónicas pela adoção de estilos de vida saudáveis, a individualização da responsabilização do estado de saúde, os desenvolvimentos tecnológicos, e as identidades culturais e as dinâmicas profissionais de nutricionistas e dietistas, vieram sublinhar os significados simbólicos associados a cada opção alimentar (Ward, Coveney, & Henderson, 2010). Se até 1995 a indústria agroalimentar se focou sobretudo na redução de ingredientes ‘menos saudáveis’, como gorduras saturadas e açúcares, posteriormente a ciência alimentar tem procurado identificar e manipular os componentes biologicamente ativos, com potencial para intervenção terapêutica e consequente integração nos alimentos mais comuns (Crowe & Francis, 2013), recebendo significativos apoios financeiros como é o caso da Comissão Europeia que apoiou 47 projetos, num total de 150 milhões de euros (European Commission, 2010), com particular incidência nos designados alimentos funcionais (AF). O mercado global deste tipo de produtos, na forma de alimento ou bebida, obteve em 2013 vendas estimadas em 43,27 mil milhões de dólares, representando um incremento de 26,7% comparativamente com 2009 (Nutraceuticals World, 2015). Apesar da magnitude destes números o mercado cresceu a taxas inferiores aquelas verificadas no início do século devido aos efeitos conjugados da crise económica global e dos constrangimentos regulamentares e legais já que, em muitos países, os fabricantes são pressionados a apresentar sólida evidência científica que suporte as alegações de saúde veiculadas pelos respetivos produtos. Alguns dos sectores mais relevantes são a saúde digestiva (16 mil milhões de dólares) e a proteção cardiovascular (13,75 mil milhões de dólares) refletindo estes valores uma migração de consumos resultante de um afastamento, por parte dos consumidores, das crescentes fragilidades (ex. contestada evidência científica) apresentadas pelos suplementos alimentares, em muitos países a opção até agora preferencial (Nutraceuticals World, 2015).

É pois no contexto de insegurança nutricional e rápidas transformações sociais que no final dos anos 80 surgem os primeiros alimentos funcionais, situados entre o alimento e o

medicamento (Dubois, 1996), prometendo melhorias em funções fisiológicas específicas (Siegrist et al., 2008), contribuindo para a construção do que alguns autores designam de fenómeno “Bem-Estar”²⁴ o qual, sendo pluridimensional, encontra nos alimentos promotores de saúde uma das suas expressões (Lawrence & Burch, 2010). Ainda hoje não existe uma definição *standard* para os AF (Siró et al., 2008) já que muitos alimentos na sua forma natural têm efeitos fisiológicos para além do fornecimento de nutrientes. Entende-se como ‘funcional’ um alimento ao qual um componente tenha sido adicionado ou removido por meios tecnológicos, ou biotecnológicos, produzindo um efeito benéfico no estado físico dos indivíduos (Stein & Rodriguez-Cerezo, 2008:13). O conceito de alimento funcional foi promovido pela 1ª vez em 1984 por cientistas japoneses que estudaram a relação entre nutrição, satisfação sensorial, fortificação e modulação de sistemas fisiológicos, tendo o governo japonês atribuído, em 1991, um estatuto técnico-legal a uma nova categoria alimentar com alegações de saúde designada de FOSHU (Food for Specified Health Uses) dando origem a um símbolo próprio a ser colocado na rotulagem dos artigos aprovados com aquela finalidade (Siró et al., 2008), a um novo segmento de mercado do sector agroalimentar, e a um novo objeto de estudo tendo o tema surgido na literatura científica (MEDLINE) pela primeira vez em 1992 (Patch et al., 2004:23).

Apesar de múltiplas abordagens, não existe, até ao momento, uma definição unificada e globalmente aceite para este grupo de alimentos (Siró et al., 2008), coexistindo distintas formulações de acordo com a entidade²⁵. Segundo a definição da EU Concerted Action on Functional Food Science in Europe (FUFOSE), adotada nesta investigação como conceito operativo, considera-se alimento funcional aquele que afeta benéficamente uma ou mais funções no organismo, para além dos seus benefícios nutricionais, de forma a contribuir para um melhor estado de saúde e bem-estar e/ou para a redução do risco de doenças²⁶. Deve integrar um padrão alimentar normal e não compreende comprimidos, cápsulas ou qualquer outra forma de suplemento dietético. Outras definições menos prosaicas sugerem que alimentos funcionais são alimentos convencionais retrabalhados pelos cientistas alimentares para produzir um benefício suplementar àquele que já poderia ser associado com o produto de base (exemplo: fortificação de sumos de frutas com cálcio) (Lawrence & Burch, 2010) ou

²⁴ Wellness no original

²⁵ Academy of Nutrition and Dietetics (USA); International Food Information Council (IFIC); International Life Sciences Institute (ILSI); Health Canada; Japanese Ministry of Health, Labor, and Welfare

²⁶ In European Commission. Functional foods. Acessível em ftp://ftp.cordis.europa.eu/pub/fp7/kbbe/docs/functional-foods_en.pdf

uma variedade de alimentos que permitem ao consumidor prosseguir uma vida mais saudável sem alteração significativa dos seus hábitos alimentares (Bech-Larsen & Grunert, 2003). Para além desta heterogeneidade conceptual verificam-se, em particular na Europa, distintos padrões de aceitação e consumo, especialmente entre países do Centro e Norte e os países Mediterrânicos em consequência de diferentes padrões culturais e hábitos alimentares, nomeadamente a preferência dos consumidores do Sul por produtos naturais e frescos e a aceitação de que são melhores para a saúde (Siró et al., 2008). Os produtos funcionais têm sido desenvolvidos em quase todas as categorias alimentares (Quadro 1.2).

CONVENCIONAIS	MODIFICADOS	SINTETIZADOS
<p>Contêm naturalmente componentes bioativos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fruta, vegetais, cereais integrais, lácteos, peixe e carne <p>Exemplos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vitaminas e antioxidantes na laranja • Isoflavonas nos produtos à base de soja ▪ Probióticos nos iogurtes 	<p>Alimentos Enriquecidos ou fortificados com nutrientes / componentes bioativos habitualmente não disponíveis num alimento particular</p> <p>Exemplos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sumos de frutas fortificados com vitamina C; águas com fibras • Margarinas enriquecidas com esteróis vegetais • Ovos enriquecidos em ómega-3 (por via de alteração na alimentação das galinhas) ▪ Cereais de P. Almoço fortificados em vitaminas e minerais. 	<ul style="list-style-type: none"> • Componentes sintetizados industrialmente e que trazem benefícios ao nível da saúde. <p>Exemplos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Amido resistente e os FOS (frutooligossacáridos) com ação prebiótica.

Quadro 1.2 - Tipos proeminentes de alimentos funcionais
Adaptado de Academy of Nutrition and Diabetics, 2013; I. Siró et al., 2008

O significativo mercado dos alimentos funcionais compreende produtos fortificados, de uso quotidiano, tais como os iogurtes, leite, margarinas e cremes de barrar, água e sumos, cereais de pequeno-almoço e ovos, promovidos e consumidos enquanto instrumentos de intervenção e/ou regulação em diversos processos fisiológicos e sintomas como o trânsito intestinal, o colesterol elevado, a pressão arterial a estrutura óssea ou o sistema imunitário, podendo-se associar a alegações de saúde, pré-aprovadas, as quais se dividem entre as que descrevem um efeito positivo (benefício) e aquelas que prometem a redução do risco de uma doença (Lähteenmäki, 2013; 197). Os principais componentes bioativos adicionados, os quais contribuem para as características de “funcionalidade” de que passam a estar dotados os alimentos “normais” utilizados como “veículo”, são vitaminas, flavonoides, fibras, ácidos gordos ómega-3, minerais e culturas bacterianas constituindo os produtos lácteos o segmento mais expressivo no que respeita a oferta e consumo (Vicentin et al., 2016: 339).

Os AF tiveram na sua origem em estudos sobre a designada ‘função terciária dos alimentos’²⁷ entendida esta como a capacidade de modular os sistemas fisiológicos humanos (imunitário, endócrino, nervoso, circulatório e digestivo) tendo sido objeto, conforme menção anterior, de regulamentação especial, no que respeitam alegações de saúde, em 1991 (Ohama, Ikeda, & Moriyama, 2006) e integrando uma nova categoria alimentar. Ganhou, assim, uma nova expressão o fenómeno social contemporâneo de medicalização do alimento, ou “colonização do alimento pela medicina” (Maturó, 2012:130), conceito aqui entendido como a atribuição de propriedades terapêuticas aos alimentos e sendo estas promovidas, desde logo, no plano da publicidade, pela crescente associação a alegações de saúde (Zwier, 2009; Kim, Cheong, & Zheng, 2009). No Japão, aliás como em Portugal, mais de 60% dos AF distribuem-se por duas categorias: (i) controlo gastrointestinal (ex. iogurtes com *Lactobacillus* ou *Bifidobacterium* e fibras dietéticas) e (ii) controlo do colesterol/triglicéridos (ex. leites fermentados, esteróis vegetais e ácidos gordos Ómega 3) e são o resultado da investigação e desenvolvimento por parte das grandes companhias agroalimentares (Ohama et al., 2006). Apesar da pouca substantiva evidência, quanto aos seus reais benefícios, as promessas dos probióticos posicionam-nos entre as esferas médica e popular, expressando um reconhecido “biovalor”, aqui entendido como novas ofertas de saúde com valor de mercado (Watson et al., 2009), “legitimando”, por parte da indústria, que estes produtos apresentem um preço *premium* que nalguns casos pode atingir um acréscimo de 30-50% *versus* o produto comparativo não-enriquecido (I.Siró et al., 2008). Apesar da aceitação, por parte dos consumidores, de que estes produtos podem ter um preço superior, em consequência do seu percebido efeito salutogénico, não constituindo, no entanto, aquele, uma das principais determinantes quando comparado por exemplo com o tipo de alegações de saúde ou tipologia de enriquecimento presentes (Bech-Larsen & Grunert, 2003), este acréscimo deve ser limitado, sendo que o elevado regime de preços praticado pode explicar o limitado sucesso de muitos destes produtos na Europa (Siró et al., 2008), assim como a limitada distribuição inicial (nº de pontos de venda) e pouca variedade (Annunziata & Vecchio, 2011) a qual, no entanto, tem vindo a aumentar de forma significativa.

Pesquisa realizada na Europa revela que no que respeita a aceitação dos AF, para além dos seus atributos “terapêuticos”, é suposto que correspondam às expectativas dos consumidores quanto a sabor, conveniência, razoável relação custo-benefício, *design* atrativo e embalagem de prático manuseio (Stein & Rodriguez-Cerezo, 2008), sendo que se observa

²⁷ A função primária relaciona-se com a nutrição e a secundária com a satisfação sensorial.

uma maior e mais condescendente aceitação das alegações de saúde quando estas surgem associadas a um produto (veículo) com uma bem estabelecida imagem positiva de saúde (ex. iogurte) (Siegrist et al., 2008; Kleef et al., 2005). Apesar da muito limitada informação disponível, sobre a relação custo-benefício ou a eficácia clínica associada às alegações preventivas dos AF nos países desenvolvidos (Stein, 2008:49), admite-se que a adesão a esta tipologia de produtos se baseia em processos de avaliação individual do risco de contrair uma doença, ou deteriorar um estado de morbidade, sem que tal implique uma alteração significativa dos respetivos hábitos alimentares (Bech-Larsen & Grunert, 2003). A este propósito, alguns autores procuraram comparar os processos cognitivos associados aos mecanismos de aceitação, por parte dos consumidores, dos AF e dos alimentos orgânicos, outra tipologia de alimentos associados á modernidade e em franco crescimento no mercado alimentar europeu, tendo concluído que a aquisição dos alimentos orgânicos tem como base uma atitude emocional, associando aqueles alimentos com o conceito de ‘natureza’ e ‘naturalidade’, enquanto a decisão de compra dos AF se relaciona com a racionalidade e a associação a uma abordagem tecnológica (Kahl et al., 2012) e admissão do seu potencial salutogénico (Van Buul & Brouns, 2015; Nunes, 2000). Em forma de síntese importa referir duas publicações de revisão sobre esta temática as quais, datadas de 2012 e 2017, ajudam a traçar um quadro global sobre a diversidade das atitudes dos consumidores no que respeita os AF. O estudo de Özen et al. constitui uma revisão sistemática de 23 estudos. Baseando-se num conceito alargado de alimento funcional, não uniformemente aceite por vários autores (Özen et al., 2012:479), podendo este ser um alimento natural, ou alterado por adição/remoção/modificação de um componente específico, contempla publicações que consideraram, entre outros: leite magro, chá preto, frutas e vegetais. Sendo que sexo, idade, nível educacional e condição de saúde podem, cada uma destas variáveis, predizer o consumo de AF não foi possível obter conclusões generalizáveis quanto a padrões. As conclusões revelam um quadro difuso sendo que alguns estudos revelam: (i) um maior interesse por parte das mulheres; (ii) um maior nível educacional sendo que este é um elemento associado, de *per se*, a opções alimentares mais saudáveis não sendo portanto possível atribuí-lo exclusivamente aos alimentos funcionais; (iii) consumidores mais velhos naturalmente mais envolvidos em processos curativos ou preventivos (Özen et al., 2012:478). Verificou-se a maior uniformidade de resultados na correlação encontrada entre a presença de doença cardiovascular e o consumo de produtos para redução do colesterol (Özen et al., 2012:478) eventualmente reveladora do papel legitimador das alegações de saúde habitualmente expressas na promoção desta tipologia de produtos. O estudo mais recente foi publicado em

Maio de 2017 (Kaur & Singh, 2017) e tomou como base uma *pool* de 1366 resultados publicados entre os anos 1975 – 2016. Um processo de sucessivas triagens resultou em 112 estudos, cobrindo o período 2002-2016, sendo 60% com origem europeia. Procurando captar a diversidade de variáveis associadas ao consumo de um objeto tão poliédrico, nas respetivas dimensões, os autores produziram um modelo de referência identificativo das componentes das 4 determinantes no comportamento dos sujeitos face ao AF. Identificaram 61 fatores relevantes agrupados em ‘Pessoais’ (24); ‘Psicológicos’ (15); ‘Culturais e Sociais’ (7) e ‘Relacionados com o produto’ (15). Uma análise detalhada dos resultados revelou as já esperadas convergências e desalinhamentos:

- Níveis de escolaridade e rendimento mais elevados são associados a um comportamento positivo mas os resultados variam no caso da idade e sexo.
- Se é positiva a associação entre consumo de AF e preocupações/motivações relativas à saúde os resultados são menos consistentes quanto aos fatores preço, gosto e marca.
- A possibilidade de aceitação aumenta se o médico ou o nutricionista forem a fonte de informação sendo que o consumo é muito influenciado pela localização geográfica e estatuto social.
- Verificam-se diferentes resultados no que respeita a relação entre o componente funcional e o produto-base sendo no entanto generalizada a falta de confiança na informação constante dos rótulos e da responsabilidade dos industriais.

O futuro destes produtos é, de algum modo, incerto já que depende da relação: alegações de saúde – evidência científica – aprovação pelas entidades reguladoras. A Comissão Europeia procurou identificar as principais tendências, estímulos e incertezas associadas à nutrição e segurança alimentar no horizonte de 2050, sendo consideradas, no âmbito das atitudes e comportamentos do consumidor, a diversificação e polarização das dietas e estilos de vida e no âmbito das novas tecnologias na cadeia alimentar, a crescente medicalização do alimento, assim como as novas formas de que este se pode revestir (European Commission, 2013:9). Foram considerados 9 macro cenários, sendo o 6º dedicado ao consumo generalizado de alimentos funcionais de alta tecnologia (EC, 2013:15). Processos de cenarização a tão longo prazo correm o risco de oscilar entre a futurologia e a especulação recomendando as devidas reservas na sua análise embora, no caso vertente, se reconheça a pertinência da fundamentação. Assim o cenário 6 assume como realista a circunstância de que em 2020 existirá um robusto corpo de evidência científica para sustentar as alegações de

saúde dos alimentos funcionais em particular no que respeita a manutenção do estado de saúde, redução do risco de obesidade e doenças crónicas relacionadas com o regime alimentar, o que terá como consequência a respetiva aprovação por parte das entidades regulamentares. Tal incremento da oferta disponível (legitimada) refletir-se-á na adoção dos AF por parte de muitos consumidores europeus em meados de 2030. Esta antecipada expressão social e de mercado dos AF resultará igualmente da crescente prevalência de doenças associadas à obesidade, da disseminada aceitação do regime de dependências entre dieta e saúde e dos elevados custos dos cuidados de saúde. Em 2050 as fronteiras entre alimentos processados, de forma tradicional, e os alimentos funcionais terão desaparecido (EC, 2013:16) como resultado, de entre outras causas, de uma elevada integração da indústria agroalimentar com instituições de investigação alimentar. Numa lógica que poderíamos designar de ‘pendular’ considera o relatório da C. Europeia que a utilização generalizada de AF terá sérias repercussões no consumo de hortícolas e frutícolas frescas e no incremento de reações adversas e contrafação dos AF; em consequência, na União Europeia, os apelos ao regresso a alguma forma de protecionismo alimentar e aos alimentos convencionais (re)ganharão significativa expressão social.

2.2 Formas de regulação e acesso

Tendo surgido há mais de 30 anos este grupo de produtos não conseguiu impor-se, à exceção do Japão, como categoria regulamentar, encontrando-se em processo de permanente (re)definição (Martirosyan & Singh, 2015:209), em parte por integrar uma autêntica nebulosa de conceitos (Özen et al., 2012:472). Procurando legitimação na afirmação ‘fundadora’ de que muitos alimentos ‘*in natura*’ já cumprem papéis funcionais (ex. incorporando vitaminas) a indústria alimentar contribuiu para tornar difusas as fronteiras entre alimentos ‘normais’ e processados sendo que a procura de inovação e posicionamento, comercialmente diferenciador, por parte daquela tem gerado uma proliferação de nomenclaturas e termos nutricionais (Martirosyan & Singh, 2015:213).

O termo ‘alimento funcional’ é, segundo alguns autores, na sua essência um termo de marketing e geralmente não é reconhecido pela legislação (Serafini et al., 2012) ou por associações profissionais, como é o caso da American Dietetic Association que expressa que o termo não integra qualquer idioma regulatório (Hasler & Brown, 2009: 735). Não tendo este conceito uma definição unânime, internacionalmente aceite, são conhecidas as definições propostas por sete entidades (Crowe & Francis, 2013; Martirosyan & Singh, 2015):

“Academy of Nutrition and Dietetics (USA); International Food Information Council (IFIC); International Life Sciences institute (ILSI); Institute of Food Technologists; European Commission; Health Canada and the Japanese Ministry of Health, Labour and Welfare”. A dificuldade na definição do conceito expressa-se na proliferação de nomenclaturas que, em muitos casos, se apropriam de terminologia medicalizada como os ‘suplementos alimentares’ ou os ‘nutracêuticos’. A título de exemplo tome-se este último o qual se associa a qualquer componente bioativo que ofereça um benefício de saúde, muitas vezes sob a forma de suplemento alimentar, enquanto o alimento funcional é, na sua essência, exclusivamente um alimento (Crowe & Francis, 2013). De facto, a ambiguidade conceptual que envolve os AF reflete-se na dificuldade taxinómica dos mesmos e na proliferação de expressões que procuram capturar a pluralidade das dimensões que lhe são associadas e que são plasmadas na versatilidade das expressões anglo-saxónicas: “designer foods, nutritional foods, pharma-foods, super foods, medical foods, precriptive foods and therapeutic foods” (Sheeshka & Lacroix, 2008:119). A paleta de referências associadas aos AF cobre um largo espectro indo da componente alimentar (“super foods” – super alimentos e “nutritional foods” – alimentos nutritivos) a qual valoriza o valor acrescentado destes produtos pelo contributo dos seus ingredientes intrínsecos, passando pela componente tecnológica (“designer foods” – alimentos desenhados/’Projetados’) a qual valoriza o exercício criativo e transformativo, à componente terapêutica (“therapeutic foods” – alimentos terapêuticos) a qual valoriza a finalidade de uso, mas deixa em aberto o regime de utilização, finalizando na componente prescritiva (“medical foods; prescriptive foods” – alimentos medicalizados) a qual assume a utilização dos AF sob estrito controlo pericial, nomeadamente médico (Hasler & Brown, 2009:737).

A consagração de uma definição, universalmente aceite, tem mobilizado os esforços de várias organizações, e de entre elas a Academic Society for Functional Foods and Bioactive Compounds (ASFFBC)²⁸ a qual junta médicos, cientistas, organismos governamentais americanos, nutricionistas e representantes da indústria. Os seus esforços vão no sentido de obter legitimação científica para o papel benéfico dos micro e macronutrientes presentes nos alimentos, quando em doses clinicamente testadas pela utilização de bio marcadores, naquela que é uma abordagem assumidamente medicalizada, enquanto merecedora do ‘respeito’ e certificação das entidades regulamentares, sendo tal evidente na evolução dos distintos conceitos, desde aquele formalizado no Japão na década de 80 do século passado até aquela proposta pela ASFFBC (Fig. 1.2).

²⁸ http://functionalfoodscenter.net/Academic_Society_ASFFBC.html

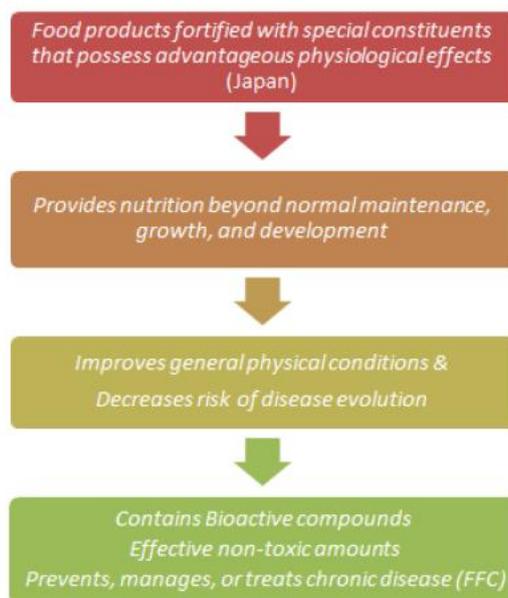


Figura 1.2 - Desenvolvimento das definições de alimento funcional

Fonte: Martirosyan & Singh, 2015:218

O Japão foi o primeiro país a regular a utilização de alimentos especialmente desenvolvidos para promover a saúde, ou reduzir o risco de doença, sendo que na Europa foi a Suécia o primeiro país a regular alegações de saúde nos alimentos (Landström, 2008). O AF localizava-se no início do século XXI, segundo alguns autores, numa zona de transição entre o alimento e o medicamento, cada entidade com jurisdições e regimes regulatórios distintos, pelo que emergia uma espécie de zona cinzenta com elevado nível de incerteza (Menrad, 2003:186). Na União Europeia a harmonização teve lugar com o “*Regulation (EC) N. 1924/2006 on Nutrition and health claims made on foods*”²⁹ o qual determina autorização prévia, à presença no mercado, de todas as alegações de saúde as quais devem ter como suporte uma clara evidência científica certificada pela EFSA (European Food Safety Authority). Nos EUA os alimentos são regulados pela Food and Drug Administration (FDA) com base em legislação de 1938, de acordo com a respetiva ‘intenção de uso’, e legislação de 1990 sobre alegações nutricionais e de saúde, consideradas suficientes, pelo que não existe regulamentação específica para os AF. A alegação de saúde submetida a autorização tem se enquadrar nas 16 legalmente previstas para as 6 categorias permitidas (risco de dermatite atópica, risco de cancro, risco de doença cardiovascular, função cognitiva, diabetes e hipertensão), respeitar a linguagem específica aprovada para a alegação e basear-se em sólida

²⁹ Official Journal of the European Union L12, 18.01.2007(EN). Esta legislação entrou em vigor em Julho de 2007

evidência científica, em particular na demonstração da biodisponibilidade e eficácia dos compostos funcionais fisiologicamente alcançados no âmbito de um regime alimentar típico (Crowe & Francis, 2013). Em Portugal, e até 2013, os AF continham na respetiva rotulagem, e exibiam na publicidade, as mais variadas alegações de saúde (exemplo: “Os cereais X, ricos em hidratos de carbono complexos e sem açúcares, promovem a sensação de saciedade, ficando satisfeito durante mais tempo.”). O Regulamento (UE) N. 432/2012 da Comissão Europeia³⁰, aplicável a partir de Junho de 2013, estabelece uma lista de 230 alegações de saúde permitidas, referentes a alimentos, nutrientes e componentes com ação funcional, proibindo todas aquelas presentes na rotulagem, apresentação ou publicidade, de alimentos não conformes com as normas propostas. O regulamento estabelece como alegação de saúde “qualquer alegação que declare, sugira ou implique a existência de uma relação entre uma categoria de alimentos, um alimento ou um dos seus constituintes e a saúde” diferenciando-a da alegação nutricional: “qualquer alegação que declare, sugira ou implique que um alimento possui propriedades nutricionais benéficas particulares”. As alegações nutricionais e de saúde devem preencher as condições seguintes:

- A presença, a ausência ou o teor reduzido de um nutriente ou de uma substância que seja objeto da alegação deve ter um efeito nutricional ou psicológico benéfico e cientificamente comprovado;
- O nutriente ou a substância objeto da alegação está presente em quantidade suficiente para produzir o efeito nutricional ou psicológico descrito;
- O nutriente ou a substância objeto da alegação está presente sob uma forma diretamente consumível;
- As condições específicas de utilização devem ser respeitadas; por exemplo, a substância ativa (vitaminas, fibras, etc.) deve estar presente em quantidade suficiente para ter efeitos benéficos no alimento;

A lista de alegações é passível de atualização na justa medida em que a EFSA aceita a solidez científica de novas alegações propostas (exemplo o Regulamento (EU) N.º536/2013 em Junho, com a introdução de mais 6 alegações perfazendo estas um total de 236). A Figura 2.2 exemplifica a distribuição das 22 Alegações aprovadas em 2012 tomando como suporte 68 Nutrientes/substâncias.

³⁰ Regulamento (UE) N. o 432/2012 da Comissão de 16 de Maio de 2012. Disponível em <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2012:136:0001:0040:PT:PDF>

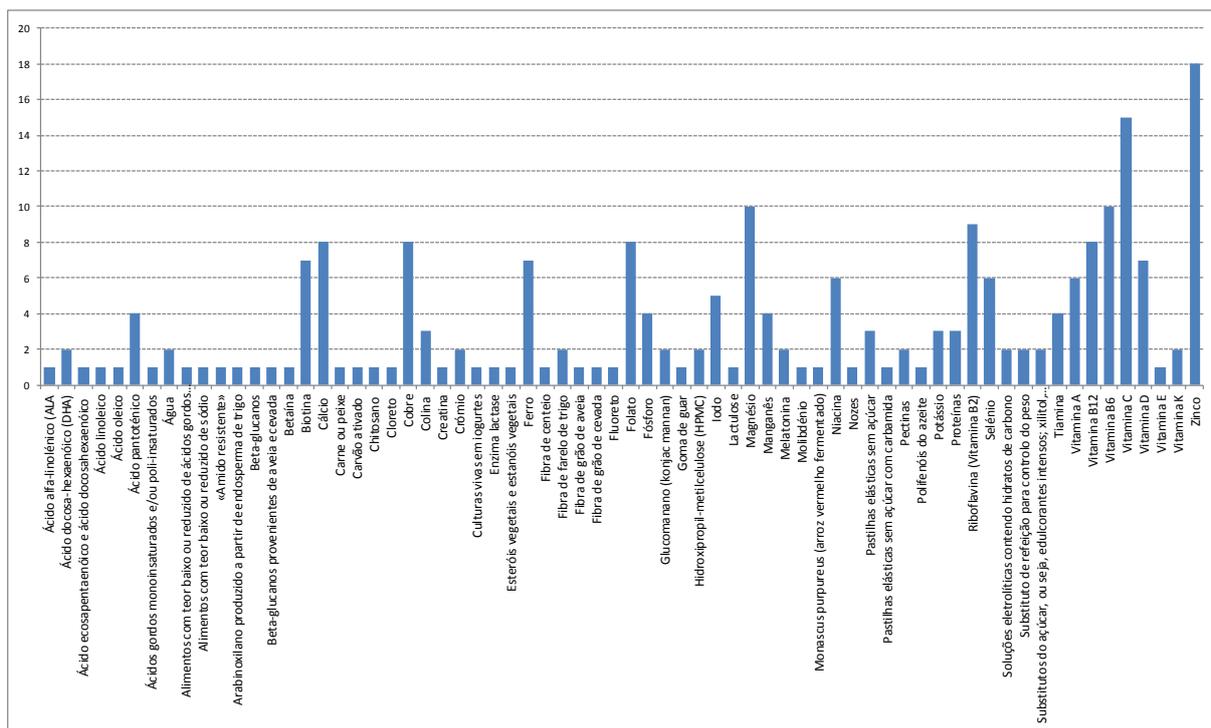


Figura 2.2 - Alegações de saúde aprovadas

Fonte: EU Regulamento 432/12. Jornal oficial da União Europeia, 25.05.2012

Um desafio crítico, no que respeita a conexão alegações de saúde – alimento funcional, é a frágil capacidade de substantiação de alegações de saúde, baseadas na decifração de uma clara relação causa-efeito, em particular no território alimentar marcado por uma complexa variabilidade fisiológica individual (Hasler & Brown, 2009:744).

As alegações de saúde cumprem, de facto, um duplo papel: instrumento de regulação de um mercado fértil de subtilezas e engenhosidade na comunicação de benefícios com sonoridade terapêutica e preenchido por produtos com estatuto híbrido ou difuso e, em paralelo, suporte ao processo de decisão por parte de sujeitos confrontados com a necessidade de alinhar as respetivas expectativas, quanto a ganhos de saúde, bem-estar e/ou performance, com a finalidade de uso, garantida ou perçecionada do produto ingerido. Vasta pesquisa internacional tem evidenciado que os consumidores reconhecem utilidade às alegações de saúde, desde que adequadamente regulamentadas (Williams & Ghosh, 2008:S89). As alegações de saúde constituem o que poderia ser designado de “conforto cognitivo” semelhante ao que resulta da confirmação que a embalagem do medicamento que é usado contém as indicações terapêuticas para a finalidade de uso pretendida/prescrita. Duas das mais significativas tendências de consumo da atualidade, nomeadamente os alimentos funcionais e

biológicos, partilham entre si a natureza credencial pois os sujeitos não conseguem experienciar, diretamente, os prometidos benefícios (Vecchio, et al., 2016: 369). Pesquisa inovadora quanto à metodologia utilizada (leilão) revelou que o incremento de informação providenciado pelas alegações pode, só por si, aumentar a disposição para pagar um preço mais elevado por um alimento funcional. Comparando a elasticidade de preço de um iogurte normal, um iogurte funcional e um iogurte biológico verificou-se que os participantes no estudo estavam, inicialmente, dispostos a pagar 1,84€ por um iogurte biológico comparativamente com 1,38€ para o iogurte funcional. O acréscimo de uma alegação de saúde no rótulo do iogurte funcional resultou na disposição em pagar mais 36% do que o preço inicial (mais 49 cêntimos – 1,87€) enquanto para o iogurte biológico a informação extra adicionada no rótulo quanto ao processo de produção somente aumentou em 6% (para 1,95€) a disponibilidade para pagar um preço mais elevado (Vecchio, et al., 2016:373;375). Se é verdade que estes resultados, entre outros, podem implicar que alegações de saúde persuasivas podem constituir um fator-chave no sucesso do marketing dos alimentos funcionais (Williams & Ghosh, 2008:S91) revelam, igualmente, a valorização cognitiva atribuída a uma chancela que aporta credibilidade e um valor extra ao alimento funcional.

2.3 Principais marcas em Portugal: história e retóricas

Também neste segmento de mercado a localização periférica de Portugal se refletiu numa distância temporal entre o lançamento dos AF nos principais mercados europeus e no nosso país. Apesar de tal circunstância, na generalidade dos casos, as principais marcas (originárias de companhias multinacionais) mantiveram as suas designações originais e socorreram-se das técnicas publicitárias mais eficazes i.e. a promoção de alegações de saúde, nutricionais ou específicas de um nutriente, diferenciando-se da publicidade efetuada para os alimentos hedónicos a qual valoriza, predominantemente, o sabor (Kim et al., 2009:546) e, igualmente, de retóricas suportadas em lógicas de verosimilhança, autoridade e gratificação. Interessante verificar que, no caso das margarinas e cremes para barrar, a abordagem é dual combinando alegações de saúde (“bom para o “coração”) com referências organoléticas (“sabor a manteiga”) (*conf.* Anexo A 6.2). Este processo é facilitado, na generalidade dos casos, pelas ressonâncias terapêuticas induzidas pelas marcas (Quadro 2.2). A publicitação de alegações de saúde seja numa lógica de construção de legitimação social, ou enquanto ferramenta paternalista para amedrontar e manipular os consumidores e, em consequência, sufocar a esfera pública, é colocada ao serviço de dois objetivos nomeadamente a promoção das

ciências biomédicas, enquanto fonte de autoridade, e alimentar um mercado fluorescente (Heer, 2002:76).

Nome Comercial	Produto	Mensagens na Embalagem	Ressonâncias Terapêuticas
Actimel	Leite fermentado	Contém vitamina B6 que ajuda as tuas defesas e vitalidade	ACTImel Ativo
Actívia	Iogurte	Bifidus Actiregularis	ACTÍvia Ativo
Becel ProActiv	Creme vegetal para barrar	Reduz ativamente o colesterol	Becel PROATIV Pro-atividade
Benecol	Leite fermentado	Provado que reduz o colesterol	Bene COL Colesterol
Danacol	Leite fermentado	Com esteróis vegetais que reduzem o colesterol	Dana COL Colesterol
Nutrégi	Iogurte	Antioxidantes 43mg de polifenóis por copo Desenvolvido por Nutricionistas	NUTRÉGI Regime nutricional
Tunacol	Atum	Combate o colesterol Atum com isoflavonas	Tuna COL Colesterol

Quadro 2.2 - Principais Marcas de alimentos funcionais presentes em Portugal

Becel

Este é um produto com uma trajetória semelhante a outros alimentos, hoje, emblemáticos da modernidade alimentar (ex. Coca Cola): surge no balcão da farmácia e, em função do seu antecipado potencial comercial, ‘migra’ para o *mass market* (retalho massificado). A Unilever criou, em 1960, um creme vegetal com alto teor de gordura polinsaturada em resposta a solicitações da comunidade médica holandesa para o desenvolvimento de uma alternativa alimentar à manteiga e à banha³¹. Foi assim erigida uma gigantesca indústria assente na ironia da destruição da reputação da manteiga e posterior reprodução da de alguns dos seus atributos (textura, cor e sabor)³². A marca tem origem no projeto B-C-L (Blood Cholesterol Lowering, em português “diminuição do colesterol sanguíneo”) e foi inicialmente comercializada nas

³¹ Acessível em: <http://mundodasmarcas.blogspot.pt/2006/05/becel-combate-o-colesterol.html>

³² Acessível em: <http://www.zoeharcombe.com/2013/01/the-british-heart-foundation-flora-pro-activ-an-unhealthy-relationship/>

farmácias, sob prescrição médica, e posteriormente, em 1962, na generalidade do retalho. Chegou a Portugal em 1969. A Becel ProActiv, lançada em 1999, é um creme vegetal enriquecido com fito esteróis vegetais tendo sido o primeiro alimento funcional a obter aprovação regulamentar na EU. Procurando responder às atuais tendências de consumo foi colocada no mercado a variante Becel Vegan (ainda não comercializada em Portugal), sem qualquer elemento de origem animal e enriquecida com vitaminas D,A e E.

Activia

Originalmente comercializado, pela Danone, em França, em 1987, com a designação BIO trata-se de um iogurte ao qual, para além das bactérias presentes nos produtos tradicionais, foi adicionado um bacilo com o potencial de incrementar a velocidade do trânsito intestinal. Cada pote de ACTIVIA contém mais de 4 mil milhões de Bifidobactérias *Actiregularis* presentes em 25 variedades. Tendo as vendas ficado aquém das expectativas, e sido a marca forçada a retirar, por força de um regulamento europeu, a designação “Bio”, reservada unicamente aos produtos com origem em produção biológica, foi relançado em 1997 com o nome ACTIVIA o qual deriva do latim *activus* (ativo; que age sobre o corpo). Dirigindo-se, primordialmente, a um público feminino, e em particular a mulheres ativas (formato bebível permite utilização mais versátil) e empenhadas em obter ganhos de saúde e bem-estar, imediatos, a comunicação valoriza a respetiva natureza de ‘Probiótico’ e o conceito de ‘bactérias amigas’ que lhe está associado, mobilizando figuras públicas como ‘embaixadoras’ do produto. Os Probióticos parecem evidenciar um elevado bio-valor (Crawford et al., 2010:746) atendendo-se à circunstância de ser um dos alimentos funcionais mais consumidos em todo o mundo e igualmente em Portugal. As técnicas retóricas utilizadas exploram discursos de resiliência e vulnerabilidade (Crawford et al., 2010:746), contextos de causalidade e mundanidade e linguagem e imagética técnicas.

Actimel

Este é um leite fermentado o qual, para além dos 2 fermentos tradicionais do iogurte, integra o *L. Casei* desenvolvido pela Danone tendo – lhe sido adicionado, ainda, as vitaminas D e B6 com intervenção no reforço do sistema imunitário. Lançado na Bélgica, em 1994, guardou o nome flamengo original Actieve Melk, “leite ativo”. Evoca um produto doce e com propriedades terapêuticas como o mel e destinado a recuperar energia. Rodeado de polémicas

(2008, 2010), em particular com a EFSA (Autoridade Europeia de Segurança Alimentar), quanto às alegações de saúde que publicita, é ativamente publicitado na lógica de um produto suplementar (melhorar defesas do organismo) e não concorrente com outros iogurtes da Danone (ex. Activia – controlo do trânsito intestinal)³³. Apesar do ceticismo da comunidade científica, perante a fragilidade das evidências exibidas, o produto impôs-se pela força da comunicação investida na componente emocional revelando processos de reflexividade que incorporam a influência das técnicas de persuasão utilizadas pelo marketing com base em meta-narrativas, revestidas de linguagem pseudocientífica e codificada (entidade *L. Casei* é rodeada de mistério), sendo consumidas, em mais de 30 países, 7,2 milhões de garrafas/dia.³⁴ Remetendo para apropriações simbólicas associadas ao misticismo das poções mágicas transmutadas, no caso presente, para o poder quase “sobrenatural” de aditivos misteriosos, invisíveis a “olho nu”, e resultado de uma tecnologia também ela ‘misteriosa’, este é um produto típico, segundo alguns autores, de “um mundo de uma tecnologia, cada vez mais sofisticada, manipulada por ‘aprendizes de feiticeiro’” prontos a sacrificar as leis da natureza no altar da produtividade e do lucro” (Poulain, 2017[2002]:6). O processo de alteração da natureza em resposta a necessidades nutricionais, reais ou fabricadas, é hoje um facto social reconhecido pela própria indústria alimentar que questiona se existe um limite para a ‘desnaturação’ das matérias-primas e no limite para a ‘desnaturação’ do alimento³⁵.

Benecol

Este produto é um creme vegetal comercializado em 1995 na Finlândia. Contém estanois vegetais e alegações, aprovadas, de redução ativa do colesterol. A marca Benecol (Bene = bom + Col de colesterol)³⁶ foi desenhada para provocar uma associação imediata com a sua finalidade de uso. É o alimento funcional que mais se aproxima do medicamento pela conjugação do efeito dosagem (entre 1,5-2,4g de estanois vegetais), limitação temporal quanto á ingestão (2-3 semanas) e decréscimo contabilizado na redução do colesterol (aprox. 7-10%) sendo recomendado pela Sociedade Finlandesa de Medicina Interna para a prevenção

³³ Acessível em: http://www.lexpress.fr/informations/danone-dope-a-l-actimel_633590.html

³⁴ Acessível em:

https://www.actimel.pt/historia?utm_source=google&utm_medium=cpc&utm_campaign=Actimel-Brand&utm_term=actimel&utm_content=Actimel

³⁵ Acessível em:

https://www.alimentarium.org/en/system/files/atoms/files/Press_Dossier_EN_2017_mail-DEF.pdf

³⁶ Acessível em: www.benecol.ie/about-us

primária e secundária da doença coronária (Simojoki, et al., 2004:63). Sendo um dos mais antigos alimentos funcionais comercializado, na Europa, integra muitas publicações dedicadas á exploração analítica das dimensões de aceitabilidade dos AF, em particular entre as populações escandinavas (Niva & Mäkelä, 2007; Bech-Larsen & Grunert, 2003; Simojoki, et al., 2004).

2.4 O Mercado

Somente na Europa (EU-27) o mercado alimentar constitui o 2º mais importante sector depois do metalúrgico, integra aproximadamente 310.000 empresas, emprega mais de 4 milhões de pessoas (14% da força laboral do sector industrial) e gera vendas anuais na casa dos 917 mil milhões de euros³⁷. Depois da fábrica é o laboratório que hoje substitui o agricultor (Dubois, 1996) cabendo igualmente um papel destacado ao retalho alimentar (cadeias de hiper e supermercados) na construção deste novo mercado já que ao desenvolver as suas marcas próprias, força o sector agroalimentar, de forma a manter-se competitivo, a reconfigurar a sua atividade, de fornecedores de produtos alimentares tradicionais para produtos bio-manipulados com elevada componente tecnológica, alegando benefícios supostamente geradores de um estado geral de maior equilíbrio nutricional e com isto procurando reposicionar-se como parte integrante de uma nova indústria do “Bem-estar” (Lawrence & Burch, 2010). São, de facto, significativos o investimento e atenção que o retalho alimentar, e os fabricantes, têm dedicado ao tema, com a validação da comunidade científica:

- O hipermercado, enquanto território de eleição da oferta alimentar, procura evoluir para se transformar numa plataforma interventiva na gestão integrada da saúde dos consumidores, (Monteiro, 2010) nomeadamente sofisticando a sua oferta, sobretudo no que respeita os produtos funcionais, com alternativas biológicas, orgânicas e “naturais” e propondo novas abordagens (ex. alimentos exóticos provenientes de geografias e culturas distantes).
- No que respeita a indústria, desde que o uso dos probióticos³⁸ foi institucionalizado (FAO, 2001), sublinha-se o interesse que as multinacionais dedicam ao tema, das quais como exemplo, se referem a Danone, Unilever ou Nestlé. Esta última concentra

³⁷ Acessível em: http://ec.europa.eu/enterprise/sectors/food/index_en.htm

³⁸ Os probióticos segundo a definição da Food and Agricultural Organization (FAO) são “micro-organismos viáveis que, quando ingeridos em quantidades adequadas, podem promover benefícios na saúde do organismo”

recursos comunicacionais e de investigação no conceito “Nutrição, Saúde e Bem-Estar” sob o lema: “Good Food, Good Life”³⁹. Identificada como direção estratégica, propõe-se a Nestlé capacitar os consumidores para poderem efetuar opções saudáveis, no que respeitam os alimentos e bebidas, sendo que a Danone é a percursora do desenvolvimento de produtos lácteos enriquecidos com o lançamento do Activia, em 1987, para a regulação do trânsito intestinal.⁴⁰

Importa sublinhar que, no que respeita a Portugal, nos últimos 5 anos verificou-se um assinalável crescimento na variedade de alimentos funcionais comercializados e respetiva distribuição. A título de exemplo, os iogurtes com *Bifidus*, um dos mais representativos produtos funcionais, têm ocupado um significativo lugar no leque de escolhas alimentares dos portugueses já que, de acordo com estudos de mercado disponíveis⁴¹, no acumulado do ano 2013 corresponderam a um volume de vendas de aproximadamente 45 milhões de euros, no conjunto dos Hiper e Supermercados, ocupando a posição 25^a na lista das 50 categorias com maior peso nas compras dos consumidores e 20^a no que respeita os produtos alimentares (não integrando no entanto tal ranking, quando é analisado o mercado em unidades, refletindo o seu preço mais elevado), valor próximo daquele verificado no final de 2016 (23^o posição e vendas de 45,5 milhões de euros). A quebra no rendimento disponível e do índice de confiança dos consumidores ao longo dos anos recentes, e o conseqüente processo de escolhas alimentares, provavelmente ajudam a explicar a queda em unidades verificada desde 2012 somente revertida a partir de 2015, para a totalidade dos iogurtes funcionais (Fig. 3.2) colocando interrogações quanto à futura evolução destes produtos, na justa medida em que o preço destes produtos se afirma como uma significativa determinante no acesso aos mesmos.

No plano global, no entanto, parece imperar o otimismo. De acordo com um estudo de mercado canadiano, de referência nesta área⁴², 81% dos inquiridos (executivos da indústria) acreditavam num significativo desenvolvimento deste mercado no período 2014-2016, baseado: na crescente adoção de uma visão holística por parte dos consumidores, no que respeita uma vida saudável; crescente notoriedade das qualidades nutricionais dos produtos

³⁹ Acessível em www.nestle.com/NHW/Pages/NHW.aspx

⁴⁰ Em 1996 foi lançado o Actimel que contribui para reforçar as defesas naturais do organismo e em 2004 o Danacol para ajudar à redução do “mau colesterol”

⁴¹ A.C. Nielsen

⁴² “Global Functional Food Survey: Trends and Insights 2014-2016. Acessível em: <http://www.rnrmarketresearch.com/global-functional-food-survey-trends-and-insights-2014-2016-market-report.html>

funcionais e respetivo potencial na melhoria da saúde e bem-estar; e na necessidade de atrasar o surgimento das doenças crónicas e aumento da esperança de vida da população. Não deixam no entanto de sublinhar que o sucesso depende, em larga medida, da capacidade dos fabricantes de “educar” os consumidores de que os benefícios dos produtos suplantam o respetivo custo, o qual deverá acomodar os condicionalismos do atual clima económico; existindo as condições objetivas adequadas, importa otimizar as condições subjetivas, relevando a importância das perceções enquanto catalisador da ação individual.

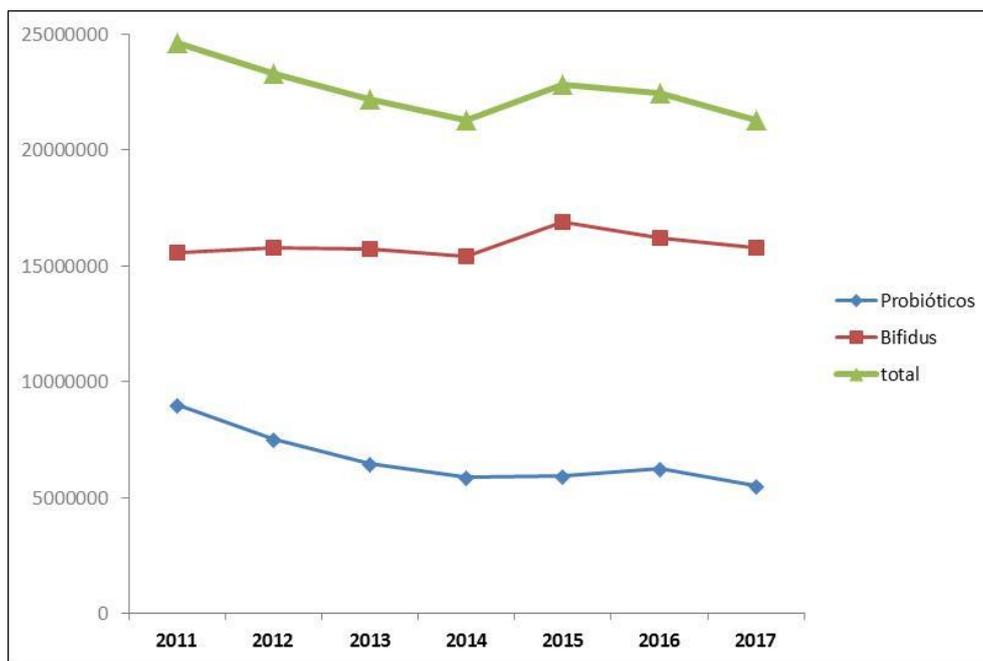


Figura 3.2 - Evolução das vendas, em unidades, dos iogurtes funcionais em Portugal (2011-2017)

Fonte: Nielsen, Market Track; vendas em Hipers + Supermercados

As recomendações deste relatório consagram uma clara orientação estratégica futura, para os fabricantes:

- Gestão do peso (Obesidade) e saúde cardiovascular serão os dois principais vetores que influenciarão o crescimento do mercado
- Os jovens adultos (25-34 anos) serão o principal grupo demográfico responsável pelo crescimento do mercado
- Os EUA e a China serão as áreas geográficas com maior dinamismo
- A maior procura residirá nas bebidas para energia/desporto, barras energéticas e de cereais e sumos, produtos com Ómega 6, probióticos e fibras dietéticas

- A procura de alimentos e bebidas funcionais nos hipermercados e supermercados ultrapassará aquela verificada nas lojas especializadas
- A intervenção das autoridades reguladoras será relativamente moderada
- É expectável um significativo crescimento das vendas online
- Programas de educação dos consumidores constituirão a estratégia mais eficaz para garantir a expansão do mercado
- Importância dum a etiquetagem clara e intenso marketing das marcas
- As redes sociais constituirão o principal canal de comunicação para estes produtos

A possibilidade dos AFs veicularem alegações de saúde tem constituído um fator-chave para o desenvolvimento desta categoria (Vicentini et al., 2016: 339) sabendo-se como aquelas, em combinação com a presença de ingredientes funcionais reconhecidos, podem influenciar, positivamente, a intenção de compra dos AFs (Van Buul & Brouns, 2015). As alegações nutricionais e de saúde atuam assim, em simultâneo, como instrumento regulador e delimitador das reivindicações terapêuticas, a poderem ser invocadas pela indústria, e ferramenta de marketing enquanto legitimadora das promessas endereçadas aos consumidores e, em consequência, influenciadora dos processos de decisão dos consumidores no que respeita o comportamento alimentar. Em resultado das assimetrias regulamentares a disseminação destes produtos conhece distintos gradientes com uma maior proeminência na América do Norte, Japão e região Ásia-Pacífico e menor presença na Europa em consequência da robusta evidência científica requerida, aos fabricantes, para demonstração dum evidente relação entre um determinado ingrediente e um benefício de saúde resultante da respetiva ingestão. Assiste-se, no entanto, quanto ao futuro desenvolvimento desta tipologia de produtos, a previsões não coincidentes, as quais refletem o extraordinário ritmo das mudanças verificadas na arena alimentar e nos perfis de consumo. Algumas instituições preveem um crescimento sustentado desta tipologia de produtos com numerosos relatórios a estimarem que as vendas possam atingir três biliões de dólares no ano 2020⁴³ competindo, por

⁴³ Nutraceuticals & Functional Foods Report. Recuperado de <http://www.hexaresearch.com/research-report/functiona-food-industry/#>. 1 bilião é igual a 10 elevado a 12

sua vez, num mercado global de saúde e bem-estar o qual pode valer um trilião de dólares⁴⁴ já em 2017 (Fig. 4.2).

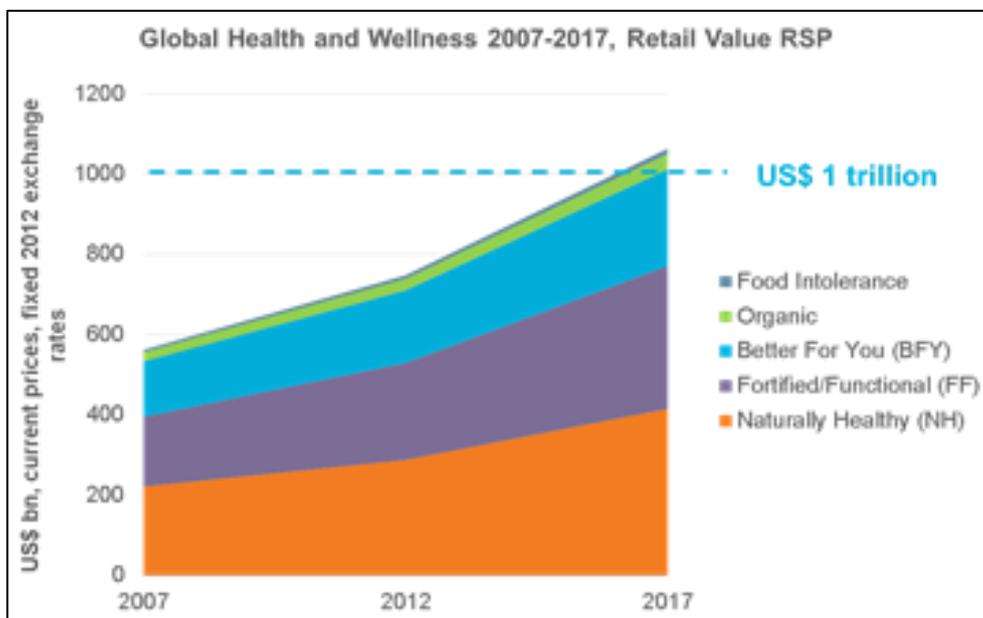


Figura 4.2 - Mercado Mundial de saúde e bem-estar

Fonte: Euromonitor International

Por outro lado, a conjugação de duas tendências emergentes podem vir a alterar o panorama atrás descrito: (i) o crescimento em termos de notoriedade, e consumo, dos designados “super alimentos” (sementes, bagas, cereais e frutos) elevados a um estatuto quase deificado e adotados enquanto tesouros exóticos da natureza e demonstrando uma notoriedade, no território digital, em claro crescimento, ao contrário do que se passa com os alimentos funcionais de acordo com uma pesquisa no Google Trends⁴⁵ (Fig. 7) e (ii) preferência pelos alimentos com rótulos, apresentando menos ingredientes, mais simples e fáceis de interpretar, numa lógica de transparência incremental dos fabricantes perante a comunidade de consumidores com exigências crescentes de uma rotulagem “ética” o que se reflete na busca de alternativas a alimentos fortificados os quais contêm, habitualmente,

⁴⁴ Health and Wellness the Trillion Dollar Industry in 2017. Disponível em: <http://blog.euromonitor.com/2012/11/health-and-wellness-the-trillion-dollar-industry-in-2017-key-research-highlights.html>. 1 trilhão é igual a 10 elevado a 18

⁴⁵ Pesquisas efectuadas na internet utilizando o motor de busca Google. Recuperado de: <https://www.google.pt/trends/explore?date=all&q=functional%20foods,Super%20foods>

substâncias com conotação químico-sintética⁴⁶. A Figura 5.2 permite constatar que, no caso do panorama mundial, as curvas relativas à popularidade/pesquisa dos termos ‘Superalimento’ (super foods) e AF (Functional Foods), na Internet, se têm vindo a afastar, progressivamente, desde 2005. Não existindo investigação empírica que o confirme tal pode estar relacionado seja com o desvanecer do efeito novidade (recorde-se que produtos como a Becel Pro-Activ ou o Actívia foram lançados no mercado no final dos anos 90 do século passado), num mercado muito permeável às novidades e modismos, seja pela limitada presença geográfica dos AF contrastando com uma muito maior expressão planetária da curiosidade relativa aos alimentos com ‘super poderes’. Mesmo uma outra designação, igualmente utilizada para catalogar alimentos com propriedades terapêuticas, como é o caso de ‘nutraceuticals’ (nutracêuticos) (Schneider, 2005:1), e com claras ressonâncias medicamentosas, apesar de revelar maior popularidade que o termo AF fica aquém do termo ‘superalimento’ (conf Anexo B – Google Trends, p.121) podendo-se especular que tal se deve, por um lado, às crescentes e sustentadas, nos últimos 10 anos, dinâmicas sociais valorizadoras do ‘natural’ e dos alimentos com propriedades quase totêmicas e, por outro, com a circunstância da designação ser, predominantemente, do domínio técnico-pericial.

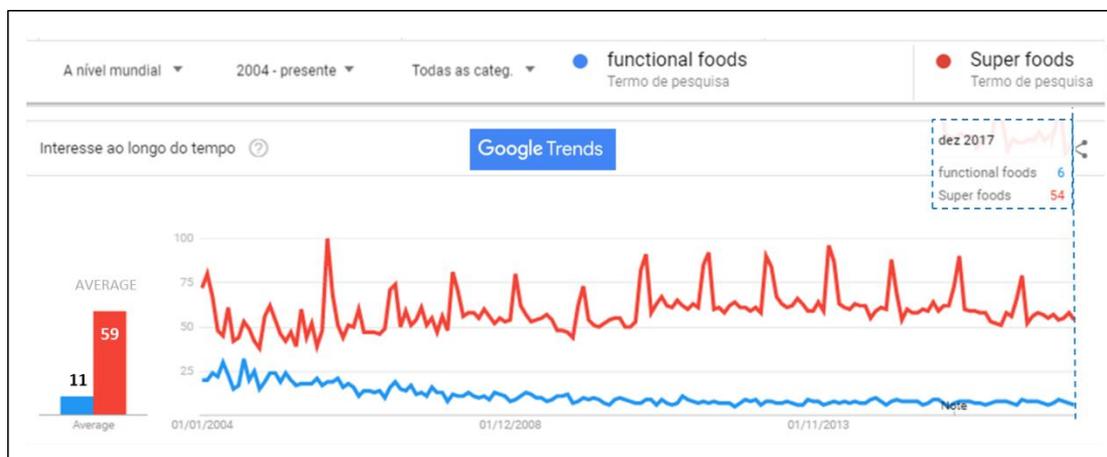


Figura 5.2 - Evolução de tendências utilizando o motor de pesquisas online Google

Fonte: Google Trends. Tendências de pesquisa. Acedido em 05.12.2017

⁴⁶ <http://blog.euromonitor.com/2016/05/clean-labels-contributing-to-growth-of-ethical-label-sales.html>; <http://www.foodnavigator-usa.com/Markets/Consumers-choose-clean-label-over-fortification>

O panorama em Portugal é distinto daquele atrás descrito já que o perfil de popularidade digital dos termos AF e ‘Superalimento’ é muito sobreponível (*conf Anexo B – Google Trends, p.151*) com ligeira maior relevância, nos últimos 5 anos, para o ‘Superalimento’. Quando se avalia a popularidade de um superalimento específico (ex. quinoa) a curva de pesquisas dispara de forma exuberante (*conf Anexo B – Google Trends, p.152*) o que pode revelar que os consumidores portugueses, à semelhança do que se passa com os AF (tema analiticamente explorado no Capítulo 7), também para os superalimentos reconhecem os produtos individualmente considerados e não os eixos categoriais que os enquadram. Quando se analisa, nos últimos 12 meses, o perfil das pesquisas, em Portugal, relativas a três dos mais consumidos AF (Actívia, Becel e Danacol) e dois superalimentos (quinoa, tapioca), muito vulgarizados pelos novos fazedores de opinião (bloggers), as diferenças são significativas em benefício dos superalimentos (*conf Anexo B – Google Trends, p.153*).

As nomenclaturas e as simbologias associadas às distintas categorias estão, assim, tornando-se importante campo de tensões entre produtores, consumidores e reguladores. Apesar da generalidade dos consumidores compreender/aceitar que poucos serão os alimentos, ditos naturais, isentos de algum tipo de contaminação (ex. pesticidas ou herbicidas) ou manipulação tecnológica (ex. pasteurização), a designação “processado” mobiliza percepções negativas pois aquela é conotada com a adição de conservantes, corantes, aromas artificiais etc. De acordo com pesquisa, recente, efetuada nos EUA, a designação “natural” é associada, pelos respondentes, com a ausência de aditivos ou conservantes (29%); incluir ingredientes naturais/ que vêm da natureza/ alimentos integrais (19%); sem ingredientes, corantes ou aromas artificiais (17%); sem químicos/hormonas/pesticidas ou antibióticos (14%); e sem qualquer tipo de processamento (11%) (IFIC, 2016: 22). A designação “Manipulado” (tema abordado no capítulo 5), atribuída aos alimentos funcionais, parece ter uma conotação mais neutra já que a adição de um nutriente é colocada, por exemplo, no mesmo plano que a pasteurização. Apesar de uma crescente aceitação e procura de alimentos mais “puros” admite-se que combinação de distintos graus de “porosidade” regulatória, com uma reflexividade ambivalente quanto à presença da tecnologia nos alimentos, por parte dos consumidores, e um enorme *know-how* tecnológico, por parte das empresas agroalimentares, não deixará de produzir tecno-alimentos progressivamente mais sofisticados, capazes de responder a múltiplas exigências regulamentares e ansiedades nutricionais porque, como menciona Manuel Castells “ o que está realmente no centro das discussões é a capacidade para manipularmos a nossa própria vida” (Castells & Ince, 2004: 62). Os alimentos funcionais

expressam, de forma material, o poder modelador operado pela relação dinâmica entre oferta e procura: a indústria alimentar investindo em inovação e reformulação de produtos, buscando ingredientes ativos que possam acrescentar valor “terapêutico”, embora mantendo inalteradas as características organolépticas dos produtos “veículo”, e os consumidores disponíveis para investir na sua atual saúde e futura qualidade de vida. E assim se vai construindo um interface produtivo e dinâmico o qual pode ser designado de Mercado da tecno-saúde alimentar.

A visão dos agentes “produtores” (indústria, *establishment* biomédico e a rede de fazedores de opinião que gravita em torno destas duas dimensões) deste Mercado é clara: uma população em progressivo envelhecimento incrementa a diversidade e volume de doenças associadas com o estilo de vida e torna-se ávida utilizadora de um leque alargado de produtos e serviços, numa lógica holística, produzindo um contexto de consumo o qual oferece extraordinárias oportunidades de negócio ao complexo agro-bio-farmacêutico. Esta designação, numa perspetiva de análise macrossociológica, procura captar os evidentes sinais de convergência entre as indústrias agroalimentar e farmacêutica e, no limite, entre alimento e medicamento já identificadas por alguns autores (Weenen et al., 2013). Dois documentos, recentes, verbalizam esta nova tendência e merecem uma análise mais detalhada: Relatório de 2015 da Consultora KPMG e entrevista concedida no final de 2016 pelo presidente da conhecida empresa Nestlé. Ambos devem ser analisados no contexto da moldura teórica proposta por Castells da “sociedade em rede” caracterizada pela infiltração, das sociedades modernas, pelas tecnologias de informação as quais vieram alterar o centro de gravidade da produção capitalista da gestão da energia para a gestão da informação, gerando uma revolução tecnológica que toma como base, para o seu próprio desenvolvimento, a aplicação imediata das tecnologias que gera (Castells, 2000; 63) e promovendo redes transnacionais muitas delas baseadas em sistemas de alianças de geometria variável:

“A estrutura das empresas de alta tecnologia, no mundo, é uma rede cada vez mais complexa de alianças, acordos e agrupamentos temporais em que as grandes empresas se vinculam entre si” (Castells, 2000: 226).

O documento da KPMG começa por referir que a convergência da medicina, alimento e tecnologia cria um mercado global, de nutracêuticos⁴⁷, estimado em 250 mil milhões de dólares, em 2018, e que se torna palco da disputa do respetivo domínio por parte das companhias farmacêuticas e alimentares (KPMG, 2015:1). O processo de convergência

⁴⁷ Agrupamento de produtos que, para além dos alimentos funcionais, integra suplementos, bebidas desportivas e nutrição clínica.

tecnológica em curso, visando a aceleração da inovação como instrumento de conquista, conhecerá distintas arquiteturas em torno de duas grandes tendências quanto ao alinhamento de poderes:

- Intra – convergência: Companhias alimentares obtendo competências farmacêuticas (ex. Nestlé) e vice-versa.
- Inter – convergência: Companhias alimentares e farmacêuticas unindo-se para objetivos comuns de investigação e desenvolvimento (ex. Sanofi e Danone⁴⁸).

Este extraordinário esforço tecnológico para conhecer e modelar o microbioma⁴⁹ humano de forma a desenvolver produtos para a saúde mental e envelhecimento, saúde gastrointestinal e cardiovascular, e saúde endócrina e diabetes beneficiará da complementaridade de competências das indústrias alimentar e farmacêutica: a indústria alimentar com profundo conhecimento da formulação de alimentos, tecnologia industrial e relação direta com os consumidores, por um lado, e a indústria farmacêutica com maior sofisticação nos processos de investigação, maior domínio do ambiente regulamentar e maior relação com a comunidade científica (KPMG, 2015: 4), por outro. A formação do complexo agro-bio-farmacêutico e o respetivo potencial de intervenção, em todas as dimensões corporais, não somente assegura a presente e futura extensão social do fenómeno da medicalização (conceito explorado nos capítulos seguintes) como parece consagrar um efetivo processo de controlo social suscitando legítimos questionamentos sobre até que ponto os indivíduos, e as famílias, controlam os seus hábitos alimentares (Coveney, 2014: 58) em desfavor de um novo bio poder, produto das sociedades em rede:

“Talvez a questão do poder, na sua formulação tradicional, já não faça sentido na sociedade em rede mas novas formas de domínio e determinação são críticas no processo de moldar a vida das pessoas, independentemente da sua vontade.” (Castells, 2011: 776)

O documento da KPMG explora em detalhe as áreas de complementaridade e redundância entre as indústrias a.m. evidenciando que o binómio cooperação-competição é igualmente movido pela necessidade de cada uma delas responder a atuais constrangimentos, sejam regulamentares, concorrenciais ou logísticos, diminuindo as respetivas margens de lucro. Mas de particular interesse analítico, enquanto sinalizador do futuro, é a localização, no que à visão do mercado respeita, dos nutracêuticos e, de entre estes,

⁴⁸ <http://rxtimes.com/gastroenteritis-global-clinical-trials-review-h1-2016-key-players-are-sanofi-danone-research-biogaia-ab-research-and-markets/>

⁴⁹ Massa de 100 triliões de micro-organismos que colonizam o corpo humano

dos alimentos funcionais, no mapa dicotômico indústria alimentar – indústria farmacêutica (Fig. 6.2) reveladora do potencial, antecipado pela indústria, de recomposição do papel do alimento e do medicamento: “os nutracêuticos oferecem oportunidades às companhias farmacêuticas de tornarem os seus produtos mais orientados ao consumidor e às companhias agroalimentares de criarem marcas com uma imagem médica” (KPMG, 2015: 15).



Figura 6.2 – Localização do alimento funcional no binómio industrial

Fonte: KPMG, 2015.

Poucos dias antes do final do ano de 2016 o Presidente da Nestlé concedeu uma entrevista reveladora dos futuros eixos estratégicos da maior companhia agroalimentar a qual, em consequência da sua massa-crítica, tem o potencial de expandir energia cinética em todo o mercado. O caminho parece ser claro para a Nestlé: Alimentos atuando como medicamentos⁵⁰. Esta visão é suportada pela aquisição de companhias farmacêuticas e o recrutamento de um gestor, vindo da indústria farmacêutica, para novo diretor-geral. Propondo uma alimentação personalizada, como o mais efetivo meio de gestão do binómio saúde-doença, o passo seguinte é a construção de uma massiva estrutura tecnológica capaz de fazer evoluir o alimento, de veículo genérico de nutrientes para veículo específico de nutrientes, de acordo com as necessidades específicas de cada indivíduo, sendo estas identificadas, e hierarquizadas, por meio de sofisticados meios de diagnóstico eventualmente integrados em dispositivos móveis ou sensores intradérmicos. Naturalmente que os investimentos associados a este empreendimento tecno-industrial não têm pressupostos filantrópicos mas, antes de mais, procuram explorar e amplificar novas tendências de consumo procurando incrementar as margens de lucro porque a baixa inflação, que se verifica na maioria dos países ocidentais, dificulta o incremento de preços dos produtos tradicionais. Na visão do Presidente da Nestlé o arsenal ‘natural’ não somente é insuficiente para promover

⁵⁰ “Nestlé vs. Nature”, 27 December 2016. Disponível em: <http://qz.com/856541/the-worlds-biggest-food-company-makes-the-case-for-its-avant-garde-human-diet/>

o bem-estar humano como, no seu estado puro, a natureza é adversa do desenvolvimento humano sendo tal evidenciado pela “domesticação” de variedades selvagens de plantas ou a necessidade de cozinhar os alimentos para os poder ingerir e beneficiar dos ingredientes, neles contidos, afirmando-se a tecnologia como instrumento de domínio da natureza ao serviço do homem.

Ambos os textos, embora refletindo a visão mercantilista do Mercado, e neste contexto antecipando um ambiente de enormes oportunidades para o complexo agro-bio-farmacêutico, remetem para um debate mais profundo sobre o papel da tecnologia na gestão do corpo e mesmo fundamental sobre a fronteira, ainda difusa, entre natureza e sociedade (Castells, 2000: 92).

2.5 Investigação sobre o tema em Portugal

Sendo admissível a especulação sobre se a sociologia do alimento/alimentação é hoje um domínio internacionalmente consagrado, ou ainda uma legítima subdisciplina da sociologia do corpo (Lupton, 1996:6), em Portugal a produção sociológica neste domínio é quase residual destacando-se os trabalhos de Mónica Truninger sob a moldura teórica da Sociologia do Consumo (Truninger, 2010; 2013) e de Luísa Ferreira da Silva sob a moldura teórica da Sociologia da Saúde (Silva, 2006).

No âmbito do que se poderia considerar uma Sociologia da Sociologia, diversos autores se têm debruçado sobre o desenvolvimento da sociologia portuguesa, nos últimos 40-50 anos, procurando identificar e descrever as variáveis endógenas e exógenas estruturantes para o seu surgimento e posterior evolução. As circunstâncias históricas, culturais e sociais, surgidas com o 25 de Abril atuaram como catalisador de um extraordinário desenvolvimento da sociologia portuguesa, a qual, no entanto, se estrutura e institucionaliza de forma assimétrica selecionando, de entre o social, determinadas temáticas ideologicamente referenciadas. Enquanto alguns domínios de produção sociológica conhecem assinalável desenvolvimento, outras, aparentemente não associadas ao binómio “problemática social – agenda política”, e apesar da sua forte impregnação do social (ex. Religião, Alimentação/Nutrição, Futebol, Publicidade), nunca ganharam estatuto teórico e conceptual gerador de algum grau de autonomia disciplinar.

Apesar de hoje ser um documento datado, mas ainda dotado de razoável atualidade, F.L. Machado propôs um modelo de mapeamento da produção sociológica portuguesa, o qual identifica dois grandes geradores institucionais (Machado, 2009:327) que revelam

significativa coerência analítica intrínseca. Estes dois geradores (GSC e GPS) apresentam razoável capacidade de produção e reprodução de conhecimento, evidenciam um estilo próprio, focalizam a atividade em temas preferenciais e corporizam-se em protagonistas individuais e institucionais, não sendo linear a filiação de cada um deles às grandes escolas clássicas. A produção científica destes dois geradores, ao longo dos últimos 50 anos, abrange um vasto leque de linhas de investigação que Machado cataloga em domínios: clássicos duradouros, novos domínios clássicos e domínios recentes consolidados (Machado, 2009:303), sendo que a temática da Alimentação não consta de qualquer dos quadros sinópticos apresentados, não sendo sequer identificado como domínio “Vazio” (Machado, 2009:320)⁵¹, assim se evidenciando a respetiva rarefação sociológica, a qual resulta, de entre outras dimensões, da falta de tradição teórica e de massa-crítica (“Encomendas” e Observatórios) nesta área, as quais, a par do completo afastamento da sociologia e dos sociólogos da agenda mediática (nos últimos anos a imprensa escrita e a televisão foram “invadidos” pelo triângulo: moda/tendência – saúde pública – Gastronomia/receitas), constituem condições associadas pelo autor aos processos de afirmação institucional de domínios concretos.

Não existindo em Portugal, enquanto domínio de investigação sociológica com estatuto próprio, importa localizar a temática Alimento/Nutrição, no perímetro sociológico, tomando como referência outros domínios de fronteira e, em particular, aqueles que de forma subsidiária têm incorporado alguma pesquisa e reflexão sobre a matéria, como é o caso da Sociologia da Saúde. O processo de institucionalização de um determinado ramo da sociologia, para além da ancoragem em património físico (estruturas de ensino-aprendizagem, centros de Investigação, Associações socioprofissionais e publicações), alimenta-se da integração em redes internacionais de investigação e publicação em revistas internacionais, assim como na produção de investigação direcionada, respondendo a solicitações por parte de entidades externas à Universidade. A investigação sociológica no campo da saúde é, enquanto domínio emergente, ainda frágil, conforme reconhecido por alguns dos seus mais proeminentes protagonistas (Lopes, 2011) por incapacidade de assumir papel de “utilidade social” com suficiente relevância e notoriedade, o que justifica e legitima o facto de que “a encomenda de estudos públicos e/ou privados permanece baixíssima” (Lopes, 2011) numa intrincada relação de causa-efeito. O predomínio das visões médica e, mais recentemente, economicista na gestão da balança de poderes no território da saúde, remete as Ciências

⁵¹ O Texto não contém sequer a palavra “alimentação”

Sociais e, em particular, a sociologia para uma lateralidade gravitacional que a atividade acadêmica, só por si, não consegue evitar (Silva, 2011). Seis anos passados, a realidade não se alterou de forma substantiva.

Na sua gênese a Sociologia da Saúde e da Doença organiza-se em contexto de arquitetura curricular, e programática, a partir de quadros conceptuais com poder interpretativo das ramificações do modelo capitalista na produção e distribuição dos cuidados de saúde, “partindo de uma leitura de raiz marxista” (Carapinheiro, 2011:67). Somente no final da década de 80 do século passado surgem os primeiros trabalhos maioritariamente focados nas políticas, estruturas e profissões associadas ao território da saúde, de matriz político-estrutural, em desfavor de outras temáticas de matriz mais funcional mas (por isso) com maior impregnação do quotidiano dos cidadãos, tais como o acesso aos cuidados de saúde, envelhecimento e o binómio saúde-doença, alimentação/nutrição e escolhas, obesidade, emagrecimento e corpo, doenças crónicas, agudas e gestão identitária, saúde e fatores de risco controláveis (ex. tabagismo, sedentarismo), farmácias, proximidade e aconselhamento etc.

Fenómenos como a profunda reestruturação que marca o sector da saúde (ex. crise nas farmácias), ou a emergência de cadeias de hiper e supermercados como facilitadores no acesso a produtos de saúde, não suscitam empreendimentos sociológicos de monta e o estudo de temáticas de tão profunda relevância sociológica por reveladoras de perceções, racionalidades e praticas sociais tão densas, diversificadas e culturalmente localizadas, como as práticas alimentares são deixadas à responsabilidade de outras disciplinas como as Ciências da Nutrição as quais (à semelhança de outras disciplinas como as Ciências da Educação ou da Comunicação) competem com a Sociologia por recursos e gerem de forma eficaz a agenda e notoriedade mediáticas (Machado, 2009:307).

É no entanto interessante verificar que em meados dos anos 60 do século passado a temática da alimentação suscitava particular atenção (Pereira, 1964) já que o nº 9/10 da Análise Social de 1965 publicou um extenso artigo de revisão bibliográfica sobre os “Problemas sociais em Portugal”, sendo que sob o subtítulo de “Alimentação e nível de vida” foram arrumados 18 textos (Pereira, 1965: 124-125) de entre 809 identificados em publicações periódicas e não-periódicas desde 1950 (Quadro 3.2). Apesar da elasticidade que o conceito “problemas sociais” revela no texto em referência, e da diversidade das fontes, é de assinalar que a Alimentação era atribuído um estatuto demarcado, enquanto território de dinâmicas sociais e investigação empírica, o qual veio posteriormente a perder.

Alimentação	Nível de Vida	Alimentos/Rendimentos
Nº 60: Alguns aspectos dos problemas alimentares	Nº 61: Estimativa do nível de vida da população operária portuguesa	Nº 68: Índice ponderado do custo da alimentação e de alguns artigos de consumo doméstico na cidade de Lisboa (INE)
Nº 62: A alimentação do povo português	Nº 66: Inquérito às condições de vida da população da cidade de Coimbra (1953-1954, INE)	Nº 69: Comparação de elasticidade-rendimentos para os produtos alimentares
Nº 63: Regime alimentar	Nº 67: Inquérito às condições de vida da população da cidade de Évora (1955-1956, INE)	Nº 70: Situações alimentares e rendimento
Nº 64: O problema alimentar português – subsídios para a sua resolução	Nº 72: Inquérito ao custo de vida na cidade do Porto (1950-1951)	Nº 71: Um indicador do poder de compra para o mercado metropolitano português
Nº 65: Tabela de composição dos alimentos portugueses	Nº 73: Inquérito às condições de vida da população da cidade de Viseu (1955-1956, INE)	Nº 75: Rendimentos privados e consumo
Nº 76: O problema mundial da alimentação e o caso português	Nº 74: Inquérito ao custo de vida na Cidade de Lisboa (1948-1949)	
Nº 77: A nutrição e a saúde pública portuguesa		

Quadro 3.2 - Publicações sobre o tema Alimentação

Fonte: Revista Análise Social, Vol. III (nº9-10), pp 117-159

Aparentemente o binómio, historicamente datado, “carências alimentares-custo de vida” detinha uma suficiente capacidade magnetizadora da atenção dos cientistas sociais sendo que os atuais debates associados à alimentação (alimentos saudáveis, intolerâncias alimentares, emagrecimento etc.), remetem para dimensões mais instrumentais, e exotéricas, eventualmente justificando que ocupem uma localização periférica nas linhas de investigação dos principais centros e dos dois geradores de investigação sociológica de acordo com a proposta de F.L. Machado (2009).

Diversos exercícios de recenseamento analítico, com base em categorizações temáticas, sobre a produção sociológica no domínio da saúde foram elaborados nos últimos anos, destacando-se Machado (2009), Antunes e Correia (2009) e Ferreira da Silva (2011). Sublinhando a permeabilidade da investigação sociológica da saúde às dinâmicas políticas e ideológicas (Antunes & Correia, 2009: 116) e enfatizando que as delimitações dos campos científicos são, desde logo, influenciadas pelas relações conceptuais construídas, os autores ajudam a enquadrar a opção apriorística de concentrar a investigação num polo designado de

'hospitalocentrismo', privilegiando-se algumas dimensões em desfavor de outras com relação real com os territórios saúde e doença, como é o caso da alimentação. O quadro sinóptico apresentado (10 dimensões de análise e 93 trabalhos de investigação) revela a escassa atenção dada aos temas saúde (4) e doença (19)⁵², sem qualquer relação com a temática da alimentação, sendo que em todo o texto é mencionada uma única referência aquela temática (Silva, 2006).

De facto só ocasionalmente a Sociologia da Saúde incorpora o tema do Alimento/Alimentação, e este sempre problematizado na lógica do contributo para um estado mais saudável de *per si* (Silva et al., 2000) ou integrando determinadas atividades terapêuticas, num contexto de complementaridade e gestão plural dos percursos e narrativas terapêuticas (Lopes N. M., 2010). Isto, apesar de que, em resultado de uma crescente aceitação por parte dos consumidores, da importância de uma alimentação saudável, na modulação dos futuros perfis individuais de saúde, da proliferação de discursos ideológicos sobre a nova função social do alimento, e do incontornável investimento da indústria agroalimentar, nomeadamente nos alimentos ditos funcionais, se justificar maior mobilização de recursos conceptuais e teóricos, para os temas emergentes, em paralelo com os temas mais consagrados (políticas de saúde, relações e profissões do campo médico, doença, e em particular doença mental e, mais recentemente, medicamentos e culturas de performance).

Num exercício de análise, que não se pretende exaustivo, foi possível identificar 28 textos de autores portugueses, entre 2002 e 2017 (Quadro 4.2 e Anexo A 7), que abordaram a temática dos alimentos funcionais. Distribuindo-se por 10 áreas temáticas somente 5 dos textos refletem a perspetiva sociológica, e esta claramente filiada na Sociologia da Saúde, sendo que 10 textos se relacionam com a dimensão tecnológica/produtiva deste tipo de produtos. A distribuição temporal é irregular com um pico de publicações em 2008 (7 textos).

O alimento enquanto objeto, e o ato alimentar enquanto prática social, continuarão a afirmar-se como território de excelência para a análise sociológica da multiplicidade de perceções, dinâmicas e práticas que caracterizam a modernidade alimentar já que “ a alimentação continuará, assim, a ser uma fonte inesgotável de recursos simbólicos de referência e de pertença, enquanto memória, narrativa de uma trajetória e poética de indivíduos e grupos sociais” (Lopes, 2006: 173). No caso português o frenesim a que se assiste materializado na: (i) confluência da aceitação, rápida, das inovações tecnológicas e das modas; (ii) tensões entre a “universalização” e fusão das ementas e a recuperação e

⁵² Destes, 8 são relativos a doença mental e 4 a doença oncológica

revalorização de saberes e sabores antigos; (iii) penetração e consolidação de estilos alimentares ditos “alternativos” em paralelo com a valorização dos princípios de uma alimentação “saudável” e (iv) proliferação de fazedores de opinião e presença intersticial das redes digitais, em paralelo com processos de individualização e gestão holística das opções alimentares, justifica a mobilização de recursos analíticos, e teóricos, para o estudo e produção de conhecimento sociológico sobre temas originais integrantes da constelação alimentar.

	Medicina Veterinária	Ciências da Nutrição	Biotecnol.	Marketing	Ciências Agrárias	Ciências da Comunic.	Tecnologia, Qualid. & Seg. Alimentar	Ciências Farmacêut.	Sociologia da Saúde	Engenharia Alimentar	
2002	1										1
2003											0
2004		1									1
2005			1								1
2006											0
2007				1							1
2008		2	1		2	2					7
2009										1	1
2010						1					1
2011			1		1						2
2012		1	1				1		1		4
2013							1				1
2014							2	1	1		4
2015									2	1	3
2016											0
2017									1		1
TOTAL	1	4	4	1	3	3	4	1	5	2	28

Quadro 4.2 - Textos publicados em Portugal (2002-2017) abordando a temática dos alimentos funcionais

Capítulo 3. Enquadramento teórico

A saúde tornou-se um bem socialmente muito prezado, justificando crescentes investimentos na produção e divulgação de informação técnico-científica. Sobre o corpo, que é para a sociologia, simultaneamente, superfície anatómica e texto social, tem-se assistido a um investimento discursivo sem precedentes (simbologias associadas ao corpo belo e saudável), sendo que a tecnologia tem permitido que o corpo se torne um artefacto progressivamente manipulado. Os produtos desobrigados de intermediação pericial, mobilizáveis enquanto instrumento terapêutico, emergem como objeto social no domínio dos leigos, cuja utilização está associada a racionalidades próprias, e evidenciando um vasto caleidoscópio de dimensões de análise (epidemiológicas, jurídicas, económicas, sociológicas, antropológicas, psicológicas, culturais e comunicacionais) que revelam a relação profunda entre indivíduo e a sua saúde, e a sociedade e o seu sistema de normas; Os medicamentos não sujeitos a receita médica, os suplementos alimentares e os alimentos funcionais integram esta categoria.

O fenómeno da automedicação permite *“um reatualizar das formas de autonomia e de protagonismo leigo na gestão das opções terapêuticas”* (Lopes, 2004), no contexto da sociedade de risco, característica da modernização reflexiva teorizada por Ulrich Beck (2002 [1986]:7), corporizando, em simultâneo, um movimento centrífugo dos tecno-produtos, do domínio puramente pericial, para o mercado de massas, como produtos associados ao estilo de vida e afirmando um progressivo individualismo dos agentes, cada vez menos constrangidos pelas estruturas (Beck, 2002 [1986]:2).

O conceito de *“saudável”- representação que ao nível individual, promove a saúde/bem-estar como realização das potencialidades da vida feliz* (Ferreira da Silva, 2008) é amplamente mediatizado, e incorporado, mobilizando os indivíduos para a adoção de novas práticas de intervenção corporal, e legitimando o surgimento de novos territórios, como sejam os hipermercados e os ginásios, como facilitadores dos tráfegos de socialização para o consumo de alimentos funcionais, MNSRM e vitaminas, suplementos alimentares e estimuladores de performance física os quais emergem como mercadorias-símbolo e veículos de individualização e distinção, tomando como cartão-de-visita social um corpo esbelto e ‘trabalhado’, no exterior, e saudável, no interior, na lógica do que alguns autores designam como ‘corpo civilizado’ (Lupton, 1996:19). O conceito do corpo como mapa simbólico para o ‘outro’ e, em consequência, plataforma maleável para efeitos de transformação da imagem e aparência (Featherstone, 2010: 207), assim como território privilegiado de construção do *self*, problematiza as práticas corporais (autodiagnóstico e autocuidado, nutrição, atividade física,

sono e equilíbrio afeto-emocional) como instrumentos de modelação do invólucro externo/público e manutenção do conteúdo orgânico interior/resguardado/íntimo. Deborah Lupton argumenta que o alimento, na sociedade de consumo, pode ser considerado um dos consumíveis mais emblemáticos, devido ao seu potencial de incorporação e inscrição corporal com efeitos externos e internos (1996: 22), sendo evidente que a modernidade alimentar disponibiliza ao consumo uma paleta alargada de soluções que se organizam em lógicas mais imediatas (saciantes, gratificantes ou de regulação sistémica) ou mais preventivas e aspiracionais.

É, por muitos autores, assumido que as práticas alimentares, pela matriz de significados e simbolismos que lhe estão associados, constituem um ato social bem mais complexo que as dimensões nutricional e biológica fariam antecipar (Lupton, 1996:7; Fischler, 1988:275); Fischler é perentório ao afirmar que: “*no Homo Sapiens o alimento não somente nutre como significa*” (Fischler,1988:276). A clássica dicotomia entre valor de uso e valor de troca, atribuído às mercadorias, ganha particular relevo no que respeita ao alimento, no geral, e em particular a categorias específicas, nomeadamente quando emergem propriedades que mimetizam as racionalidades associadas à eficácia atribuída ao medicamento. Os medicamentos são dos poucos objetos cuja ingestão acontece unicamente por causa das suas antecipadas consequências sendo estas mensuráveis contra escalas de referência (valores-padrão nas análises clínicas e meios complementares de diagnóstico), em comparação com resultados anteriores ou padrões de normalidade (eliminação da dor ou desconforto ou retoma da função normal por parte de um órgão ou sistema). O medicamento transporta, assim, uma lógica de eficácia que o alimento funcional mimetiza (valores de colesterol no caso dos cremes para barrar ou controlo do transito intestinal no caso dos iogurtes com bactérias benéficas). Ao assumir que a todo o medicamento é reconhecido um qualquer efeito no corpo, Fischler postula que qualquer alimento tem significado médico diferenciando-se da abordagem medicamentosa porque esta se baseia no uso controlado de venenos (Fischler, 1988:278). Ao reservar ao alimento um papel medicalizado, Fischler amplia o alcance social da ingestão do alimento, até ao limite das respetivas finalidades de uso, o que é particularmente relevante, no caso dos alimentos funcionais, pelos objetivos terapêuticos que o respetivo consumo ambiciona/antecipa alcançar. Perceções de risco, racionalidades sobre eficácia-benefícios para a saúde, confiança nas promessas veiculadas e analogia com as simbologias associadas ao medicamento entrelaçam-se, de forma sincrética, constituindo importantes determinantes no processo de seleção do alimento funcional nas lógicas de complementaridade e/ou alternância entre o farmacológico e o natural.

Os desenvolvimentos da Ciência Alimentar combinados com práticas da Indústria farmacêutica e agroalimentar (sobretudo de alarmismo social), crescente escassez e racionalização de recursos por parte dos sistemas de saúde e crescimento, com carácter endémico, de algumas patologias características da modernidade, nas sociedades ocidentais (Diabetes, Hipertensão e Obesidade), têm estimulado uma dinâmica social de progressiva delegação de responsabilidades, na gestão do itinerário de saúde, da esfera pública para a esfera privada, transmutando práticas ancestrais de mobilização do alimento com propósitos terapêuticos ou preventivos e configurando estilos de vida singulares na lógica da individualização e distinção social. A crescente aceitação deste novo papel, por parte dos indivíduos, os distintos níveis de militância no respetivo autocuidado (*selfcare*) e a mobilização das soluções tecnológicas que lhes são oferecidas pelo mercado, têm gerado perfis consumistas, vulneráveis às lógicas do mercado e culturas de risco, que estruturam a modernidade alimentar. No contexto de uma sociedade reflexiva e do conhecimento o alimento funcional emerge como concretização prática da combinação entre o saber (alimentado por significativos fluxos informacionais) e o poder legitimador da tradição (uso ancestral de diversos alimentos para a obtenção de ganhos de saúde).

3.1 Revisitando os clássicos

A construção do modelo teórico sugere a mobilização dos contributos de Simmel a propósito dos conceitos de sociabilidade e estilos de vida, de Weber a propósito da relação entre estrutura e ação, da sua formulação de “tipos ideais” e conceptualizações relativas à racionalização e burocratização das sociedades e do papel do estatuto, e de Marx a propósito do papel das classes sociais e do valor formal e simbólico das mercadorias, procurando globalmente localizar a temática do ato alimentar no binómio ação-estrutura e nas dicotomias indivíduo-sociedade e subjetivismo – objetivismo.

Durkheim é o primeiro dos autores clássicos a conceder sustentada atenção teórica à temática do alimento no seu livro “Formas Elementares da Vida Religiosa”. Neste aborda as crenças e práticas totémicas, de algumas sociedades primitivas, as quais integram o consumo ritual de animais ou plantas/vegetais em refeições místicas proibidas aos profanos (Durkheim, 1976: 130) e certos alimentos são tabu de acordo com a natureza sagrada ou profana que encarnam ou o género a que se destinam (Durkheim, 1976: 304) assumindo algumas espécies animais e vegetais, usadas na alimentação, um poder simbólico, quase mágico, estruturante das práticas religiosas e sociais das comunidades estudadas. Durkheim assume que é possível

apreender a essência de um fenómeno social, estudando a elementaridade com que se manifesta, sendo que neste caso o estudo das experiências primitivas emerge sobretudo como opção metodológica para a definição de leis gerais da sociedade humana.

Vivemos em sociedades capitalistas com estados fortes (distintos do estado ‘abstencionista’ do séc. XIX) seja nos processos de regulação ou de monitorização social, mas o crescimento da desconfiança e incerteza, o surgimento de novos riscos e a incapacidade da ciência e da religião, para encontrarem respostas definitivas para as complexidades da vivência quotidiana, estimula a autorreflexividade, processo de gestão do *self* o qual favorece a mudança contínua e a busca de controlo individual. Neste contexto o corpo, e a forma como o alimentamos (material e simbolicamente), assume um papel muito mais ativo do que em períodos históricos anteriores, refletindo a tensão entre estrutura e ação. Numa lógica de meta narrativas o paradigma marxista sublinha a prevalência das instituições, ao serviço dos processos de exploração e manutenção da ordem social, e o paradigma interacionista dá relevo à profunda mudança social ocorrida, na fase tardia do capitalismo, com novos arranjos classistas, globalização dos mercados mas também das modas e tendências e da circulação de bens de consumo, com acentuação dos mecanismos e processos de racionalização em todos os planos do quotidiano dos indivíduos, constituindo a alimentação, e as práticas alimentares, uma janela da vida social; a “MacDonaldização” dos hábitos alimentares, nas sociedades modernas (Ritzer, 1993:2008), é sugerida como o expoente máximo da racionalização, burocratização e standardização propostas por Weber.

O surgimento do capitalismo, e de duas classes antagónicas, é a resposta que Marx encontra para a seguinte perplexidade: Como é que após a instalação da igualdade política (revoluções liberais) persistem e mesmo se agravam as desigualdades económicas? O modelo conceptual marxista estabelece relações de dependência da superestrutura da sociedade (ideias, costumes, instituições) a partir da infraestrutura (forças económicas) (Marx, 2004: 73-74), sendo que a apropriação privada dos meios de produção, no capitalismo, resulta em relações sociais de exploração do proletariado pelos capitalistas. Sendo o valor do trabalho igual ao somatório do valor dos elementos básicos, para a existência do trabalhador, incluindo-se nestes, aqueles ligados à subsistência (alimento, vestuário e abrigo), a adequada nutrição da força de trabalho, enquanto meio de produção, deverá ser assegurada podendo ser estabelecidas relações diretas entre a melhoria dos padrões alimentares e incrementos de produtividade (McIntosh, 1996: 187-88). Por outro lado a desigual repartição de alimentos, em muitos países (afetando desde logo milhões de desempregados e outros segmentos socialmente marginalizados), pode atualmente ser entendida como o resultado de uma

estratégia, supranacional, de aplicação de medidas de austeridade de forma a garantir o adequado retorno ao capital financeiro utilizado no endividamento dos respetivos países. Não devendo o marxismo ser reduzido ao determinismo económico, de facto, um dos princípios fundadores do materialismo histórico é a localização da ação (homens) numa determinada estrutura (económica), no quadro da divisão social do trabalho, e do domínio coercivo e persuasivo-ideológico de uma classe sobre a outra e da luta de classes que daí resulta. No plano alimentar esta conceção é de particular operacionalidade ao permitir contextualizar a atual produção ideológica, sobre o papel do alimento (a produção científica e intelectual, os discursos periciais e os formadores de opinião), como não-neutro e ao serviço da reprodução do modo de produção dominante.

Max Weber refletindo sobre o impacto da mudança estrutural (capitalismo) na interação e identidade humanas, sustenta que as sociedades ocidentais são caracterizadas pela racionalidade, e completamente dominadas pela busca da máxima eficiência e regras de previsibilidade, calculabilidade, apurada divisão do trabalho, impessoalidade e tecnologias não-humanas que controlam os indivíduos gerando uma rede matricial de orientações e procedimentos alavancados em grandes estruturas formais. Weber ao sublinhar que o predomínio do ‘racional na vida’ enforma a experiência dos agentes propõe ser esta racionalidade que permite compreender e interpretar o sentido que a ação humana empresta aos objetos (Weber, 2004: 587) e explora o conceito de ‘tipo-ideal’ como uma referência que permite avaliar o distanciamento da ação concreta do conceito ‘puro’ (Weber, 2004:643). A relação entre o ‘racionalismo humanista e os seus ideais de vida’ (Weber, 2010[1930]:199) permite a ponte conceptual com a noção de ‘estilos de vida’ conduzidos por um racionalismo metódico e utilitarista que procura, no caso dos estilos de vida saudáveis, a máxima eficiência do corpo e da sua capacidade de resposta no presente e no futuro.

Nesta viagem por autores e conceitos é possível estabelecer pontes epistemológicas entre algumas das propostas dos sociólogos da contemporaneidade, (Giddens, Bourdieu), as quais sublinham que os indivíduos de forma autorreflexiva utilizam produtos de consumo (*commodities*) para construir e gerir processos de auto – realização, auto - imagens e mapas simbólicos na relação com o outro, e as propostas de Simmel relativas às relações complexas entre sujeito e objeto, e os conceitos de valor que daí emanam, já que o desenvolvimento pessoal dos indivíduos somente pode ser alcançado através da mediação de objetos. Os processos de gestão identitária alimentam-se da posse e fruição de objetos que representam desejo, e permitem concretizar motivações aspiracionais, e aos quais atribuímos valor “que é consumido no momento em que é desfrutado, o qual anula a oposição entre sujeito e objeto”

(Simmel, 2004:63). O conceito de alimento é sociologicamente “polissêmico” adquirindo muitos sentidos e significados dependendo da sua filiação cultural, ou religiosa, ou da sua localização histórica-temporal, mas assumindo enquanto objeto a capacidade de reconciliação entre as culturas subjetivas e objetivas. A sacralização ou deificação de certos alimentos, em épocas históricas anteriores (Durkheim, 1976), transporta-se nos tempos modernos para o papel mágico no emagrecimento ou na cura de algumas doenças atribuído a alguns alimentos, ou combinações alimentares, sendo a sua apropriação, enquanto ferramenta de gestão identitária, transversal às diferentes classes e estatutos sociais; os alimentos básicos para quem vive na angústia da exclusão social, os alimentos luxuosos para quem procura ascensão ou diferenciação social ou os alimentos, e experiências gastronômicas exóticas, para quem está no topo da escada social. Para Simmel a vida, em particular nas metrópoles modernas, é dominada pela fluidez, a dissolução de conteúdos fixos e a experiência de múltiplos fluxos dinâmicos, sendo um dos mais significativos a acelerada circulação monetária, e a gratificação do momento subsequente à troca, no qual os objetos se “transmutam” da sua existência física para o plano espiritual, numa sublimação metafísica do valor (Simmel, 2004:66), cumprindo eventualmente objetivos de “fetichização” consumista, conceito que partilha com Marx para quem existe uma evidente característica fetichista nos objetos e mercadorias produzidas pelos sistemas industriais capitalistas. Marx abordou o carácter místico da mercadoria, “coisas a um tempo sensíveis e suprassensíveis (isto é, coisas sociais)” (Marx, 1974: 112) introduzindo a separação entre a natureza física dos produtos do trabalho e através da troca, a respetiva existência social, a qual incorpora valores somente decifráveis através de uma alocação individual de sentido.

Para Simmel, a ação consciente (por oposição á ação instintiva) é aquela que conduz a um fim preciso, sendo que a satisfação sentida pelos indivíduos é resultante das consequências que a ação produz, e não pela ação em si mesma, sendo que o ato alimentar pode refletir duas categorias comportamentais distintas (instintiva e intencional):” o ato de comer exclusivamente para satisfazer a fome enquadra-se na primeira categoria; comer para apreciar o sabor dos pratos cai na segunda” (Simmel, 2004:204).

3.2 Teorias em confronto

Sendo o mundo social padronizado e não caótico, em que os atos se podem combinar através das normas ou das expectativas partilhadas, mas igualmente a construção da individualidade é simultaneamente a construção da sociabilidade, e as interações são materializadas por atores

em permanente deslocação espaço-temporal, articulando o livre-arbítrio e o condicionalismo sistémico, importa localizar as opções alimentares dos indivíduos entre a reificação das estruturas, por um lado, e o reducionismo da ação a um agregado de micro-interações, por outro.

Nem os papéis sociais (enquanto expectativas normativas, conceito teorizado por Parsons) nem as disposições explicam, completamente, os jogos sociais concretizados pelos atores, fornecendo somente recursos interpretativos que os atores usam nos processos de interação (Mouzellis, 1992:126). Mouzellis, questionando os pressupostos de que a interação tem de ser micro e o sistema, macro, explora o conceito de macro atores, considerando atores coletivos e mega atores como entidades produtoras de interações mobilizadoras de amplos recursos e geradoras de repercussões de amplo alcance (1992:123). A ação é moldada pela articulação entre os papéis sociais, as disposições e a própria dinâmica da interação. Esta articulação, porque produzida e reproduzida por atores individuais e coletivos, criativos, reflexivos, emocionais, portadores de cultura e ideologia, materializa-se em intervalos espaço-temporais inescapáveis à incerteza e indeterminação.

A ação é assim o resultado da interação entre o individual e a sociedade, cabendo aos processos de socialização a moldagem do comportamento individual em social sendo que, em paralelo, a liberdade individual confronta as inclinações e idiosincrasias com as prevalentes normas sociais, daqui resultando a afirmação dos atores como um fenómeno social.

A conceptualização do funcionamento da ordem social, independentemente das correntes teóricas mobilizadas, constitui um dos objetivos nucleares da sociologia (Pires, 2007:15). Sendo o ato alimentar um elemento estruturante da ordem social, nas sociedades humanas, a modernidade alimentar, em termos macrossociais, afirma-se na relação tensional entre processos de homogeneização, controlo e ainda medicalização, por um lado, e movimentos de consumos alternativos, resistência e redescoberta de saberes e sabores tradicionais, por outro (Lopes, 2006: 73) surgindo como um palco de excelência para a análise da relação ação - estrutura. A complexidade analítica associada ao ato alimentar, e o desafio da respetiva localização no seio das dinâmicas sociais, tem estimulado múltiplas perspetivas sociológicas e antropológicas seja colocando-o no centro do modelo dicotómico natureza-cultura (Lévi-Strauss, 1964:152), enquanto expressão dum sistema de regras e normas vocacionadas para o controlo social, instrumento privilegiado de construção identitária, ou ainda gerador de subjetividades que organizam a relação dos indivíduos com o contexto histórico e cultural em que agem (Lupton, 1996:15).

Um dos teóricos com obra mais substantiva, e um dos primeiros a propor uma teoria geral da ação de matriz macrossociológica, autêntico *corpus* doutrinário, constituindo esta mais do que uma associação de fórmulas de problematização de dilemas sociais, foi Parsons, para quem o esquema de ação implica um ator; “ação é uma série de atos de um ou mais atores” (Parsons, 1937: 745), sendo de considerar este último como “o agente atuante no desempenho de um papel” (Pires, 2007:27). Esta abordagem, sublinhando o carácter sistémico da ação, virá a desempenhar papel de relevo na análise sociológica e alimentar o desenvolvimento teórico-conceptual, em particular, nos domínios da Sociologia da Saúde e do Género.

Parsons (1937) e Boudon (1979) abordam os conceitos de unidade elementar da ação, e de papel, a partir de princípios epistemológicos distintos. Para Parsons a mais pequena unidade elementar da ação humana, a qual é ainda relevante para o esquema da ação, é designada de ato elementar, numa lógica quase modular já que podem ser entendidos como capazes de se combinarem para constituírem cada vez mais complexos sistemas de ação, sendo estes sistemas orgânicos, na lógica de que as propriedades que deles emanam, podem desaparecer no caso de existirem ruturas significativas ao nível dos atos elementares⁵³. Isoladamente, as unidades de ação são despidas de propriedades; é a sua integração, e relação orgânica com outras unidades de ação, que produz um todo inteligível (Parsons, 1937: 743); os atos complexos são assim compostos por cadeias de atos elementares. Na sua obra mais tardia, em particular, *The Social System*, e procurando alargar a moldura conceptual, os blocos constitutivos dos sistemas de ação não são já os atos elementares, mas os papéis sociais desempenhados pelos indivíduos (Scott, 1995:41).

Boudon, no final dos anos 70, marcados em França por um enfraquecimento das ideias estruturalistas e marxistas⁵⁴, as quais tinham dominado o pensamento sociológico durante os anos 50-60, reintroduz a autonomia do ator, o qual considera o átomo lógico da sociedade, e transfere para o indivíduo a nuclearização do processo, já que deve constituir o princípio do individualismo metodológico, considerar os indivíduos ou atores individuais, incluídos em qualquer sistema de interação, como as unidades analíticas elementares (Boudon, 1979: 62). Partindo deste postulado Boudon ativa a noção de papel, definida a partir do *exterior* ou do *interior*, como indispensável ao processo de análise dos sistemas de interação (Boudon, 1979:

⁵³ *Unit acts* no original

⁵⁴ Este declínio assume duas formas: Teórica (emergem novos paradigmas; a obra “O Actor e o Sistema” de Crozier e Friedberg é publicada em 1977) e ideológica (afirmação da doutrina liberal no plano político e intelectual).

68) criticando as posições “funcionalistas” que apresentam os sistemas de papéis como impondo aos indivíduos, constrangimentos normativos, permitindo-lhes somente uma autonomia limitada. Para Boudon os indivíduos, motivados para encontrar as soluções que melhor sirvam os seus interesses em função de constrangimentos exógenos e endógenos, alargam os limites autonómicos, alimentados por distintas interpretações da definição dos papéis que induzem alguma variância, pelo facto de as normas associadas a um papel serem, frequentemente, contraditórias o que gera alguma ambivalência e ainda pela circunstância de muitos papéis serem de natureza compósita, formados por conjuntos complexos de sub-papéis mais elementares, e de os indivíduos desempenharem geralmente múltiplos papéis (Boudon, 1979:70-71). A complexidade dos indivíduos coloca limites ao determinismo dos sistemas de interação os quais divide em: sistema funcional (intervenção de atores ligados pelos papéis definidos pelo sistema) e sistema de interdependência (articulação de agentes cujas relações são independentes dos papéis) (Boudon, 1979: 96-97).

Boudon afasta-se assim das propostas sociológicas que concebem a interação social como um processo altamente estruturado, no qual os agentes agem realizando escolhas constrangidas por um conjunto partilhado de valores e normas, interiorizadas como consequência da aprendizagem intergeracional e promotoras de um condicionamento cultural e moral da ação, antes sublinhando o carácter aberto dos papéis desempenhados pelos atores sociais: *“esta abertura assegura ao sujeito social uma margem de autonomia tão real que o sociólogo que a negligencie, será seguramente alvo de caricatura”* (Boudon, 1979: 90-91). O funcionalismo, ao privilegiar a relação entre papéis, quase dispensa da análise sociológica a racionalidade dos agentes, que protagonizam a ação social, território analiticamente explorado por Boudon ao sublinhar que apesar do detalhe com o qual as instituições definem os elementos, de um sistema de papéis, esta minúcia, pelas circunstâncias da complexidade da vida social, nunca é suficiente para privar o ator social de toda a margem de autonomia, concedendo-lhe suficiente latitude interpretativa da forma mais conveniente aos seus interesses (Boudon, 1979: 71;80). Já para Giddens, um teórico da prática, a modernidade estimula a plasticidade dos atores sociais pois a gestão da sua trajetória de vida implica a confrontação com uma diversidade de possibilidades, escolhas e aleatoriedades, que amplificam os limites, no interior dos quais, os exercícios de reflexividade permanente determinam decisões mais ou menos estruturantes: *“nós somos, não o que somos, mas o que fazemos de nós próprios”* (Giddens, 1991:75). A confrontação com processos de mudança massiva obrigam a movimentos de autorregulação do *self* de que a terapia, incluindo a autoterapia, constituem expressão material (Giddens, 1991:80). Este permanente processo de

calibragem faz do corpo, mais do que um objeto passivo, uma extensão de processos de reflexividade que instrumentalizam atividades diárias, como a alimentação, revalorizando-a como suporte simbólico dos processos de reconstrução identitária (Lopes, 2006: 12). A conectividade e mobilidade atuais estão criando legiões de atores sociais em modo “always-on”: em permanente processo de produção e recepção de informação, em intensa interação social, e a promover jornadas de aquisição de objetos de consumo de forma cada vez mais errática e volátil. Aliás a volatilidade dos tempos modernos, em que as “conexões” substituem os “relacionamentos” e as “redes” substituem os “parceiros” (Bauman, 2006:14), gera tal fluxo de dinâmicas que confronta os atores com a necessidade de permanente reposicionamento social.

A exploração analítica do conceito de ação social remete para a identificação do primado ontológico da socialização, ou da razão, na explicação das complexidades sociais e legítima, de alguma forma, a hiper-diferenciação teórica a que se assiste (Pires, 2007: 13) na articulação dos conceitos ação-estrutura. A personalidade dos atores sociais é tão dificilmente redutível a uma coleção de ‘papéis’, quanto este conceito (papel social), na lógica estrutural-funcionalista, pode ser considerado como completamente apetrechado para explicar o exponencial processo de mudança a que estão sujeitas as sociedades capitalistas modernas, as quais se alimentam da atividade criativa e transformadora dos indivíduos, que extravasam as fronteiras da “fôrma” social estruturalmente imposta, e criam novas normas e novos papéis. O ator social é hoje um construtor de redes de inovação e partilha, incubadoras de novos papéis sociais, mais fluídos, de aprendizagem mais gradual já que a informação sobre o processo é descoberta pelo ator de modo sequencial, peça a peça (Boudon, 1979:87), emanando do processo criativo, do qual o próprio ator é elemento constitutivo, fenomenologia já identificada por Boudon, o qual, citando R. Crozier, sustenta que a crescente complexificação do sistema de divisão do trabalho tem como consequência a multiplicação dos papéis e densificação da sua estrutura, gerando maiores contradições e ambiguidades, catalisadores de uma incremental autonomia, iniciativa e responsabilidade dos indivíduos (Boudon, 1979:180).

Os alimentos funcionais constituem-se como território, privilegiado, para observação de como se processa a reflexividade no que respeita as decisões mundanas e, nessa justa medida, da relação dialética entre estrutura e ação e questionamento das diversas propostas teóricas já que, por exemplo, os consumidores de alimentos funcionais fazem-no “livremente” mas no contexto de um ambiente ideológico, regulamentar e comunicacional, com a capacidade de estruturar, ou determinar (segundo algumas perspectivas teóricas), a ação. As propostas da corrente designada de realismo crítico, de que Margaret Archer constitui um dos

principais expoentes, em particular a teoria da deliberação reflexiva, propõem-se desempenhar papel de mediação, entre agência e estrutura, ao questionar a capacidade do conceito de *habitus* de explicar as dinâmicas dos atores no final do século XX e século XXI (Archer, 2013:7). Tais propostas parecem emergir como dotadas de capacidade para iluminar a complexidade do processo decisional, no terceiro milénio, competindo com a teoria (de compromisso) da estruturação de Giddens e a teoria (tendencialmente reducionista – estruturas sociais reduzidas aos efeitos agregados de ações individuais) da ação racional de Boudon.

Importa pois, à análise sociológica, não integrar a análise dos fenómenos sociais em grandes análises teleológicas, ou deterministas, mas aceitar que as relações sociais se materializam em quadros de interdependência de distintas arquiteturas já que “ *as transformações têm a sua origem não na natureza de seres humanos singulares mas na estrutura da coabitação de muitos. A história é sempre a história de uma sociedade, mas com toda a certeza, a de uma sociedade de indivíduos*” (Elias, 1987; 2004:65), produto da circularidade estrutura → ação → estrutura (material e simbólica) já que todo o ator social, mesmo quando solitário, é um agente socializado (Radin, 2017:604). As distintas teorias sociológicas ajudam-nos pois a iluminar as forças motrizes que antecedem e modulam um dos mais elementares atos humanos: decidir o que ingerir.

3.3 Os A.F. como objeto de análise sociológica

Numa era de incertezas e ansiedades no que respeita a segurança alimentar⁵⁵ quanto ao efeito, na saúde, dos alimentos ingeridos (EUFIC, 2011), o papel dos “bons” alimentos na prevenção de doenças, gestão de condições crónicas e sustentação de adequados níveis de qualidade de vida, emerge como uma reconfortante certeza. A relação intrínseca entre saúde, ou a ausência desta, e ingestão alimentar encontra-se bem estabelecida desde tempos ancestrais. Dos extensos exemplos da Medicina Tradicional, em vários países, a qual usa distintos alimentos como base para a preparação de remédios e rituais até ao caldo de galinha, de origem judaica, mas presente em muitas culturas, com o seu efeito físico (termorregulador) mas igualmente acolhedor, evocativo de afetos familiares (Anderson, 2014: 127). Da sugerida relação entre a alargada esperança média de vida, para a época, dos cavaleiros Templários e a respetiva dieta rica em peixe, fruta, vegetais e leguminosas (Franceschi et al., 2014) até à estreita relação

⁵⁵ BSE (Doença das “Vacac Loucas”); Dioxinas; nitrofuranos nas aves; mercúrio e outros metais pesados nos peixes; pesticidas e herbicidas – glifosato- nos vegetais; antibióticos na carne de animais

entre deficiência em vitamina C e escorbuto, que afetou os marinheiros entre os séculos XVI e XVII, e o efeito benéfico da ingestão de citrinos, em particular laranja e lima (Baron, 2009). O ancestral papel do alimento enquanto o contributo primário para saúde e saberes leigos foi, com o advento do medicamento, de alguma forma relegado para um papel secundário, no arsenal terapêutico, dando lugar a uma solução revolucionária: comprimidos, cápsulas e xaropes, fruto da engenharia química, capazes de oferecer verdadeiros milagres, curativos, rejuvenescedores e revigorantes, aos mais apressados, menos tolerantes, corpos cansados e doentes, das eras industrial e contemporânea (Vuckovic, 1999); o conceito de “um comprimido para cada situação”⁵⁶ infiltrou o quotidiano das sociedades modernas (Mintzes, 2002). Ironicamente, foi a intervenção tecnológica que revalorizou o alimento e o colocou no epicentro de uma das mais substantivas dinâmicas sociais da modernidade: a procura de uma dieta saudável e um estilo de vida ativo, e socialmente comprometido, e o correspondente investimento num *self* autêntico.

Os alimentos funcionais podem ser, conceptualmente, localizados entre o alimento e o medicamento constituindo-se assim como um objeto social híbrido capitalizando a fusão da componente alimentar, enquanto veículo, e dos ingredientes adicionados enquanto agente com potencial terapêutico; mobilizando dos alimentos as perceções de natureza e inocuidade e dos medicamentos as perceções de eficácia e legitimidade. As fronteiras entre medicamento e alimento e, por extensão, entre produtos naturais e farmacológicos apresentam crescente porosidade material e analítica e começam a desvanecer-se (Lopes, et al. 2014:4). A tradicional linha divisória entre objetos de consumo e terapêuticos dilui-se no que respeita os medicamentos (Lopes & Rodrigues, 2015:14) assim como os alimentos, resultado da combinação de: (i) a crescente aceitação, pelos consumidores, da importância de se comprometerem com uma dieta saudável de forma a modelarem os respetivos futuros perfis de saúde e, em consequência, do novo papel social reservado ao alimento; (ii) as agressivas fórmulas de comunicação por parte da indústria farmacêutica e, em particular, as campanhas de extensão das fronteiras da doença⁵⁷ (Moynihan et al., 2008); (iii) a invenção, por parte da indústria alimentar, dos “tecno-alimentos” enquanto pura fabricação de marketing, tal como descritos por autores mais cétricos, aproveitando um ambiente regulamentar mais liberal (Nestle, 2013). Com o propósito da exploração analítica das perceções, associadas aos alimentos funcionais, podem ser mobilizados os seguintes quadros conceptuais de referência:

⁵⁶ “A Pill for every ill” no original

⁵⁷ “Disease-mongering” no original

- a) O conceito de “Objetos-fronteira”⁵⁸, proposto por Star & Griesemer (1989: 393), como tendo suficiente plasticidade para se constituir como um meio de tradução de diferentes significados; O alimento funcional é o perfeito exemplo de um objeto no qual “cada mundo social tem uma jurisdição parcial sobre os recursos por ele representados” (Star & Griesemer, 1989: 412). Os objetos de fronteira podem ser considerados como facilitadores de pontes cognitivas entre significados, interpretações e percepções, envolvendo distintos atores sociais, e não exclusivamente uma estrutura física dotada de ambiguidade ou flexibilidade interpretativa (Star, 2010: 602). Alguns autores têm defendido o potencial analítico que resulta da aplicação deste conceito ao alimento (Eden, 2011: 181) considerando a versatilidade que apresenta para conectar dimensões sociais tão diferentes como sejam aquelas associadas às percepções leigas, discurso pericial e os interesses dos fabricantes. O território dos alimentos funcionais apresenta-se como de elevada complexidade já que compreende diferentes tipologias de produtos, desde a simples água mineral, enriquecida com fibras, até aos mais sofisticados iogurtes disponibilizando “bactérias boas”, todos apresentando alegações de saúde e embalados com rótulos codificados, mesclando mercantilização com ciência, tentando invocar ideias positivas (Eden, 2011: 190) tornando-se assim, e de forma natural, um campo que alimenta diferentes percepções e significados e, no limite, diferentes subjetividades.
- b) A relação de proximidade dos alimentos funcionais com o medicamento, no que respeita a criação de subjetividades associadas com a dimensão “eficácia”, reconfigurando o consumo daqueles seja numa extensão das dinâmicas quotidianas da “*farmacologização*”, seja numa assumida resistência a tal processo (Lopes & Rodrigues, 2015; 15) e, ainda, em concatenação com as lógicas de comunicação e consumo dos medicamentos, contribuir para a redefinição dos limites entre o normal e o patológico e, para além desta dicotomia, “entre o natural e o artificial assim como entre inclusão e exclusão” (Collin, 2015:84).
- c) O conceito de Pluralismo Terapêutico enquanto expressão de novas culturas terapêuticas e de consumo, na confluência das dimensões “natural” e “química”, e na articulação das dimensões sociais de complementaridade ou alternância ao medicamento, as quais desempenham um importante papel na disseminação de novas formas de “*medicalização*” da vida diária (Lopes & Rodrigues, 2015:25) acompanhando a emergência de novos motores de “*medicalização*” (Conrad, 2005). As

⁵⁸ “Boundary Objects” no original

culturas terapêuticas refletem os modos de apropriação pragmática, numa lógica de otimização da relação custo-benefício terapêutico, por parte dos indivíduos, das práticas e experiências partilhadas, da homogeneização de conceitos e fontes de informação. Atualmente os processos de escolha, no que respeitam os cuidados de saúde, são cada vez mais plurais, relacionais e negociados (Gabe et al., 2015: 629), dotando as culturas terapêuticas duma componente mais holística e experimental com os consumidores de saúde mobilizando diferentes recursos e ainda mais desvanecendo as distinções entre alimentos, suplementos e medicamentos (Nestle, 2013: 297).

- d) O conceito designado de “efeito aderente saudável”⁵⁹ (Patrick, et al., 2011:513), importado da biomedicina, o qual sugere que os graus de adesão a determinadas práticas de saúde refletem, mais do que um fenómeno isolado, uma disposição individual para um consumo disciplinado, refletindo uma prática consciente e sustentada. Este conceito, em simbiose com as propostas de Bernard Lahire, das disposições enquanto propensões, inclinações (“é mais forte que eu”) (2004 [2002]:330), sugerindo um quase sistema vocacional, pode constituir contributo válido para compreender porque razão os doentes que são cuidadosos na adesão aos regimes prescritos, para tomada de medicamentos, tendem a ser os mesmos que aderem a outras práticas saudáveis ou promotoras de saúde como seja uma alimentação saudável, a ingestão de suplementos, a prática de atividade física, recusa ou abandono de hábitos tabágicos, limitação do consumo de álcool, a realização de testes e análises, de forma regular, a toma de vacinas etc., constituindo a adesão à terapêutica medicamentosa um bom marcador de um comportamento globalmente saudável (Simpson, et al., 2006: 5), podendo, neste contexto, a ingestão de alimentos funcionais constituir mais uma manifestação da “*medicalização*” das práticas corporais.

As proposições analíticas, acima referidas, deverão ser entendidas, tão-somente, enquanto instrumentos operativos submetidos às molduras conceptuais da “*medicalização*”, e seus agentes, no que respeita os processos de “oferta” e “procura” e a sugerida evidência de que “importantes áreas de medicalização estão a migrar do domínio profissional para o domínio do mercado” (Conrad, P. and Valerie Leiter, 2004: 159), assim como da “*Farmacologização*” classicamente entendida como “a colonização do quotidiano e dos futuros perfis de saúde por parte das soluções medicamentosas” (Williams et al., 2011: 721). Apesar de a extensa produção teórica existente, sobre esta temática, respeitar sobretudo ao

⁵⁹ “Healthy Adherer Effect” no original

regime farmacêutico, e a correspondente utilização disseminada do medicamento, considera o autor da Tese como justificada a importação de tais conceitos para a análise sociológica dos produtos de base alimentar, promovidos e percebidos enquanto possuidores de qualidades e qualificações próximas dos medicamentos, oferecendo aos consumidores soluções de equilíbrio entre o risco e a eficácia, como é o caso dos alimentos funcionais. A tendência para uma gestão de saúde personalizada, com mobilização de recursos alimentares selecionados em função do acesso, preço, palatabilidade, conveniência, percepção de eficácia e indução de gratificação em associação com uma indústria farmacêutica em convergência com a indústria alimentar, esta última focada na oferta de categorias alimentares com potencial de vendas significativo, revelam uma complexa matriz de interações entre atores sociais e redes de conexão de integração sistémica e interação social de que a Figura 1.3 procura dar conta. As relações não-lineares entre conexões de integração sistémica (ou fluxos de influência direta) e aqueles de interação social (ou fluxos de influência indireta) localizam os alimentos funcionais no interface de várias dinâmicas sociais tornando-o um objeto singular mas com potencial para o desenho de propostas universalizantes (Bourdieu, 1984 [1979]: xi) e exemplo de um objeto banal ao qual é conferido estatuto estético (Bourdieu, 1984 [1979]:5).

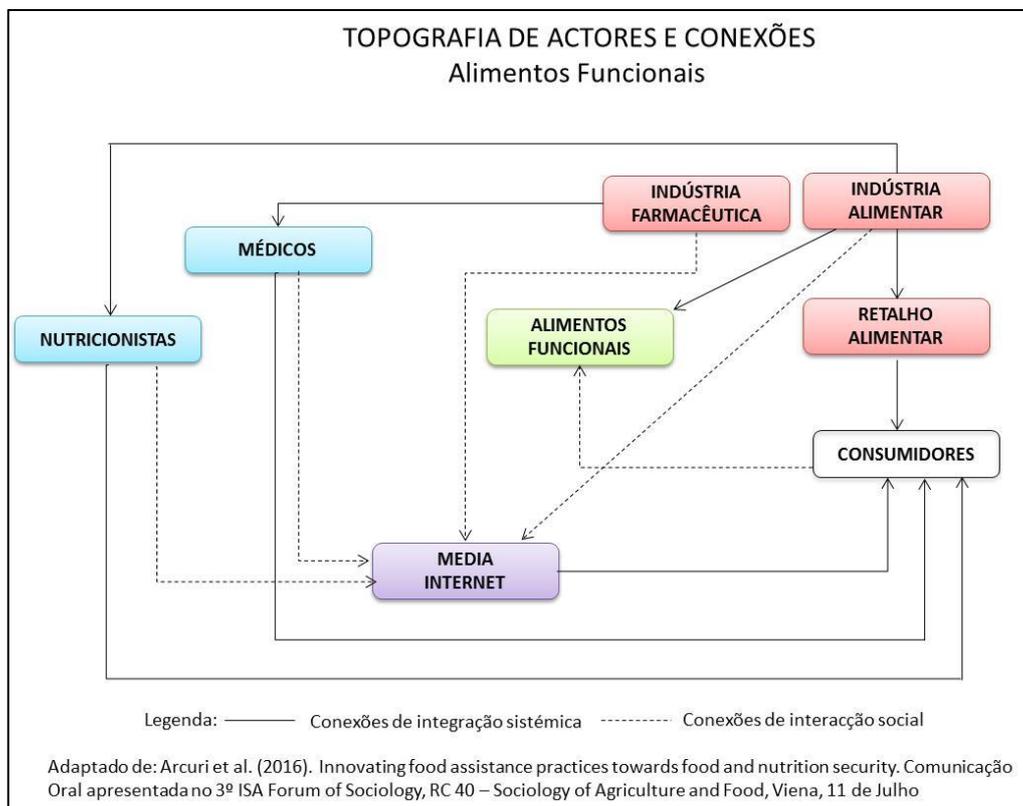


Figura 1.3 - Topografia de actores e conexões: alimentos funcionais

3.4 Alimentos funcionais: enfoques analíticos

3.4.1 Medicalização, Farmacologização e Terapeuticalização

A exploração analítica da finalidade de uso dos alimentos funcionais, enquanto instrumento terapêutico, recomenda a convocação prévia de conceitos desenvolvidos pela sociologia da saúde: medicalização, farmacologização e terapeuticalização. Imprecisão conceptual e a correspondente diluição de fronteiras? Evolução cronológica de matizes do mesmo fenómeno? Ou o poder biomédico a subsumir expressões distintas, de um mesmo fenómeno, induzindo práticas e racionalidades na periferia do puro controlo médico gerando círculos concêntricos de influência, e domínio, de progressiva impercetibilidade a exigir controlado fechamento analítico por parte das ciências sociais? Importa pois, antes de mais, clarificar estes conceitos pois serão os mesmo mobilizados enquanto instrumentos de decomposição teórica da complexidade inerente às finalidades de uso do alimento funcional.

Os fenómenos sociais contemporâneos da medicalização do estilo de vida, conceptualizada como a definição de um problema em termos médicos, habitualmente enquanto uma doença ou perturbação ou a utilização de uma intervenção médica para o tratar (Conrad, 2005), e da farmacologização, conceptualizada como a jurisdição do medicamento em termos de tratamento ou melhoria das condições humanas (Coveney, Gabe, & Williams, 2011) impregnam a totalidade do tecido social (Lopes, 2004), associando-se às novas culturas corporais (afirmação de uma cultura hedonista em detrimento de uma cultura instrumental). Expressam-se pela combinação de relações biunívocas entre processos *top-down* (ex. o discurso técnico-pericial) e *bottom-up* (ex. apropriação por parte dos indivíduos dos conceitos propagados e correspondente impregnação das práticas criando “mercado” para posteriores incursões descendentes), replicando a lógica da relação entre oferta e procura descrita pela ciência económica. A consolidação deste processo é, segundo alguns autores, legitimada pela aceitação inferiorizada dos indivíduos vencidos pelo desejo de estar bem, numa sociedade de riscos:

“O estímulo empírico mais poderoso, advém da percepção de cada um de que tem, ou acredita que tem, algo de organicamente errado, ou formulado de modo mais positivo, o que é que pode ser feito, para que cada um se sinta, aparente ou funcione melhor”
(Zola, 1972).

A par da farmacologização o conceito de ‘farmaceuticalização’ integra, igualmente, o campo lexical sociológico. Primeiramente proposto por Abraham, que o define como “o processo pelo qual condições sociais, comportamentais ou corporais, são tratadas ou

merecedoras de tratamento/intervenção com medicamentos por parte dos médicos, doentes ou ambos” (Abraham, 2010:290), remete para o papel que os resultados da investigação da indústria farmacêutica desempenham na transformação do social em campo de intervenção para a tecnociência. No território alimentar tal é claramente expresso no neologismo ‘nutracêuticos’ (fusão entre nutrição e farmacêuticos) ao qual subjaz não somente a noção da adição de aditivos sintéticos ao alimento mas igualmente que os efeitos ‘clínicos’ produzidos por estes novos alimentos são avaliados/validados pela investigação bio farmacêutica (Galesi, 2014:176).

O potencial analítico do conceito de farmacologização, e da respetiva indissociabilidade com o processo da medicalização, foi plenamente detalhado num texto nuclear de Lopes & Rodrigues o qual igualmente introduz o conceito de ‘culturas terapêuticas’ enquanto agregador de práticas e subjetividades associadas ao atual uso alargado, para além do perímetro curativo, do medicamento (Lopes & Rodrigues, 2015:14). Já o conceito neófito de *therapeuticalização* recomenda abordagem cuidada pois as referências bibliográficas são reduzidas e os conceitos nem sempre coincidentes. Replicando um exercício efetuado por Castiel et al. (2016:102;103) o acesso ao Google Académico em 31 de Julho de 2017 revela a existência de 7 resultados (6 textos por repetição de um deles) quando é pesquisada a palavra *Therapeuticalization* e 8 resultados (6 textos por repetição de dois deles) quando se pesquisa a palavra *Therapeuticalização*. Interessante a desarticulação conceptual entre a proposta de Castiel et al., que refere “propomos a expressão ‘therapeuticalização’ para designar práticas relacionadas ao cuidado em saúde, com especial ênfase nas tecnologias de auto monitoramento da saúde que coletam dados que permitem às pessoas um esquadramento constante de funções biológicas como forma somática de produção de subjetividade” (Castiel et al., 2016: 96;102) a qual relewa, implicitamente, a dimensão diagnóstica, e a definição enunciada por Lopes & Rodrigues de *therapeuticalização*, enquanto expressão particular da farmacologização, nomeadamente em contextos exteriores à órbita estrita da saúde, por exemplo nos processos de incremento de performance física, intelectual ou sexual. Apesar de ser tema a merecer futura exploração analítica, e teórica, adota-se, na presente investigação, o conceito operativo proposto por Lopes & Rodrigues por se entender que o espaço de intervenção corporal entre os estados de saúde e doença, este último momento consagrado para o uso tradicional do medicamento, tende hoje a ser preenchido por estádios intermédios de intervenção corporal plural sugerindo novos ângulos de problematização sociológica quanto á utilização do medicamento em territórios

desconectados da área da saúde (Lopes & Rodrigues, 2015:14) ou a utilização, por exemplo, de alimentos com fins terapêuticos.

O desenvolvimento das sociedades ocidentais, nas últimas décadas, fez emergir dinâmicas sociais suficientemente poderosas para relegar a instituição médica para um papel menos preponderante, na expansão da medicalização, tendo de partilhar esse território com outras forças motrizes, nomeadamente as indústrias farmacêutica e de biotecnologia e os consumidores (Conrad, 2005), desempenhando o marketing, e a comunicação, um importante papel de charneira entre estas duas dimensões. Diversos autores propõem a existência de relações estruturantes entre técnicas de marketing social e o conceito de medicalização (Brennan et al. 2010), curiosamente ambos com origem próxima na 2ª metade do século XX⁶⁰ ⁶¹ ⁶² (Andreasen, 1994; Illich, 1976; Zola, 1972). A palavra *Marketing* (Market+ing) significa literalmente algo como mercado em ação i.e. atores sociais, políticos e económicos, em processos de interação dinâmica, construindo e reconstruindo uma realidade densa de significados, terreno fértil para a modelação de múltiplas interpretações e perceções, e a intervenção de subtis práticas e técnicas com potencial para alterar atitudes e comportamentos. Procurando ir além de uma visão mecanicista, que coloca a indústria farmacêutica como ocupando o papel anteriormente desempenhado pela classe médica, enquanto catalisadora da medicalização, alguns autores propõem esta como um fenómeno social com o qual o marketing farmacêutico interage, em particular pelo ênfase colocado no tratamento de riscos e percursos da doença e consequente responsabilidade na reclassificação, para o domínio médico, de sintomas e comportamentos anteriormente fora de tal jurisdição (Brennan et al. 2010), processo significativamente amplificado pelo progressivo

⁶⁰ As teorias de marketing, embora com desenvolvimento mais estruturado no início do séc. XX, vêm emergir na década de 1960 a escola de pensamento do marketing social (trata das necessidades e exigências dos consumidores e respetiva satisfação) e conhece a fase da socialização (adaptação do marketing às mudanças sociais) a partir de 1971 com base num artigo, clássico, publicado no *Journal of Marketing* intitulado “*Social Marketing: An Approach to Planned Social Change*” (Kotler & Zaltman, 1971).

⁶¹ Illich um dos mais contundentes e controversos críticos da medicalização sugere que a medicina institucionalizada se transformou, ela própria, numa ameaça à saúde, pela difusão de três tipos de iatrogénese (doença que resulta diretamente do tratamento aplicado): clínica, social e cultural

⁶² Zola (1972) ilustra o processo incremental da jurisdição da medicina, utilizando uma grelha analítica, que sublinha a expansão da medicina para os territórios da prevenção, hábitos e fatores de risco, a defesa de um acesso quase absoluto a áreas “tabu” (ex. envelhecimento, toxicodependência, alcoolismo e gravidez) e do controlo absoluto sobre certos procedimentos técnicos

envelhecimento da população. Apesar da medicalização poder gerar dinâmicas sociais positivas (ex. os processos de diagnóstico e etiquetagem podem contribuir para chamar a atenção para patologias de etiologia desconhecida e geradoras de grande ansiedade e sofrimento), evidenciam-se sobretudo os seus efeitos perversos cujas manifestações, mais salientes, são a generalização do diagnóstico e a “terapeuticalização” das intervenções corporais, com recurso predominante ao medicamento, estimulando por sua vez a busca e valorização, por parte dos indivíduos, de soluções que prometem efeitos rápidos e eficazes na lógica da contemporânea ausência de tolerância e tempo para se estar doente ou debilitado (Vuckovic, 1999). Os conceitos de medicalização e “biomedicalização” (biomedicina alavancada em tecnociência) os quais expressam uma dimensão ideológica, e “farmacologização” com uma dimensão mais instrumental, porque concretizadora, na dimensão corporal, das anteriores, partilham muitos quadros analíticos e alimentam-se de uma prática reiterada, por parte do marketing farmacêutico, de dramatização social. Esta expressa-se, habitualmente, por: (i) Transformar mal-estar ou problemas pessoais ou sociais em doença (ii) Catalogar estados transitórios como severos e disseminados (iii) Etiquetar sintomas moderados como sinalizadores de doenças sérias (iv) Associar riscos a doenças e (v) Amplificar estimativas da prevalência de certas doenças (Moynihan et al., 2002: 887). Esta dramatização/alarmismo⁶³, por parte da indústria farmacêutica, a qual gasta em promoção aproximadamente 25% das respetivas vendas – quase o dobro do que gasta em investigação e desenvolvimento – tem sido apontada como contribuindo para a “terapeuticalização” da vida diária tendo como consequência tratamentos potencialmente desnecessários, efeitos secundários daí decorrentes, e delapidação de recursos (Moynihan et al., 2008:0684). Esta prática tem sido objeto de análise, e crítica, no âmbito de campanhas de comunicação e promoção dos alimentos funcionais, por exemplo de produtos para o controlo do colesterol, as quais se apoiam em narrativas construídas para incrementar o consumo, fazendo do colesterol uma pseudo-doença, mais do que veicular informação de qualidade sobre a prevalência e os fatores de risco para o colesterol elevado nas mulheres (Jovanovic, 2014:643). Estas dinâmicas cruzam-se, e combinam-se, em alianças informais de companhias farmacêuticas, médicos e associações de doentes (Moynihan et al., 2002:886), com potencial para, em simultâneo, expandir o leque de condições corporais apropriadas para intervenção terapêutica e estimular a pulsão consumista alavancada numa crescente reflexividade, conhecimento e ativismo, por parte dos doentes (Doran & Hogue, 2014:13) e “proto-doentes”. O estatuto

⁶³ “Disease mongering” na literatura anglo-saxónica

destes últimos resulta de uma intervenção cada vez mais precoce (a montante do percurso clínico) na identificação das doenças, e sua patogénese (território da biotecnologia e da genética), submetidos a um sistema de vigilância médica (e social) mais ou menos moderada (de Swaan, 1990). Já Illich chamava a atenção para o facto de a prática médica patrocinar a doença ao estimular uma sociedade mórbida a qual encoraja os indivíduos a tornarem-se consumidores da medicina curativa, preventiva e ambiental (Illich, 1976: 10-12).

Na justa medida em que se acentua, nas sociedades modernas, e no que aos recursos de saúde respeita, a desarticulação entre recursos necessários e recursos disponíveis, crescem as ideologias valorizadoras dos processos preventivos, reconstruindo novos equilíbrios entre o marketing farmacêutico, acantonado ao território da medicina curativa, e um florescente marketing agroalimentar, empenhado evangelizador das práticas preventivas nas quais o alimento funcional cumpre um especial papel enquanto veículo de medicalização da dieta alimentar. O protagonismo do marketing agroalimentar parece resultar da incorporação de algumas das mais conhecidas estratégias utilizadas pelo marketing farmacêutico, nomeadamente a utilização, como consultores pagos, de cientistas, que nalguns casos ocupam posições de destaque em painéis governamentais de aconselhamento, e a definição de políticas públicas como foi recentemente divulgado no que respeita a indústria dos produtos açucarados ('Big Sugar') colocando sob reserva a independência das propostas da ciência alimentar (Lodar, 2015), e as iniciativas de autorregulação em particular da indústria do açúcar, evidenciando as manifestações contemporâneas do magnetismo do 'campo de influência' daquela indústria (Gornall, 2015: 2). O crescimento da ideologia preventiva tem sido alavancado na progressiva evolução de uma sociedade dominada por perigos para uma sociedade dominada pelos riscos (Maturo, 2012). A disponibilização de informação sem limites ou fronteiras, as campanhas de sensibilização e motivação para a adoção de hábitos saudáveis, o arsenal terapêutico 'natural' e sintético disponibilizado ao consumo, o expressivo desenvolvimento das técnicas de diagnóstico e a monitorização de sinais e sintomas com recurso a tecnologia *mobile* têm, de forma articulada, progressivamente vindo a transformar a doença num risco externo cuja responsabilidade pela respetiva prevenção passa da esfera social para a esfera pessoal (Maturo, 2012). Segundo esta ideologia a expressão clínica, de um leque alargado de doenças, deixa de ser o resultado da combinação aleatória de variáveis (hereditariedade, agressividade ambiental, debilidade do sistema imunitário, debilidade nutricional etc.) para ser a resultante de um diagnóstico ou teste genético que ficou por fazer. A título de exemplo tomemos a intolerância à lactose ou glúten, no passado um perigo relativamente pouco conhecido mas com elevados índices de morbilidade, cuja expressão,

atualmente, devido aos testes de diagnóstico existentes, passou a ser um acontecimento probabilístico, um risco resultante da desvalorização de sinais de alarme, da negligência dos cuidadores, da ausência de diagnóstico clínico atempado e da consequente inexistente prevenção. As determinantes sociais da doença são desvalorizadas em favor de uma abordagem tecnocrática que desresponsabiliza a autoridade/poder (estatal, empresarial) e, pretensamente, legitima as opções individuais como determinante primária da adoção ou recusa de um estilo de vida saudável, propagado precursor de um futuro com menos doença e/ou menor gravidade. A massificação desta mensagem, e respetiva incorporação por parte dos indivíduos, tem permitido que a medicalização ocupe territórios, até recentemente, não explorados como a cosmética e a nutrição (Maturó, 2012) ou os seguros de saúde, fenómenos que, em articulação com o desenvolvimento da Internet, e a respetiva influência na criação, por parte dos leigos, de novos processos identitários e subculturas associadas à doença, têm reconstruído uma nova arquitetura do processo da medicalização, diminuindo a autoridade médica e a sua abordagem determinista (valorizadora da abordagem clínica e da informação contida nos genes) à doença (Conrad & Barker, 2010). Esta monumental transformação social tem concedido significativo protagonismo aos consumidores de saúde como motor da medicalização “ascendente” (Conrad, 2005:8) alimentando racionalidades estruturantes de uma suposta ideologia leiga sobre saúde, mais ou menos autónoma, (Hughner & Kleine, 2004). Constituindo, segundo alguns autores, a autonomia um “*dado estrutural da relação dos indivíduos com a sua saúde*” (Clamote, 2012), esta parece ser modulada por múltiplas dependências como evidenciado em algumas investigações a propósito das racionalidades leigas e as práticas de saúde, mesmo em populações que assumem a saúde como “Destino” (Silva, 2012). Alguns autores concluem que a maioria dos leigos toma decisões sobre a respetiva saúde, fora do controlo pericial apertado, com base em racionalidades próprias com forte componente experiencial e conotações moral, e espiritual, dissociando-se assim de uma abordagem mais objetiva e técnica de matriz científica (Hughner & Kleine, 2004). Aqueles evidenciam ainda crescente vontade e capacidade de organização em grupos, com objetivos políticos, como é o caso dos grupos de doentes, alguns discretamente financiados pela indústria farmacêutica (Moynihan et al., 2008:0685), utentes e cuidadores (Allsop, Jones, & Baggott, 2004) sendo que, em consequência, as relações tutelares se tornam mais problemáticas (Clamote, 2012). Na verdade, o processo de endogeneização de conhecimentos periciais de saúde por parte dos leigos e a partilha e disseminação de informação entre leigos e comunidades leigas, encorajada pela tecnologia, articula-se com o poderoso incremento da literacia tecno-funcional, de vastas camadas de consumidores, originando um contínuo

processo de reapropriação, processamento e assimilação de conhecimentos e consequente sensação de controlo sobre as suas vidas; questiona-se pois a própria noção de autonomia leiga contrapondo-se a esta a proposta do conceito de racionalidades multi-dependentes. Este conceito sugere que a construção das racionalidades leigas se faz em contexto de elevada permeabilidade à cultura e ideologia dominantes no qual os processos de osmose cognitiva se sobrepõem à encapsulação cultural recusando a proposta de ‘ilhas’ de conhecimento leigo. De forma a expressar o quadro analítico descrito propõe-se um modelo de caracterização que articula os níveis macro, meso e micro da expressão contemporânea da medicalização (Fig. 2.3). Ao nível macro o discurso pericial médico, para além de alargar as fronteiras da jurisdição da biomedicina, é incorporado pelas autoridades de saúde, perante o crescimento de doenças com expressão social crescente (obesidade, diabetes), e expressa-se por um discurso estatal que estimula, quase como forma ativa de cidadania, a autovigilância e iniciativa informada dos cidadãos sobretudo por via de campanhas de sensibilização, em muitos casos alimentada pelo marketing farmacêutico e agroalimentar. A resultante, no plano meso, expressa-se pela expansão da ideologia valorizadora dos processos preventivos, e da farmacologização do quotidiano, dinâmica que, para além da tutoria terapêutica das doenças crónicas e agudas, intervém na modulação dos estilos de vida (ex. emagrecimento) e da performance cognitiva e física (ex. medicamentos e suplementos para memória ou coadjuvantes da prática desportiva ou atividade física) em indivíduos saudáveis numa lógica de customização e otimização de resultados (Coveney, Gabe, & Williams, 2011:385). Assumindo que a medicalização, enquanto expressão do poder médico, explora um pano de fundo cultural mais amplo, em particular a busca, por parte dos indivíduos, pela gratificação imediata, independentemente das consequências potencialmente prejudiciais (Brennan, 2010), sendo habilmente suportada por um discurso, hermético, que utiliza o “medicalês”, como catalisador das perceções leigas sobre o que é doença (Young, Norman, & Humphreys, 2008:5), é de admitir que este fenómeno estimule, no plano micro, racionalidades propulsoras de práticas mais seletivas, em particular nas escolhas alimentares, atribuindo ao alimento, em particular aos alimentos funcionais, um novo estatuto analítico e teórico mediando o papel transformador da ciência e tecnologia (neste caso, a alimentar).

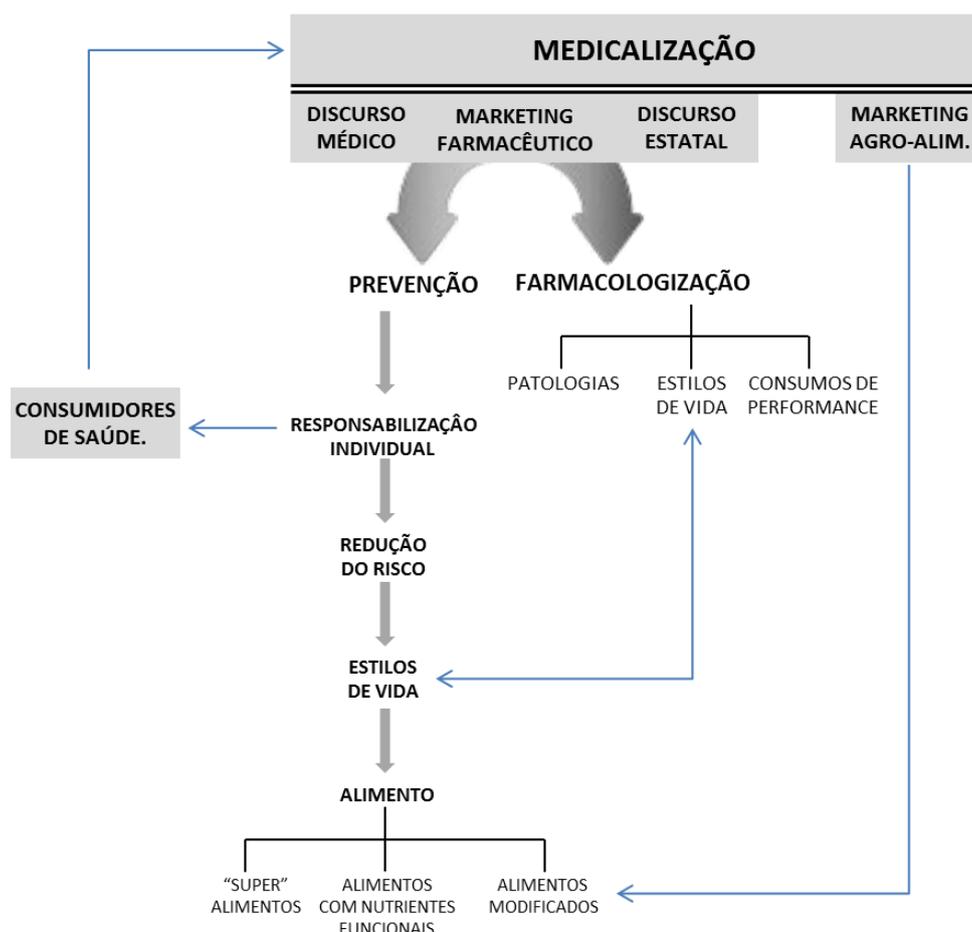


Figura 2.3 - Modelo de caracterização do atual processo de medicalização da sociedade

A farmacologização do quotidiano dos indivíduos conceito que, conforme abordagem anterior, remete para a dominância dos medicamentos nas opções terapêuticas, e a reconfiguração do seu papel no controlo e gestão do risco (Lopes, 2004), vive cada vez mais, a par com a “nutriciologização”⁶⁴ das opções alimentares, fazendo-as submeter a grelhas analíticas de recorte saudável, refletindo a progressiva endogeneização, na prática dos cidadãos, de elementos de senso comum mesclados com outros de cariz técnico-científico, em particular que a sua saúde futura está fortemente associada/dependente das opções alimentares de hoje. Este conceito é legitimado pela relevância social que doenças de carácter endémico, como a Obesidade, Diabetes e Hipertensão, têm vindo a assumir nas sociedades ocidentais, retomando as recomendações de Hipócrates no séc. V a.c.: “Que o teu alimento seja o teu único remédio.”⁶⁵. Importa igualmente sublinhar o relevante papel dos *media* na construção

⁶⁴ Neologismo para designar fenómeno semelhante à “Farmacologização”

⁶⁵ http://www.anf.pt/index.php?option=com_content&task=view&id=1031&Itemid=75

de uma consciência social valorativa do papel da nutrição, e das opções alimentares, na construção de perfis de saúde saudáveis/normativizados, e de representações sociais suportadas na triangulação imagem/saúde/boa forma, e no binómio veiculação (media) – adesão (indivíduos), e os respetivos mecanismos de identificação coletiva e individual em permanente construção e reconstrução. Mais consumidos, como um “artigo de fé”, pelos indivíduos saudáveis que aqueles doentes, parece que os alimentos funcionais materializam uma aparente mudança nos fundamentos epistemológicos da moderna biociência, de uma dimensão racional para uma aspiracional, afastando-se esta de uma autoridade racionalista para o investimento em territórios nos quais predomina a esperança mais do que a certeza. A este propósito diversos autores exploram a relação entre regimes de verdade, e de esperança, e a geração de novas subjetividades e de novos contextos espaciais, como a casa e o hipermercado, os quais, mais do que espaços em que os alimentos são adquiridos e consumidos, se assumem como territórios de materialização de reflexividades valorativas do binómio saúde-doença (Watson, 2009) e diluição das fronteiras entre o natural e o artificial. Vivemos em sociedades reflexivas, e do conhecimento, nas quais o saber vai substituindo o poder legitimador da tradição sendo que, no que respeita o alimento funcional, o significativo investimento do lado da oferta justifica questionamentos reflexivos na medida em que alimentos, progressivamente mais “tecno-personalizados”, realmente aumentarão a autonomia e liberdade de escolha de cada consumidor ou gerarão legiões de dependentes das “criações artísticas” da indústria agroalimentar? (Dubois, 1996).

O fenómeno da Medicalização o qual, como atrás enunciado, consiste na interpretação dos mais variados acontecimentos quotidianos sob a lupa das soluções disponibilizadas pela biomedicina, catalogando-os enquanto doença ou perturbação, estimula, e é por sua vez reconfigurada, por entre outros catalisadores (Conrad, 2005), pelo efeito combinado de dois movimentos de convergência nas sociedades modernas:

- 1) Convergência entre as indústrias farmacêutica e agroalimentar seja na promoção, por parte desta, de alimentos ou suplementos alimentares veiculando alegações de saúde, na utilização de estudos clínicos, técnicas de dramatização e marketing, importados do mercado farmacêutico, ou na presença de companhias farmacêuticas no terreno alimentar, pela porta da Nutrição Clínica; as fronteiras diluem-se promovendo processos de substituição e complementaridade (Weenen, et al., 2013).
- 2) Convergência entre saúde, bem-estar e vida ativa e um sistema, dinâmico, de práticas alimentares o qual progressivamente valoriza o papel do natural e a possibilidade de

abordagens/soluções personalizadas; a abordagem holística enfraquece os sectarismos alimentares (Fischler, 1979) em favor de regimes alimentares compósitos mobilizadores de recursos e conceitos culinários diversos.

Sendo um conhecido truísmo a expressão “somos o que comemos”, declinação do famoso aforismo de Brillat Savarin “Diz-me o que comes e dir-te-ei que espécie de homem tu és”⁶⁶, este parece, atualmente, estar associado a processos de re-significação remetendo, em algumas tribos urbanas, para processos de idolatria com o corpo e a saúde como os novos ídolos a adorar.

O consumo alargado de alimentos funcionais e suplementos alimentares, enquanto instrumentos terapêuticos, suportados em alegações de saúde promovidas pelo marketing, e pelos especialistas (médicos e nutricionistas), e estimulado pelas crenças daí resultantes (já que o efeito preventivo, a acontecer, em muitos produtos, não é visível no curto e médio prazos), por um lado, assim como dos super - alimentos, símbolo do natural e das ancestrais propriedades curativas dos frutos e plantas, por outro, utilizados na lógica do que alguns autores designam de “hierarquia de recursos” (Helman, 1994; 72), sugere a permeabilidade dos cidadãos a novos instrumentos de medicalização (Conrad, 2005) mesmo que tal se manifeste em práticas proto-medicalizadas à mesa do jantar ou do pequeno-almoço.

Estas práticas resultam da combinação de motivações pragmáticas, assentes num património social de conhecimento, na lógica do que alguns autores designam de “conhecimento receita” (Berger & Luckmann, 2010: 53), com um universo simbólico que fornece mecanismos de significação para a utilização de objetos que preenchem a vida quotidiana. No caso dos alimentos funcionais este processo parece consubstanciar-se pela relevância que o conceito ‘nutriente’ vem assumindo sobretudo pela via do discurso pericial; os alimentos ‘veículo’ são subalternizados em desfavor do componente adicionado, este sim o portador das capacidades interventivas. O Ómega-3, a fibra, as bactérias “*bifidus*” são os dínamos das promessas sendo os alimentos, nos quais se integram, um mero meio de transporte. A invisibilidade do nutriente, entidade que se acredita ‘estar lá’ mas sem ser observada, alimenta subjetividades que valorizam o carácter quase místico dos processos

⁶⁶ No original: “Dis-moi ce que tu manges, je te dirai ce que tu es”. Jean-Anthelme Brillat-Savarin (1840); *Physiologie du Goût ou Méditations de Gastronomie transcendante. Ouvrage théorique, historique, et à l'ordre du jour, dédié aux gastronomes parisiens par un professeur membre de plusieurs sociétés savantes.* Charpentier. Paris

ativados no plano do infinitamente pequeno somente identificados e entendidos, em toda a sua complexidade, pelos especialistas e o respetivo arsenal de códigos. O processo de medicalização opera, no plano alimentar, pela deslocação do foco cognitivo do alimento para os seus constituintes, da superfície para a profundidade, do sensorial para o tecnológico e do físico para a tabela nutricional, construindo universos simbólicos que dão sentido a biografias fragmentadas ao inscrevê-las em territórios ontologicamente ‘seguros’ como seja a jurisdição técnico-científica, a classificação, com estatuto moral, entre alimentos que ‘fazem bem’ e alimentos que ‘fazem mal’, e a distinção entre consumo (responsável) e consumismo (subjugação ideológica) (Dunn, 2008; 8). O universo simbólico no qual o alimento funcional se situa está, assim, intersticialmente impregnado por referências semânticas medicalizadas, relativas a nutrientes orgânicos e inorgânicos, e grelhas de significados relacionados com os discursos sobre alimento e saúde (Delormier et al., 2009; 221) fornecendo a moldura que ajuda a legitimar a identidade de consumidores de saúde, de perfil mais reflexivo e ativista: “A identidade é, em última análise, legitimada pela sua colocação no contexto de um universo simbólico” (Berger & Luckmann, 2010: 109).

O que parece emergir, *de facto* como um dado, analiticamente, relevante é que, na pós-modernidade, o processo de “*medicalização*” da vida social não necessita, para se disseminar, de somente reconfigurar realidades sociais comuns em patologias; os territórios alargados da saúde, bem-estar e qualidade de vida são férteis em oportunidades. Por outro lado, o autocuidado personalizado promove a medicalização por via do tecno-diagnóstico, e os seus poderosos algoritmos, o qual, numa lógica reducionista, converterá as doenças, os sinais e sintomas, os desequilíbrios afeto-emocionais, a tristeza e melancolia em tabelas de nutrientes, em excesso ou defeito, a serem corrigidos pela ingestão de alimentos naturais ou produtos de laboratório da engenharia alimentar.

3.4.2 Tecnologia e Conhecimento

Em tempos de modernidade alimentar a tecnologia impregna o quotidiano dos indivíduos sendo quase omnipresente no que respeita a oferta disponível ao consumo, assim como o acesso á mesma, e a gestão de informação que lhe esteja relacionada seja através de aplicações móveis ou redes sociais. Não sendo, na perspetiva sociológica, um elemento neutro a tecnologia outorga significado e modela subjetividades aos respetivos utilizadores, da mesma forma que estes se apropriam dos seus resultados práticos, e configuram novas utilizações, e incorporam e naturalizam o seu uso na vida diária (Lupton, 2012: 232). Nesta

lógica, alguns autores propõem o conceito da “domesticação”, aplicado à tecnologia, para explicar as dimensões prática e simbólica da adoção e uso de desenvolvimentos tecnológicos evidenciando a articulação entre o significado identitário e social das opções tomadas, e a respetiva materialidade num produto concreto, e a forma como este passa a integrar o quotidiano dos indivíduos. Este conceito, com raízes nos estudos culturais do uso dos *media*, tem sido mobilizado para explicar a rápida adoção, pelos indivíduos, das inovações tecnológicas e o respetivo papel, para além da obtenção de ganhos de eficiência, na modelação de identidades e formatação da vida social impondo novas normas e valores. A relação entre ciência e tecnologia já estimulava questionamentos aos sociólogos clássicos com Weber a interrogar-se sobre a pertinência do domínio técnico da vida e como a ciência contribui para a tecnologia de controlo da vida (1946 [1919]).

Este conceito, que se operacionaliza sob os princípios da apropriação (integração tranquila dos novos produtos e serviços nas rotinas quotidianas) e conversão (refazer dos usos, sentidos e normas associados à fase inicial de uma determinada tecnologia), pode ajudar a compreender como as tecnologias alimentares são incorporadas na vida quotidiana (Truninger, 2013: 88) ou como os consumidores se familiarizam com os alimentos funcionais (Weiner & Will, 2015: 208). De facto alimento e ato alimentar têm, ao longo da história da humanidade, sido territórios privilegiados de intervenção da tecnologia seja no plano doméstico ou industrial como detalhadamente exemplifica Truninger (2013).

A conservação e processamento do alimento é, seguramente, uma das mais comuns aplicações da tecnologia em objetos que permeiam a vida quotidiana. A fermentação permitiu o desenvolvimento de novos produtos como o vinho ou o iogurte e a preservação por via do sal, tão comum nos países mediterrânicos, para além do desenvolvimento de inúmeras variantes gastronómicas, infiltrou a cultura latina estando na origem do vocábulo ‘salário’ em virtude da sua escassez e elevado valor simbólico (sobrevivência) e de troca (utilizado para pagamento aos soldados romanos). A tecnologia da dupla cozedura que permitiu aumentar a durabilidade e evitar o mofo, em particular de cereais cozinhados, contribuiu, decisivamente, para as longas viagens marítimas e a conseqüente Era dos Descobrimentos e dando ao mundo culinário o conhecido biscoito (BIS – duas vezes e COCTUM de COQUERE, cozinhar). A conserva, por embalagem hermético e posteriormente a pasteurização, no século XIX, permitiu prolongar a semivida de inúmeros produtos e fazê-los integrar os hábitos alimentares das sociedades modernas. Data de 1867, por Henry Nestlé, a produção da primeira fórmula infantil para lactentes alterando, significativamente, o processo de aleitamento por via da competição ou suplementação do leite materno (Anderson, 2014: 79:80). O desenvolvimento

das técnicas avançadas de preservação como sejam o congelamento, e a desidratação, democratizaram o acesso a produtos exóticos ou facilmente deterioráveis e os corantes, e adoçantes sintéticos, (re)modelaram os referenciais sensoriais e transformaram muitos alimentos em marcadores de estilos-de-vida ou instrumentos de gestão ativa do binómio saúde-doença (ex. alimentos sem alergénios). A tecnologia ao contribuir para o processo de mercantilização do alimento (Coveney, 2014: 45) naturalizou-se e tornou-se, mais do que aceitável, indispensável, ao quotidiano dos indivíduos podendo, no entanto, ser-lhe atribuída um efeito perverso; muitos autores sublinham a capacidade das técnicas atualmente utilizadas (proteína reconstituída, aromas e corantes artificiais etc.) de mascarar, imitar ou transformar os produtos “naturais” ou “tradicionais” incapacitando o consumidor de saber exatamente o que ingere (Fischler, 1988: 285), suscitando igualmente movimentos de resistência que se manifestam na crescente exigência de uma rotulagem clara e transparente, conducente a uma “re-identificação” dos alimentos (Fischler, 1988: 286), ou sugerem serem os alimentos ultra - processados (ricos em calorias e aditivos e com elevada palatibilidade) responsáveis pelo contexto obesogénico, com características epidémicas, transversal a muitas sociedades (Coveney, 2014: 53).

Assim, na pós-modernidade, a opção por determinados padrões alimentares, em particular os designados tecno-alimentos como é o caso dos alimentos funcionais, pode evidenciar aquilo que o autor da Tese se propõe designar de ambivalência cognitiva dos sujeitos/consumidores. Pode, por um lado, refletir a adesão e aceitação de marcadores de cientificidade, veiculados pelo discurso tecnocrático e materializados nas alegações nutricionais e de saúde, supostamente refletindo uma aumentada literacia tecno-funcional, por parte dos indivíduos, mobilizando-se aqui a descrição de Bauer (2009: 222) de literacia enquanto défice de conhecimento, por parte dos cidadãos, legitimando abordagens tecnocráticas por parte dos poderes instituídos. Por outro lado, os alimentos funcionais podem ser percecionados, primordialmente, como tecnologia alimentar e a respetiva ingestão como algo que tenha sido artificialmente alterado podendo apresentar riscos semelhantes a outras formas de tecnologia (O'Connor et al., 2010). Neste contexto inseguranças e ansiedades, sobre o sistema alimentar, podem ser exacerbadas por novas tecnologias alimentares (Ward et al., 2010:348). Na produção alimentar a nanotecnologia⁶⁷ facilitará uma nova oferta baseada na engenharia nutricional em particular novos alimentos funcionais (Scrinis & Lyons, 2010:

⁶⁷ Nanotecnologia refere-se a um conjunto de técnicas capazes de manipular materiais, órgãos e sistemas à escala de 100 ou menos nanómetros. 1 nanómetro corresponde ao milionésimo do milímetro.

253). A capacidade de intervir no plano do infinitamente pequeno permitirá manipular, microscopicamente, os nutrientes e em consequência as propriedades dos alimentos que os integram tornando-os instrumentos de intervenção, altamente, especializada e localizada em funções corporais específicas (Scrinis & Lyons, 2010: 257). As capacidades, supostamente ilimitadas da ciência, e por extensão da tecnologia e engenharia alimentares, numa associação dinâmica com as modernas apetências hedonistas, no contexto das quais “a atividade central do consumo é a procura do prazer imaginativo associado a um produto” (Silva I. C., 2010:173), inquietam alguns autores com a possibilidade de, sendo o foco no elemento singular (nutriente), se estabelecer uma perspectiva reducionista e perversa: a ciência ao serviço de modismos e fetiches alimentares (Scrinis & Lyons, 2010: 258) e ideologias de deificação do nutriente como se este pudesse desempenhar o seu papel isoladamente do alimento que o integra e do contexto social que o enquadra. A nanotecnologia permite um maior controlo sobre a natureza e, neste contexto, tem o potencial de reconfigurar o conceito de “natural” por intervenção técnica a montante do processo produtivo, e não somente a jusante (processamento do alimento – ex. fruta – após este ter sido colhido do pomar ou da estufa), numa lógica de “agricultura de precisão” (Scrinis & Lyons, 2010:261) que evoluiu dos planos químico e genético (ex. OGM’s – Organismos Geneticamente Modificados) para o plano atómico recriando um ‘natural manipulado’. A plethora de inovações tecnológicas, aplicadas ao território alimentar, acompanha-se de crescentes ansiedades. O fenómeno, em si, não é novo já que, por norma, as promessas positivas associadas às inovações tecnológicas não se conseguem fazer acompanhar de iguais promessas quanto à ausência de riscos significativos e/ou irreversíveis no futuro; o que é novo é a crescente capacidade de agência dos consumidores, e cidadãos, materializando-se as respetivas propriedades reflexivas em instrumento de arbitragem, e de influência, sobre os mecanismos reguladores institucionais (Khoury & Chalari, 2010:208).

3.4.3 O papel do simbólico: o conceito de “natural”

O valor simbólico da “naturalidade”, associado ao alimento, pode ter distintas apropriações por parte dos indivíduos, militantes ativos da modernidade alimentar, seja enquanto instrumento de construção identitária e apaziguamento de ansiedades nutricionais, características da sociedade de risco, ou manifestação de transgressão perante a sociedade moderna, imbuída de tecnologia e monotonia, numa lógica de contracultura valorizadora do “genuíno”, “livre” e “original” (Dreyer and Renn, 2007: 540). A valorização das opções

alimentares mais “naturais” inscreve-se, assim, numa moldura reflexiva mais global, no interior da qual se verifica uma permanente ansiedade (Truninger, 2010: 43; 203), decorrente da avaliação dos potenciais riscos e benefícios associados às escolhas efetuadas, a qual, segundo alguns autores, é condicionada pelo grau de confiança que os consumidores depositam nas instituições responsáveis pela produção de informação necessária a escolhas qualificadas (de Jonge et al., 2007:139) sejam elas as autoridades de saúde, a comunidade científica ou o produtor/marca que coloca um produto no mercado. Esta constatação parece ser muito evidente nos alimentos que reclamam propriedades associadas à saúde ou percebidos como tal; veja-se o caso dos alimentos designados de “orgânicos” cujo consumo se baseia na confiança já que é difícil para os consumidores verificarem a veracidade da alegação (Anisimova, 2016:814) sendo que constroem relações emocionais, com os alimentos consumidos, procurando ir além da componente nutricional e do sabor aprazível (Anisimova, 2016:819). Esta observação tem vindo a ser sustentada por publicações recentes que sublinham que o alimento, na sua forma mais convencional, constitui uma necessidade básica do corpo humano mas, na sua forma “alternativa”, parece envolvido em juízos de valor sobre o que é bom ou mau, seja nos planos moral e estético (Paddock, 2015:1042) afirmando-se que “o alimento adquirido transporta consigo as esperanças e desejos associados à forma como gostaríamos de viver” (Paddock, 2015:1052).

Igual associação pode ser mobilizada para os alimentos funcionais pois a confiança do consumidor, na informação disponibilizada, constitui um elemento-chave para a respetiva aceitação já que os prometidos benefícios dos AF podem não ser diretamente experienciados pelos utilizadores (Annunziata et al., 2015:359).

O território da alimentação constitui, assim, um observatório privilegiado das tensões, aproximações e afastamentos entre os conceitos “natural” e “processado”. Um símbolo somente adquire a respetiva significância em confronto com outro símbolo, num padrão; o padrão atribui o significado (Douglas, 1996 [1973]: 32). Nesta lógica a simbologia associada ao “natural” (do latim *naturalis*) remete para a dimensão, autêntica, impoluta, socialmente construída, da natureza por oposição à simbologia associada ao “processado” a qual remete para o artificial, construído e, mais do que impuro, potencialmente maléfico. Em paralelo, a aproximação do natural ao saudável resinifica o conceito de tradicional afastando-o do antigo/antiquado e associando o moderno ao processado. O progressivo desenvolvimento, e urbanização, das sociedades ocidentais têm promovido a indústria como o centro nevrálgico da produção agroalimentar (Dubois, 1996: 51). A fruta vinda diretamente do pomar, o leite

vindo diretamente da pastagem ou as aves de locais de criação ao ar-livre, e alimentados exclusivamente com cereais e restos de vegetais correspondem, hoje, ou a contextos de microprodução familiar ou ao imaginário que revaloriza a ruralidade enquanto detentora de um património simbólico evocativo da natureza e do constructo “pureza” que lhe é associado. Este processo de revalorização conhece expressões distintas destacando-se a crescente procura de alimentos biológicos enquanto materialização de um certo “regresso às origens” (Truninger, 2010:217). A aceitação, por parte dos indivíduos, da inevitabilidade do desequilíbrio entre necessidades alimentares da sociedade e a correspondente capacidade produtiva tem promovido uma transmutação do conceito de “natural”, de um estado “puro” para um estado equivalente de “manipulado”, suportada na aceitação de uma tecnologia “boa” a qual garante a preservação das características naturais dos alimentos em contraste com a tecnologia “má” que adiciona aditivos químicos com o objetivo de conservar, colorir e induzir/realçar sabor. A dicotomia entre “má” e “boa” tecnologia, a qual implica a atribuição de significados morais, e a utilização de uma correspondente bússola moral, replica-se na dicotomia entre o “mau” e o “bom” alimento podendo esta última distinção estar associada ao percecionado grau de “naturalidade” (Lupton, 1996:27).

A utilização disseminada de herbicidas e pesticidas, nas técnicas de cultivo, o estímulo ao consumo de peixe o qual somente é possível com recurso à aquacultura, e a correspondente alimentação artificial dos peixes em ambiente controlado, as técnicas de pasteurização do leite, e outras bebidas, ou o uso de antibióticos na pecuária gera a aceitação de duas perceções que se articulam entre si: (i) o “natural” já não é de acesso irrestrito e (ii) tolera-se um natural parcial por acomodação da tecnologia benéfica a qual promoveu uma “democratização” do alimento (Lupton, 1996: 25). Este natural “possível” emerge assim como espaço social fértil na produção de racionalidades pendulares entre o alarme social provocado pelas recentes crises alimentares (“vacas loucas” ou gripe aviária) por um lado, e a adesão a alimentos tecnologicamente manipulados, como seja o caso dos alimentos funcionais, ao serviço de uma estética corporal reivindicativa do corpo são e perfeito (Lopes, 2006: 54), por outro. A dicotomia natural-processado complexifica-se pela afirmação de espaços intermédios, sincréticos (Fig. 3.3), expressão lateral de uma modernidade alimentar polarizada entre a revalorização dos contextos produtivos ecológicos e biológicos e a recusa das propostas, mais tecnologicamente exuberantes, como sejam os alimentos transgénicos (Lopes, 2006: 55-56).

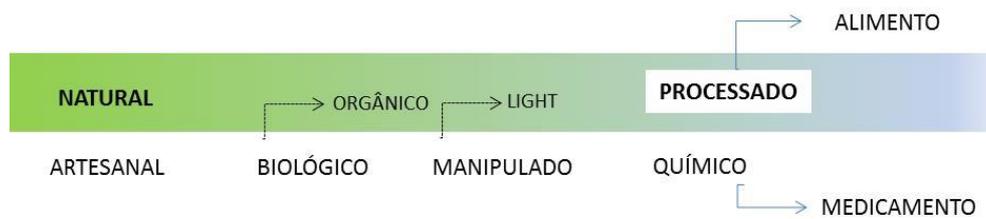


Figura 3.3 - Espaços intermédios entre os conceitos de 'natural' e 'processado'

A relação tensional do natural com o processado, no que respeita as opções alimentares dos indivíduos, legitima a convocação da tese de Fischler (1988:277) sobre o “paradoxo do omnívoro” e a correspondente articulação entre uma dieta alimentar variada, capaz de responder aos mais variados desejos e necessidades, e o potencial patogénico dos suportes químicos e tecnológicos empregues na produção dos alimentos processados. A opção pelos alimentos mais naturais corresponde assim a tentativas de apaziguamento das ansiedades características da modernidade, na qual prevalece a dúvida metodológica (Giddens, 1991:84) e, em particular, no que respeita a insegurança alimentar (Fischler, 1988:285). Enquanto em épocas de escassez alimentar o alimento natural era a opção disponível, em épocas de fartura é a opção desejável para muitos consumidores ativistas e militantes de uma alimentação dita saudável e que consideram os alimentos processados e os aditivos como prejudiciais ao seu bem-estar (Ares et al., 2014:67). As perceções associadas à superioridade do “natural” são, em particular nos países do sul da Europa, igualmente alimentadas pelo discurso pericial que valoriza a designada “Dieta Mediterrânica” comparativamente com os alimentos processados. Sendo uma dieta essencialmente à base de plantas (fruta fresca e seca, vegetais, azeite etc.) é rica em fitoquímicos, que atuam de forma benéfica nos processos inflamatórios corporais (Hoffman & Gerber, 2015:7926), ao contrário dos alimentos processados (ricos em gorduras saturadas e hidratos de carbono refinados) que não somente apresentam menor qualidade nutricional como se associam a respostas inflamatórias (Hoffman & Gerber, 2015:7927). A propósito dos desenvolvimentos que os modelos alimentares conheceram em Portugal, em particular nas últimas décadas do século passado (abundância alimentar; permeabilidade do mercado à disseminação de oferta inovadora vinda de fora; tensões entre a gastronomia tradicional e o fast-food), alguns autores referem-se ao recente florescimento de movimentos sociais, valorizadores de um certo ‘regresso ao passado’ alimentar, com revalorização de simbologias associadas ao gosto, ao

tradicional e à produção local, como de “involução simbólica que leva à exaltação dos produtos naturais e ao retorno crescente dos produtos biológicos” (Lopes, 2006:158).

3.4.4 Estilos de vida

Considerando as extraordinárias alterações sociais do final do século XX, e início do século XXI, o conceito sociológico de “estilos de vida” ganha particular relevância enquanto marcador, individual e coletivo, de semelhanças e diferenças (Cockerham et al., 1997:321). As escolhas quotidianas, os círculos de sociabilidade privilegiados, a gestão da semiótica individual, atitudes e comportamentos, todas estas opções configuram uma forma de estar e de se apresentar, em sociedade, que funciona como ecrã revelador do percurso entre oportunidades, constrangimentos e escolhas dos indivíduos enquanto atores sociais; Mary Douglas sintetiza a descrição que Roland Barthes faz de estilo como “um canal não-verbal de significado” (Douglas, 1996 [1973]: 73). Admitindo-se, como afirma Firmino da Costa, que “todo o consumo é uma prática ativa, nomeadamente de produção simbólica, manifestada nos estilos de vida” (Costa, 1999[2008]:396), a seleção e consumo de alimentos funcionais integrará, seguramente, um sistema produtor de sentido do ato alimentar o qual configurará um estilo alimentar compósito, uma “forma de estar alimentar” que se caracteriza pela coabitação e sincretismo de distintas opções alimentares, numa lógica de progressiva individualização e simultânea desestruturação da refeição como tradicional elemento de coesão social e reprodução de normas e valores. Alguns autores referem-se a este estilo, no qual convivem o biológico, o tradicional, o processado, o funcional e eventualmente o transgênico como de “mestiçagem alimentar” (Lopes, 2006: 137).

Associando uma dieta saudável à problemática do acesso (a quantidades, qualidade, variedade e informação nutricional e de saúde) é possível localizar o regime alimentar dos indivíduos na grelha de estratificação social, correlacionando os estilos de vida com a distribuição de recursos, e conseqüente diferenciação social, de acordo com os vários paradigmas sociológicos. Para Marx a posse dos meios de produção era determinante para os estilos de vida das duas grandes classes em confronto direto, a burguesia e o proletariado sendo que estes “nada têm de seu a assegurar” (Marx, 2004: 61-71); para Bourdieu as disposições e o conhecimento são determinantes para a forma como se adquirem objetos, por exemplo alimentos (Bourdieu, 1984 [1979]:78). No caso dos alimentos funcionais, e apesar do seu preço, habitualmente mais caro que os produtos “originais”, parece ser ténue a

associação entre estilos de vida e trajetória social em função da democratização, no acesso ao consumo, desta categoria de alimentos (em particular pela disseminação da oferta e práticas promocionais agressivas por parte de super e hipermercados), hipótese a explorar quando da discussão dos resultados da pesquisa efetuada.

Os estilos de vida podem, igualmente, ser entendidos como a resultante cultural de processos de distinção individual da restante massa, ganhando estatuto social e integrando, numa lógica de pertença, distintos círculos de afinidades: “o número dos vários círculos a que o indivíduo está ligado é um dos aferidores de cultura” (Simmel, 2004: 574). Atualmente, nas sociedades modernas, a construção de uma subjetividade autêntica incorpora escolhas sofisticadas de produtos e serviços com atributos de modernidade e inovação. Na dimensão alimentar, tal se sustenta num nível superior ao do suprimento das necessidades básicas, pela escolha das dietas da moda, do último livro do Chef da moda, e na frequência de restaurantes da moda, afirmando a sua singularidade mais pela *forma* do que se come do que pelo *conteúdo* do que se come, processo naturalmente suportado pelo rendimento disponível já que “o dinheiro assume influência decisiva naqueles segmentos da nossa vida, cujo estilo é determinado pela preponderância da cultura objetiva sobre a subjetiva” (Simmel, 2004: 475) como é o caso das modas alimentares. À moda gastronómica, a qual se manifesta pela rápida alteração dos padrões de gosto, é-lhe atribuído o papel de veículo do reforço da unidade da classe social e de distinção entre classes, sendo que os membros das classes elevadas tendem a assinalar socialmente a sua superioridade atuando como os iniciadores de novas tendências, sendo posteriormente imitados pelas classes médias, num processo de vulgarização social, obrigando as classes superiores a regenerar os marcadores de estatuto social, gerando inovações mais sofisticadas e estilizadas. Nas sociedades modernas, nas quais prepondera a calculabilidade, o ritmo, enquanto princípio cultural racionalista-sistemático, condiciona os estilos de vida ao marcar o quotidiano dos indivíduos, assegurando a sua controlabilidade; exemplo típico é o dos horários das refeições já que “a instituição de refeições regulares divide o dia de forma rítmica, prática desconhecida dos povos primitivos” (Simmel, 2004: 496). As formas rítmicas as quais, em certa medida, replicam a uma escala societal a organização dos tempos nas fábricas, organizam espacialmente as sociabilidades laborais e de lazer, garantindo a adequada harmonia entre o todo social e as subjetividades individuais, processo submetido ao ritmo e extensão das transações monetárias, enquanto elemento com o potencial de acelerar, ou travar, a relação dos indivíduos com os objetos e o valor que estes representam.

Convicto que é nas interações que se desenvolvem as sociedades, Weber concedeu estatuto teórico à orientação subjetiva da ação, considerando ação social como ação *intencional* e a Sociologia como uma ciência que procura *compreender* (*verstehen*) a ação social para além da abordagem positivista de *explicar* a ação social. Neste contexto, e a propósito das “construções conceptuais (...) por meio das quais tentamos captar a realidade pelo pensamento e pela compreensão”, Weber propôs um modelo cognitivo designado de “tipo-ideal” (2004:601) funcionando como uma referência comparativa e que permite classificar os fenómenos sociais em função da proximidade ou afastamento daquela “*imagem mental (...) com o significado de um conceito limite*” (Weber, 2004:643). O modelo biomédico, classificativo dos estados de saúde e doença dos indivíduos, toma como base este conceito produzindo diagnósticos em função da relação dos resultados dos exames bioquímicos com tabelas pré-definidas como os valores “normais”. É possível adotar o modelo conceptual do “tipo-ideal”, para as atuais conceções institucionais de alimentação “saudável”, ao serviço “da tentativa de racionalização das práticas alimentares” (Silva, 2006) sendo esta alimentada pelos discursos periciais defensores de uma certa normatividade médico-nutricional.

Weber leva mais longe as reflexões de Simmel fazendo depender os estilos de vida do estatuto, na estratificação social, e das oportunidades de vida (*life chances versus life styles*), constituindo estas um conceito probabilístico positivamente correlacionado com o estatuto socioeconómico dos indivíduos, em particular o acesso a recursos tangíveis como a alimentação e intangíveis como a educação. Embora partilhando com Marx a aceitação da importância dos fatores económicos, na determinação do futuro dos indivíduos, valorizou outras variáveis; enquanto para Marx o elemento determinante era o nível de riqueza associado à classe social, Weber, recusando o determinismo, introduziu elementos adicionais como a mobilidade social e a escolha e ação individuais ou a adoção de um *ethos* religioso. Em a “*Ética Protestante e o Espírito do Capitalismo*”, Weber evidencia o distinto comportamento entre as confissões católica e protestante e de como os praticantes desta última, cumpriam um estilo de vida que era o oposto da ‘alegria mundana’ pela adoção quotidiana de certas virtudes e atitudes perante a vida económica e o trabalho: “*Como diz o povo: ou se come bem ou se dorme bem. No caso presente, o protestante prefere comer bem, enquanto o católico prefere dormir descansado*” (Weber, 2010: 40). Neste contexto é de assumir que a ética ascética protestante valorizasse a componente funcional das práticas alimentares, adequadas a um regime de profunda devoção ao trabalho, em desfavor daquelas de representação social, em particular quando entendidas como formas ostensivas de luxo,

cujos apelo era “condenável como idolatria” (Weber, 2010:189), integrantes de formas de condutas coerentes e legitimadoras/certificadoras, perante a sociedade, das qualificações dos empreendedores protestantes para a atividade comercial. Weber desenvolveu ainda a formulação de grupos de *status*, comunidades que se baseiam em estilos de vida próprios e reconhecimento pelos outros. Estes grupos somente existem em função das percepções de prestígio, ou desonra, sendo que os indivíduos, nestas comunidades, estabelecem relações de associação unicamente com outros de igual estatuto sendo os restantes olhados como inferiores (Weber, 2004). No plano alimentar, as Confrarias, o turismo gastronómico mais experimental ou exótico, os frequentadores de rituais iniciáticos de experimentação gastronómica (veja-se o exemplo do extinto El Buli em Barcelona) e os vegetarianos ou Vegans, configuram modulações diversas numa estratificação social supraclassista (integrando para além da classe também o estatuto e os grupos de poder, designados de ‘Partidos’) reveladora da complexidade moderna que Weber pretendeu captar, questionando as “concepções ingenuas do materialismo histórico segundo as quais as ‘ideias’ apareceriam como ‘reflexo’ ou ‘superestrutura’ das situações económicas” (Weber, 2010:53).

O esforço interpretativo da sociologia defronta-se com a complexidade e diversidade dos fenómenos sociais, e a rapidez e globalização dos fluxos transacionais e informativos, sendo de assinalar o paralelismo estabelecido por Simmel para retratar os desafios da sociologia:

“Especialmente nas teorias da alimentação, vemos muitas vezes sucederem-se afirmações antagónicas sobre o valor de um alimento. Dentro do corpo humano, porém, atuam tantas forças (...) que talvez não erre nenhuma daquelas teorias que estabelece uma relação causal entre o alimento e o organismo humano” (Simmel, 2004:540).

No mundo social o ato alimentar constitui um veículo pelo qual a estrutura social influencia os indivíduos e os padrões alimentares não deixam de ser um dos mais robustos sinalizadores dos estilos de vida. O consumo de alimentos de perfil mais ritualizado (Aniversários, Casamentos, comemorações e festividades religiosas), ou mais rotinizado (refeições diárias), desempenha um importante papel nos processos sociais de coesão e integração (e de conflito no caso de escassez), fornecendo adesividade a lógicas grupais de índole diversa (familiares, redes de amigos e colegas etc.) por ativação dos atributos materiais que encerra. Sendo inegável o papel cultural desempenhado pela alimentação, na formação e desenvolvimento das sociedades modernas, é possível, em contexto sociológico, identificar

duas correntes de pensamento, distintas, alavancadas em quadros epistemológicos propostos pelos clássicos:

- Cultura enquanto recurso de dominação de classe com a distinção entre alimentos e roteiros gastronômicos a refletir a distinção social entre classes e as necessidades do capitalismo de uma mão-de-obra saudável.
- Cultura como o resultado de processos não-econômicos e alimentando distintos níveis de homogeneização social, refletindo a introdução de elementos de nivelção em consequência das lógicas do consumo; atualmente, a distinção não é tanto entre alimentos, mas modos de preparação (McIntosh, 1996:17-57). Weber é, nesta perspectiva, particularmente contundente contra a designada “concepção materialista da história” considerada uma “mundivisão” recusando que “ a totalidade dos fenômenos culturais poderia ser deduzida como produto ou como função de constelações de interesses materiais” (Weber, 2004:620).

O consumo alimentar é estruturante dos processos biológicos e sociais dos indivíduos e o sistema alimentar (aqui entendido como a arquitetura processual encontrada para articular a ciência, tecnologia, produção, distribuição logística e mecanismos de acesso e repartição) encontra-se no centro de movimentos sociais, e do debate político e econômico, constituindo importante objeto de estudo sociológico suscitando propostas diversas quanto ao respectivo emolduramento teórico:

- Uma abordagem de natureza estrutural-funcionalista sublinharia o papel da indústria agroalimentar, e a sua evolução temporal, ou ainda as distintas funções que ocorrem durante a produção alimentar, tais como a inovação, as modas e a estética (embalagens) promotoras de um desenfreado consumismo de massas.
- Uma abordagem situada nas teorias do conflito sublinharia as relações de poder, presentes no processo de legislação e regulamentação, explorando as contradições entre o direito dos indivíduos a uma informação esclarecedora e a mecanismos de proteção e as motivações de otimização do lucro por parte das empresas e o papel de intermediação dos governos, ou as tensões entre os pequenos produtores locais e as grandes companhias multinacionais ou as cadeias de hipermercados ou ainda de como a nutrição varia entre diferentes classes sociais.
- Uma abordagem valorativa da perspectiva interacionista-simbólica focar-se-ia mais nos planos micro, tais como a utilização simbólica do alimento nos rituais religiosos

ou na interação que resulta de uma refeição familiar ou da partilha de hábitos alimentares singulares (ex. Vegetarianos).

Na realidade social a afirmação dum determinado estilo de vida exerce-se, predominantemente, pelo consumo de objetos, consumo este tanto ou mais exteriorizado quanto de tal dependam os processos de socialização dos indivíduos, no contexto de uma estrutura social específica (Berger & Luckmann, 2010: 169), e tão ou mais estruturante quanto significativa for a dialética entre necessidades aspiracionais e necessidades instrumentais. O que é novo, na pós-modernidade é a proliferação de objetos, e a respetiva associação a incontáveis marcas e simbologias, criando um território consumista hiperfragmentado, gerando múltiplos perfis de consumo de grande ecletismo. *O estilo em que se vive* constitui, atualmente, uma dimensão da vida social não completamente colável aos *estilos de vida* associados a classe ou género já que a multiplicidade de estilos pode, no limite, permitir aos indivíduos que mascarem o seu estatuto social (Berger, 2010:113): último modelo de *smartphone* é utilizado por indivíduos localizados em diferentes extratos sociais; a contrafação permite que marcas de luxo, de vestuário, sejam consumidas por mulheres de distintos níveis socioeconómicos e os hipermercados democratizaram o acesso às últimas novidades alimentares. A explosão na oferta de produtos alimentares, nas últimas décadas, favorece a construção de perfis e estilos alimentares únicos e compósitos: (i) no que respeita as combinações de produtos; (ii) a alternância entre a convivialidade na partilha de opções menos saudáveis, em momentos simbólicos, com a solidão das opções “desintoxicantes”; (iii) ingestão de alimentos mais saudáveis para contrariar reconhecidos riscos alimentares; (iv) a ingestão de alimentos funcionais como alternativa ou suplementação do medicamento. O ato alimentar, para além da incorporação da cultura e tradição, é sobretudo o consumo, altamente valorizado, porque associado a processos de sobrevivência e longevidade, de objetos, plenos de significado, na construção da relação dinâmica entre ser e parecer. Na pós-modernidade o consumo exacerbado de distintas ofertas alimentares parece promover contextos em que a “identidade é então muito recortada no sentido de representar, por completo, a realidade social em que se situa. Simplificando, cada pessoa é bastante aquilo que parece” como afirmam Berger & Luckman (2010: 170) a propósito de processos de socialização em sociedades menos desenvolvidas. Instrumento de teorização empírico-analítica o conceito de ‘estilos de vida’, aplicado ao ato alimentar, permite capturar a diversidade e fragmentação das escolhas individuais e situá-las no tempo e no espaço. Constituindo o consumo de alimentos uma forma de ação social que decorre no contexto de instituições como a família, o trabalho e o

mercado e materializando-se em práticas consumistas, elas próprias institucionalizadas (U.Kjaernes & L.Holm, 2007:512), as segmentações de estilos de vida, “decorram estas últimas mais de constrangimentos sociais intrínsecos ou apresentem-se como de carácter mais reflexivamente opcional” (Costa, 1999:393), e tomando como objeto *o que se come e como se come*, permitem identificar categorias as quais organizam percepções, racionalidades e, no limite, comportamentos relacionados com a saúde. As tentativas de explicar os comportamentos relacionados com a saúde, somente com base nas convicções⁶⁸ individuais, tem dado lugar a pesquisa sociológica que procura relacionar as circunstâncias sociais com a forma *como e porquê* os indivíduos adotam, mantêm e alteram os seus estilos de vida (Williams, 1995:580). Esta tem evidenciado que aqueles, “inculcados ou escolhidos, são sempre uma relação ativa dos indivíduos com as condições sociais e culturais em que se inserem” (Costa, 1999:396) verificando-se que, no que respeita a saúde, correspondem a comportamentos largamente rotinizados, incorporados no quotidiano, e presididos por uma lógica prática (Williams, 1995:583).

A importância da seleção alimentar na gestão da saúde, energia e forma do corpo, de acordo com o *habitus* de cada classe, já tinha sido salientada por Bourdieu (1984 [1979]:190) assim como a dualidade entre a componente nutricional do alimento ou a prioridade dada ao seu contributo para a melhor forma física ou social (1984 [1979]:199). Na atualidade assiste-se à hipervalorização do designado estilo de vida ‘saudável’, constructo, globalmente, caracterizado pela ingestão acrescida de frutos e legumes, redução do consumo de cereais processados, seleção das lojas de produtos naturais, orgânicos e biológicos, como local privilegiado de compra, atividade física e redução do consumo de álcool (Turner & Lefevre, 2017:3). Este constructo rejuvenesce a caracterização de Crawford (1980) da construção social de vida ‘sadia’⁶⁹, conceito cunhado por aquele autor para caracterizar a década de 70 do século passado quando se cruzaram duas ideologias: (i) crescimento de uma nova consciência de saúde e (ii) crescente migração de responsabilidades do plano estatal para o individual no que respeita a obrigação, moral, pelo nível de saúde desejado. A vida ‘sadia’, entendida como sendo a preocupação e investimento na saúde como o foco primário para a obtenção de felicidade e bem-estar (Anisimova, 2016:813), podendo ser obtida por vias da autodisciplina e conduta moral, modelou numerosos comportamentos e práticas compreendendo a saúde, o exercício e a alimentação (Häman et al., 2015:2). Em Portugal, curiosamente, esta construção

⁶⁸ “health beliefs” no original

⁶⁹ “healthism” no original

social tem-se procurado afirmar em oposição aquela de “gordura é formosura” determinada pelos “discursos do poder, entenda-se a medicina, a religião e o direito” (Vaquinhas, 2012:247) e refletindo o padrão estético socialmente construído nos finais do século XIX e inícios do século XX o qual procura enclausurar as mulheres, das classes sociais mais desfavorecidas, na missão reprodutora de crianças saudáveis, garante da boa saúde da ‘raça’ portuguesa, (Vaquinhas, 2012:248) valorizando a robustez das formas como o arquétipo da beleza feminina (Vaquinhas, 2012:250). Nos anos 20 do século passado começa a impor-se, no seio das classes dominantes, o conceito de “esbelteza” como contraponto diferenciador do estilo de vida das classes desfavorecidas. Este conceito, veiculado pelo discurso médico, como referencial de saúde, valoriza a atividade física, controlada e ‘normativizada’, como contributo para o novo paradigma, ideológico, de saúde: ‘uma mente sã num corpo sã’. Este novo ‘modo de vida’, mobilizando-se aqui o conceito analítico proposto por Firmino da Costa que associa esta formulação mais à forma de gastar os recursos do que à forma de os angariar (Costa, 1999:396), o qual não é independente do desenvolvimento e influência das indústrias farmacêutica e cosmética (Vaquinhas, 2012:257), vai ganhar novo impulso após o 25 de Abril e a abertura às influências culturais europeia e americana.

A submissão a ‘modos de vida’ aspiracionais pode conduzir a múltiplos formatos de ação social em relação com o corpo, e o alimento, originando ou ‘tribos gastronómicas’ (ex. carnívoros, vegetarianos, flexitarianos, vegans, macrobióticos ou crudívoros) ou a desequilíbrios psicossociais como é o caso da Ortorexia. Termo originário do grego ‘orthos’, que significa ‘correto’, descreve uma fixação/obsessão na ingestão de alimentos saudáveis sendo considerado um transtorno alimentar em cujo centro está a qualidade, e não a quantidade, do alimento ingerido e assente em subjetividades valorativas de um ideal-tipo de alimentação, que recusa os alimentos considerados ‘negativos’/’errados’, e com propósitos de controlo corporal, e evidenciando traços de perfeccionismo, rigidez cognitiva e culpa sobre transgressões alimentares (Turner & Lefevre, 2017:2). Mais uma vez se evidenciando o papel das redes sociais na modelação de comportamentos alimentares, em particular pela partilha de conteúdos, é possível estabelecer uma relação direta, por exemplo, entre o maior uso do Instagram e uma maior tendência para a ortorexia (Turner & Lefevre, 2017:5).

3.4.5 Perceções e controvérsias

De que forma as atitudes, perante o regime alimentar e saúde, constituem preditores do consumo de alimentos funcionais? Que familiaridade com o conceito e qual a perceção do seu

efeito? Qual a relação entre a auto - percepção de recompensa pessoal resultante da ingestão de alimentos funcionais, o interesse genérico em produtos naturais e a gestão do estado de saúde? De que forma o consumo se associa com:

- Crença no efeito dos produtos
- Consumo paralelo de suplementos alimentares
- Existência de um distúrbio relacionado com o regime alimentar (próprio ou de familiar próximo)
- Níveis educacionais

Estes questionamentos parecem sublinhar que o conceito de alimento funcional responde à crescente individualização do ato alimentar, à perspectiva da seleção do alimento como uma escolha de estilo de vida e, principalmente, à percepção de saúde como princípio organizador do ato alimentar (Niva, 2006:14). Vários autores têm evidenciado a existência de uma correlação positiva entre a crença nos efeitos positivos (eficácia) sobre a saúde e os níveis de aceitação dos AF por parte dos consumidores (Verbeke, 2005:54) e que, mais do que as características sociodemográficas, são os fatores cognitivos, afetivos e situacionais que emergem como determinantes da aceitação dos alimentos funcionais (Verbeke, 2005:52) mas que, apesar disto, dificilmente aceitarão um compromisso com um sabor desagradável (Verbeke, 2006:130). Pesquisa qualitativa (Entrevistas estruturadas) revelou que a amostra valorizou, enquanto fator determinante, o sabor e a qualidade sensorial na maioria das categorias em análise com exceção daquelas (ex. cremes para redução do colesterol) em que a variável ‘efeito esperado’ dominou as razões de escolha (Urala & Lähteenmäki, 2003:158).

É extensa a bibliografia relativa às variáveis associadas à utilização de alimentos funcionais apresentando esta, contudo, considerável variabilidade a qual sugere que as atitudes, relativamente a esta categoria especial de alimentos, ainda estão em processo de formação (Lähteenmäki, 2013: 199). Alguns autores sublinham a aceitação crescente, por parte dos consumidores, da relação intrínseca entre regime alimentar e padrões de saúde, e a percepção de salubridade como a principal razão para adesão aos alimentos funcionais (Annunziata & Vecchio, 2011), enquanto outros sugerem ser a crença, nos publicitados benefícios de saúde, o principal detonador cognitivo (Verbeke, 2005) sendo aquela reforçada quando o alimento funcional integra um produto “veículo” com uma positiva percepção/imagem de saúde (ex. iogurte) e mais valorizada por aqueles consumidores que manifestam confiança na indústria alimentar (Siegrist et al., 2008). Alguma pesquisa mostra que a aceitação dos alimentos funcionais está dependente do produto-base que atua enquanto

“transportador” do ingrediente funcional (Ares & Gámbaro, 2007) enquanto outra sugere que a maioria dos consumidores não está disposta a adquirir um produto funcional que apresente pior sabor que o seu “espelho” não funcional (Bech-Larsen & Scholderer, 2007). Não é completamente consistente a relação entre variáveis sociodemográficas e padrões de consumo de alimentos funcionais. Se diversas pesquisas identificaram associações entre o sexo, nomeadamente feminino, idade, educação e posição ocupacional superiores, assim como esforços para a condução de um estilo de vida saudável, e a predição de uso de alimentos funcionais (Niva, 2006), outras sugerem que somente a escolaridade emerge como a variável com a associação mais robusta já que os níveis de escolaridade mais elevada (universitária) são mais propensos ao consumo de alimentos funcionais com próbióticos (Landstöm et al., 2007:1066). Estes resultados convivem com pesquisa que evidencia que os benefícios percebidos são género-dependentes: alegações sobre saúde óssea e cálcio percebidas mais positivamente pelas mulheres e aquelas sobre redução dos níveis de colesterol, pelos homens (Ares & Gámbaro, 2007). Igualmente a merecer particular atenção a observação de dois possíveis efeitos na construção de subjetividades individuais: (i) o efeito “recompensa” alimentado pela convicção de que o uso desta tipologia de produtos reflete um autocuidado responsável; (ii) o efeito “relevância” alimentado pela existência de doença num familiar ou no próprio (Lähteenmäki, 2013; 199). Algumas pesquisas sugerem a disponibilidade dos consumidores de pagarem um pouco mais por alimentos percebidos enquanto portadores de efeitos positivos na saúde, estabelecendo 4 categorias de atitudes: (i) “consumidores desinformados” – desconhecem estes produtos; (ii) consumidores “não conscientes” sobre saúde – conhecem os produtos em consequência da publicidade mas, não obstante, nunca os adquiriram; (iii) “Consumidores preocupados” com a respetiva saúde – acreditam na necessidade de suplementar, com nutrientes, uma dieta adequada; (iv) “consumidores conscientes” – firmemente convencidos dos benefícios dos alimentos funcionais (Di Pasquale et al., 2011).

O consumo de alimentos funcionais, e a constelação de dimensões que o suporta (permeabilidade à ideologia preventiva, regime de crenças, literacia nutricional, permeabilidade ao discurso técnico-científico), parece configurar um subsistema cultural contemporâneo com alguma heterogeneidade no que respeita as expressões de consumo nos vários países europeus (Özen et al., 2014: 477) podendo tal ser relacionado com os diferentes regimes alimentares, sistemas regulatórios, alegações de saúde e nutricionais e apoio governamental que caracterizam o espaço europeu (Özen et al., 2014: 476).

Diversos autores têm procurado relacionar a utilização de alimentos funcionais com racionalidades valorativas de um estilo de vida, socialmente responsável e comprometido com crenças e valores, em particular a ‘consciência de saúde’⁷⁰, mais do que com variáveis sociodemográficas (Landstöm et al, 2007: 1067). Chen (2013:E6) procura correlacionar a consciência de saúde, entendida pelo autor como uma orientação consciente para ganhos de saúde, com preocupações modernas (ex. segurança ambiental no lar, poluição ambiental, segurança médica) e o uso de alimentos funcionais sublinhando os diversos estudos que revelam a existência de uma elevada correlação entre a disposição dos indivíduos de empreender ações saudáveis e uma atitude positiva perante os alimentos funcionais (Chen, 2013:E2). Um estudo realizado em 972 suecos vai na mesma direção ao evidenciar uma correlação positiva entre um sentimento de recompensa pessoal pela ingestão de alimentos funcionais, um interesse em produtos naturais e um interesse em saúde no geral. Destes, somente 25% que consumiram um alimento funcional perceberam um efeito direto; 45% não perceberam qualquer efeito e 30% não esperavam, sequer, que o alimento ingerido tivesse qualquer efeito (Landstöm, 2007:1061) sendo pois que a reduzida expressão daqueles que verificaram um efeito direto não permite reconhecer a eficácia como fator explicativo do consumo. Estudos prévios parecem sugerir que o consumo de alimentos funcionais não surge, portanto, como um ato isolado mas antes integra um leque alargado de lógicas, que se cruzam e interagem tais como: (i) interesse em produtos ‘light’; (ii) utilização de suplementos alimentares; (iii) interesse em produtos naturais e (iv) interesse na saúde no geral (Landstöm, 2007: 1066).

Do lado dos especialistas, desde o seu surgimento que os alimentos funcionais suscitam os mais diversos questionamentos e graus de adesão, entre proponentes e céticos, extremando-se posições entre aqueles que os consideram uma opção cómoda para prevenir doenças e aqueles que os consideram uma apelativa proposta de marketing por parte de empresas que procuram inovar num mercado alimentar saturado (Lang, 2007:1015):

Proponentes

- A linha divisória entre alimentos e medicamentos é progressivamente mais ténue.
- A adição de certas substâncias, aos alimentos, pode oferecer benefícios reais em particular ao serviço de estratégias, de saúde pública, de intervenção/prevenção de determinadas patologias associadas a deficiências de nutrientes específicos; exemplo

⁷⁰ Health-consciousness no original

típico foi a adição de iodo ao sal em 1924 nos EUA o que contribuiu, de forma decisiva, para a erradicação do bócio ou a ainda corrente adição de vitamina D no leite consumido nos EUA⁷¹.

- A ingestão de alimentos funcionais permite, sem alteração radical da dieta alimentar, que os indivíduos obtenham ganhos de saúde.

Céticos

- Adição de ingredientes insuficientemente testada
- Evidência científica insuficiente para suportar determinadas alegações
- Debilidade dos sistemas regulatórios nacionais na gestão de objetos ‘de fronteira’

É evidente, numa perspetiva diacrónica, que após demonstração da sua eficácia o conceito foi transmutado pela indústria agroalimentar para aplicação não de forma massiva, como nos exemplos acima mencionados, mas de forma segmentada (utilizando alimentos básicos como os iogurtes e alegando benefícios em patologias com elevada expressão social como as doenças cardiovasculares) e utilizando poderosas ferramentas de marketing. Talvez por esta razão muitos autores, associados à área alimentar, mantêm sérias reservas quanto aos alimentos funcionais admitindo que estes têm mais que ver com marketing do que com saúde⁷² pois são as mesmas companhias agroalimentares, que nos trouxeram os alimentos carregados de gorduras saturadas, sal e açúcar, que agora se procuram afirmar como as campeãs dos nutrientes saudáveis⁷³. As mesmas que, através da composição dos seus produtos, massivamente processados e brilhantemente promovidos, contribuíram para algumas das atuais ansiedades e frustrações alimentares, às quais os alimentos funcionais procuram responder⁷⁴. Já em 1999 se questionava se os alimentos funcionais constituíam uma “significativa dádiva ou uma nova geração de charlatanice (...) já que, infelizmente, as autoridades regulatórias, em todo o mundo, encontram-se a anos-luz dos criadores do

⁷¹ “Is food fortification necessary? A historical perspective”; 2014. Acessível em www.foodinsight.org/Newsletter/Detail.aspx%3Ftopic%3DIs_Food_Fortification_Necessary_A_Historical_Perspective

⁷² Marion Nestle. “The latest functional foods!”; 2009. Acessível em www.foodpolitics.com/2009/06/the-latest-functional-foods/

⁷³ Marion Nestle. “Detox in a box and other functional foods”. 2007. Acessível em www.foodpolitics.com/2007/12/detox-in-a-box-and-other-functional-foods/

⁷⁴ Alex Renton. “I’ll have what she’s having”. 2007. Acessível em <https://www.theguardian.com/lifeandstyle/2007/dec/16/foodanddrink.features7>

marketing” (Jacobson & Silverglade, 1999:205). Esta dúvida fundamental, de como pode ser salvaguardada a verdade das alegações apresentadas, tem permanecido ao longo dos anos sobretudo no que respeita a adição de ingredientes não-nutritivos (ex. bactérias pró - bióticas) em particular porque os fabricantes sofisticaram as suas competências na exploração das zonas de penumbra da legislação nomeadamente na formulação de alegações que sugerem um benefício de saúde sem, de facto, nomearem uma doença (Katan, 2004:181). Alguns autores, da comunidade médica, sublinham ainda a componente ‘segurança’ quando da ingestão destes produtos pelo facto de, contrariamente aos medicamentos, e em certa medida, mais ténue, aos suplementos, não existir, de forma generalizada⁷⁵, uma ‘dose’ padrão para os alimentos funcionais (Kamerow, 2004:70), assim como se conhecer muito pouco sobre efeitos a médio e longo prazo, segurança em contexto de utilização não controlada e ainda se, e de que forma, existem interações entre o alimento funcional e o medicamento utilizados para o mesmo fim terapêutico ou a inexistência de análises sistemáticas da relação custo-benefício (Jong, et al., 2007:1038).

Desde o início que a antecipada capacidade das sofisticadas técnicas de marketing de explorarem territórios emergentes, insuficientemente regulados, projetou o alimento funcional, enquanto objeto, para a dimensão das perceções sociais integrando-os na mesma galáxia cognitiva de que fazem parte os designados medicamentos de estilo-de-vida, na fronteira entre os desejos de um determinado estilo de vida e necessidades concretas de saúde, como sejam os medicamentos para a disfunção erétil, os supressores do apetite ou os produtos para a desabituacão tabágica (Jong, et al., 2007: 1037). Nesta mesma ordem de ideias pode ser argumentado que, para além de procurar responder às ‘disposições’, por parte dos consumidores, de aceitar soluções alimentares percecionadas como mais saudáveis, os alimentos funcionais permitem aos consumidores “comprar saúde e beleza enquanto permanecem no Sofá”⁶¹. Apesar de tudo a controvérsia tem, de algum modo, permanecido contida em círculos mais esotéricos de especialistas, e autores da área da nutrição ,não tendo a suspeição alcançado as periferias exotéricas dos consumidores empenhados em investir em ganhos de saúde (Chen, 2013:E2).

⁷⁵ Única exceção conhecida são os produtos Benecol e Danacol (leites fermentados) que recomendam 1 garrafa/dia. Cada garrafa contém 2 g de estanol vegetal. Acessível em www.benecol.pt/5

Capítulo 4. Operacionalização teórico-metodológica

4.1 Problematização

De acordo com o enquadramento teórico, efetuado no Capítulo 3, resulta como opção teórico-metodológica a recusa à reificação das estruturas e a valorização dos exercícios de sociabilidade, e margens de liberdade, dos agentes mobilizados por percepções e lógicas. O questionamento sociológico, base da presente investigação, que importa formular é, por conseguinte, este: o que justifica que um consumidor, na presença de tantos e tão sofisticados medicamentos e em contacto com Dietas locais disseminadas, reconhecidas pela sua diversidade e riqueza nutricional, escolha um alimento funcional e o integre na respetiva trajetória alimentar? Constituindo um conceito polissémico (funcional porque apresenta outra função para além da componente nutricional ou funcional porque procura intervir numa determinada função corporal) entende-se como justificada a exploração sociológica das percepções e lógicas de adesão ao consumo dos alimentos funcionais procurando identificar se estes representam uma construção social ou uma resposta moderna a reais necessidades nutricionais. Os AF colocam assim à sociologia o desafio epistémico de evidenciar as motivações de uso dum objeto, material e simbolicamente, híbrido na fronteira entre o alimento e o medicamento:

- Como um complemento na lógica de uma hierarquia de eficácia terapêutica?
- Como uma alternativa ao medicamento?
- Enquanto integrante de um estilo de vida saudável?
- Enquanto instrumento de gestão de uma indulgência alimentar sem culpa ou de auto gratificação?
- Enquanto marcador social?

Sendo que a bibliografia disponível sugere que as atitudes e o estilo de vida, em adição aos fatores demográficos, como o sexo, idade ou educação, influenciam, significativamente, a aceitação ou intenção de uso dos AF (Urala & Lähteenmäki, 2007:2) é analiticamente relevante identificar a existência de lógicas, isoladas ou combinatórias, que ajudem a explicar a relação do consumo de AF com 3 dinâmicas sociais que modelam a modernidade alimentar: normalização social, mercantilização e Medicalização. Podendo-se especular, como o faz Lipovetsky, de que “o poder organizador dos *habitus* é cada vez mais fraco” (2009[2006]:99) assistindo-se, em consequência, a uma individualização das escolhas de consumo, menos

delimitadas por classe ou estatuto admite-se, então, que a seleção alimentar desempenha papel de relevo na construção de identidades, progressivamente, autocentradas e erguidas, em primeiro lugar, com base na qualidade da saúde, e do bem-estar, alcançados e isto num momento em que os grandes projetos coletivos perderam o seu antigo poder de mobilização (Lipovetsky, 2009[2006]: 119). Se para além de colocarem a saúde e bem-estar como objetivo primordial o fizerem, em paz consigo próprios, pelo efeito gratificador das escolhas, então a saúde combina-se com a felicidade ajudando a explicar que o prazer que emana da ideia, que ingerir alimentos funcionais constitui uma forma de tomar conta de si, é crucial para o sentimento de recompensa (Urala & Lähtenmäki, 2007:5) dos sujeitos, os quais, segundo alguns autores, tendem a considerar o alimento como mais apropriado para suportar a saúde e bem-estar que gerir a doença (Williams & Ghosh, 2008:S92). Importa pois iluminar o papel dos AF no processo de normalização social do ‘novo’, ou do ‘não convencional’, e da progressiva mercantilização dos cuidados de saúde, *lato sensu*.

Já quanto à hipotética dimensão terapêutica, na utilização dos AF, importa questionar: Porque é que, no contexto de significativa farmacologização da sociedade (Williams et al., 2011) - conceito aqui entendido como proliferação de soluções medicamentosas – necessitam os indivíduos de mobilizar alimentos funcionais como recurso terapêutico? Esta pergunta de partida procura, desde logo, delimitar um campo analítico preciso, clarificando fronteiras com outros domínios sociológicos, em particular a Sociologia da Alimentação, mas igualmente explorar possibilidades de relações substantivas, para além daquelas induzidas pelo senso-comum, assumindo-se que a Sociologia deve corresponder ao desafio de estudar, para além de domínios estabelecidos, realidades sociais emergentes. O questionamento sobre a possibilidade de o alimento funcional, para além da sua utilização instrumental, poder cumprir progressiva, e significativamente, um novo papel como recurso terapêutico emerge dum contexto social denso e pluridimensional: significativo investimento da indústria agroalimentar; sensibilização para doenças com carácter endémico nas sociedades ocidentais (ex. Diabetes e Obesidade); interiorização por parte dos indivíduos da importância dos processos preventivos e múltiplas dependências, culturais e cognitivas, na gestão individual dos percursos de saúde e doença.

Os desafios da sustentabilidade enfrentados pelo estado social, o peso crescente do envelhecimento populacional nos orçamentos de saúde, a promoção do individualismo empreendedor, como sinalizador de modernidade, e a proliferação de fontes de informação facilmente acedidas, têm vindo a assegurar legitimidade social às campanhas que tendem a valorizar a componente das escolhas individuais, mais do que fatores externos, fora do nosso

controle, no desenvolvimento dos estados de saúde e doença, promovendo uma progressiva delegação de competências das instituições para os indivíduos. Neste contexto, as opções alimentares mediatizadas vão-se progressivamente polarizando entre regimes alimentares que promovem ou previnem a doença, entre alimentos saudáveis e prejudiciais, entre o fast e o slow food, entre os “super - alimentos” e a ”junk food”, refletindo a evolução da ciência do compromisso da busca de soluções que promovam o incremento da esperança média de vida, para o incremento da qualidade de vida, em outras palavras, o bem-estar (Aiello, 2011).

A progressiva valorização do alimento enquanto ferramenta, com potencial preventivo ou terapêutico, alimenta-se assim do crescimento de distintas tendências sociais associadas à busca de um estilo de vida mais saudável, em particular:

- Desejo, por parte de um número crescente de indivíduos, de assumir o controle do seu corpo, exercendo disciplina sobre os hábitos alimentares; um corpo obeso transmite imagens de falta de autodisciplina, enquanto um corpo magro significa um elevado nível de controle (Lupton, 1996).
- Reposicionamento por parte das maiores companhias alimentares, na disponibilização de produtos com significativas alegações de saúde (Burch & Lawrence, 2010).
- Na era da bio-tecno-alimentação, a prevenção e a promoção da saúde medicalizaram distintos comportamentos e substituíram o papel normativo da religião, a qual afrouxou a sua intervenção no quotidiano (Dubois, 1996).
- Interiorização por parte de muitas mulheres das noções de oferta e cuidado, na lógica do benefício para os membros da família (em especial crianças ou doentes), construindo um regime de “altruísmo nutricional” (Crawford et al., 2010).
- As estratégias promocionais dos alimentos probióticos empregam mensagens nutricionais valorizadoras das “bactérias amigas”, construindo significados sobre estilos de vida, e posicionando os leitores das mensagens como especialistas e simultaneamente leigos no processo (Koteyko & Nerlich, 2007).

Considerando a relevância social do tema, e a necessidade de sobre o mesmo se produzir conhecimento sociológico pertinente, é propósito desta investigação, e no contexto da articulação entre estrutura e ação, responder aos seguintes eixos problemáticos:

- Que racionalidades e percepções modulam/influenciam a ação dos indivíduos no que respeitam as respetivas opções alimentares/terapêuticas?

- Que condições sociológicas estão a produzir novos discursos e adesão aos novos consumos dos alimentos?
- De que forma os indivíduos, em exercício de reflexividade (racionalidade instrumental vs. racionalidade cognitiva), se apropriam das promessas/ofertas do complexo científico-industrial?
- Os alimentos funcionais, como híbrido entre alimento e medicamento, refletem uma “terapeuticalização” do alimento, *nuance* moderna da farmacologização da sociedade?
- Afirma-se, na lógica dos pluralismos terapêuticos, o papel do alimento como recurso terapêutico, recuperando, nalguns casos, racionalidades leigas ou prevalece a apropriação quotidiana de objetos, dotados de ambiguidade instrumental, e simbólica, na lógica da normalização dos consumos na pós-modernidade?
- De que forma a crescente regulamentação nesta área (alegações de saúde) pode dar lugar a distintos perfis de adesão e consumo?

4.2 Objetivos

Os eixos problemáticos acima enunciados suportam os principais objetivos da presente investigação:

- Contribuir para mapear a expressão social do consumo de alimentos funcionais em Portugal.
- Contribuir para a identificação das lógicas, racionalidades e sistemas de crenças, que legitimam a utilização de alimentos com propósitos terapêuticos.
- Contribuir para a reflexão sobre a expressão, em Portugal, do fenómeno da medicalização e de que forma o consumo de alimentos funcionais alimenta este processo social.

4.3 Hipóteses

A dimensão terapêutica do alimento funcional, enquanto recurso de saúde, constitui-se como o objeto teórico central da investigação. Categorizando-se o alimento funcional como objeto de fronteira (nem é exclusivamente alimento instrumental nem é exclusivamente medicamento) os modelos de exploração do campo empírico suportarão a investigação de que

aqui se dá conta a qual apresenta como objetivo a decifração, a partir de diferentes dimensões de análise, adiante enumeradas, das lógicas e formas de adesão dos indivíduos aos alimentos funcionais, em contexto da densificação das dinâmicas sociais, em particular o incremento do designado pluralismo terapêutico, sustentando-se, no que concerne a adesão dos indivíduos, nas seguintes hipóteses:

- Esta processa-se por via da apropriação do capital simbólico associado ao medicamento e ao “natural”
- Esta processa-se por via das crenças geradas pela indústria agroalimentar
- Esta processa-se pela combinação das duas anteriores

A exploração analítica das hipóteses a.m. exigirá a identificação das referências mobilizadas pelos consumidores assim como o mapeamento do capital cognitivo utilizado e eventual construção de perfis, aqui entendidos como modos de relação, mais do que consumo, com o AF. Admite-se que, enquanto objeto fora das fronteiras tradicionais, as inferências a produzir terão de ser suportadas nas finalidades de uso do AF (Fig. 1.4):

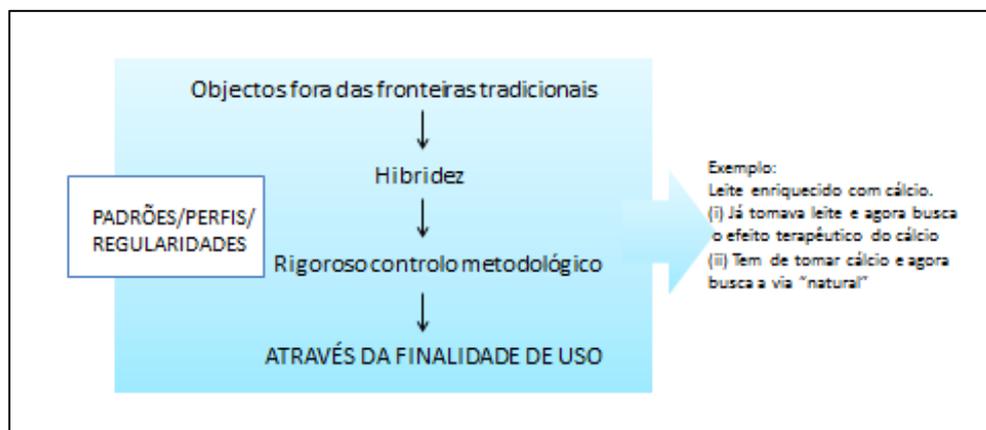


Figura 1.4 - Desafios metodológicos colocados pelos objetos híbridos

Admitindo-se que os consumidores podem chegar aos AF por duas vias, seja a partir do alimento, procurando obter um ganho terapêutico, seja a partir do medicamento, procurando obter um ganho de “naturalidade” (segurança), importará explorar as distintas finalidades possíveis de antecipar:

- Tendo doença, já ter sido esgotado o arsenal terapêutico disponível?
- Tendo doença, o uso alternado, ou complementar, de opções percecionadas como possuidoras de menores efeitos secundários?

- Não tendo doença, como instrumento preventivo?
- Não tendo doença, na lógica da afirmação de um estilo de vida “saudável”?

4.4 Dimensões e Modelo de Análise

A hibridez do objeto, e a pluralidade dos respetivos contextos de utilização, justifica a intersecção de campos temáticos e sub-disciplinares distintos como sejam a Sociologia da Saúde e a Sociologia do Consumo e ainda uma incipiente (em Portugal) Sociologia da Alimentação, mobilizando quadros teóricos e analíticos de referência (Fig. 2.4)

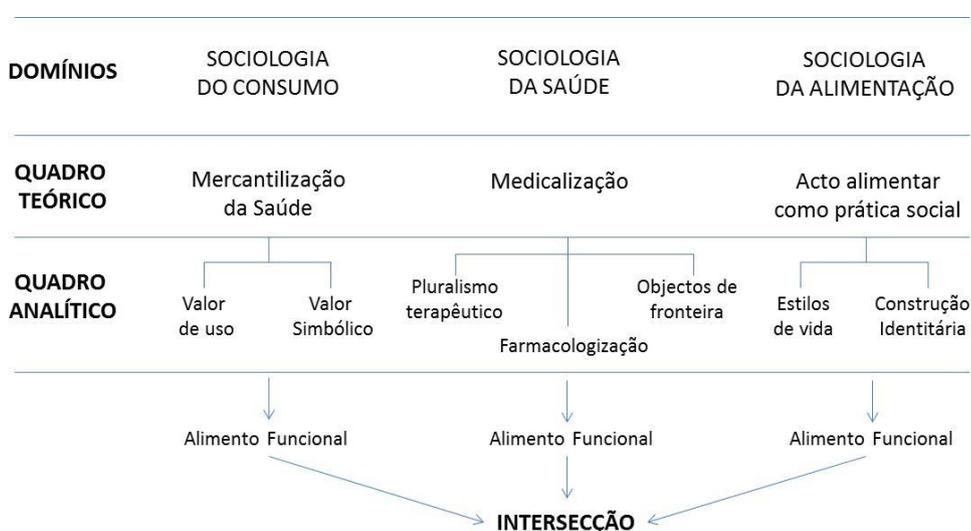


Figura 2.4 - Matriz teórico-analítica

Propõe-se o autor da Tese desenvolver investigação (explorando as racionalidades do lado da procura) sobre os mecanismos de seleção do alimento dito *funcional* enquanto recurso para a saúde, e instrumento terapêutico, a partir das seguintes dimensões de análise (Fig. 3.4):

- Relação dos sujeitos com as alegações de saúde.
- Mobilização de recursos cognitivos e materiais, por parte dos indivíduos, na gestão dos processos preventivos e de gestão de estados de bem-estar
- Progressiva diluição das fronteiras, entre nutrição e saúde, e sobrevalorização do conceito “natural” vs. “processado na gestão quotidiana do risco

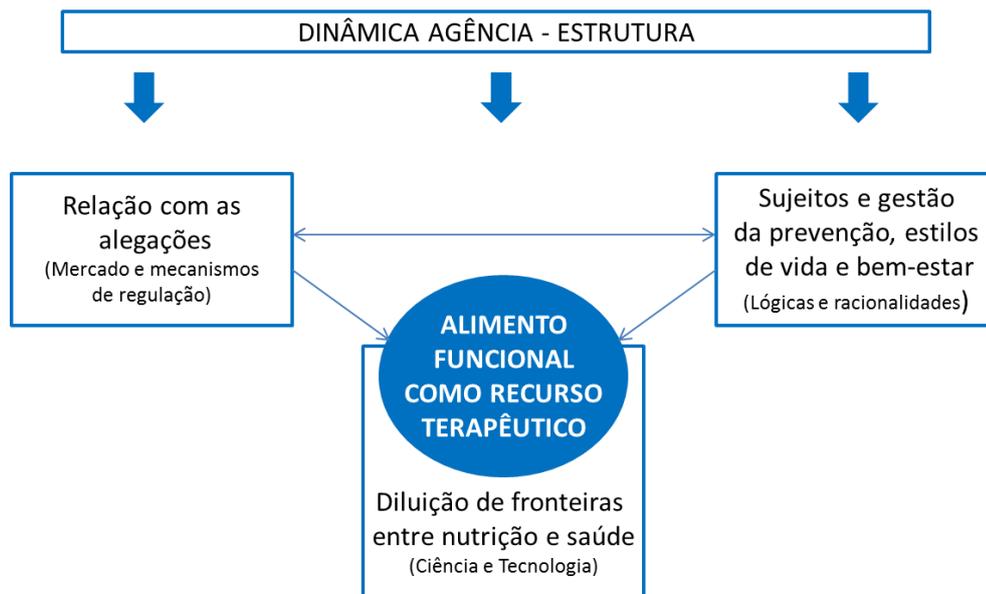


Figura 3.4 - Dimensões de Análise

É na exploração analítica da relação dinâmica entre estas três dimensões e no aprofundamento do conhecimento de cada uma delas que a presente investigação se propõe contribuir para a identificação, e caracterização sociológica, dos processos sociais em curso, na sociedade portuguesa, associados à fruição e consumo dos alimentos funcionais.

A primeira dimensão reporta aos modos de relação dos sujeitos com as alegações de saúde e como estes resultam da combinação dum regime de crenças com a permeabilidade ao discurso técnico, e às práticas do designado “Mercado”. na geração de novas necessidades. A estratégia da indústria agroalimentar, com destaque para as multinacionais, de rejuvenescer o seu portefólio de produtos evoluindo de uma lógica “do menos” (menos açúcar, gorduras, sal, aditivos e conservantes) para a lógica “do mais” (mais vitaminas, ómega-3, micronutrientes) mantendo elevados ritmos de inovação, que permitam oferecer ao consumo produtos mais “modernos”, tende a mundanizar a novidade alimentar gerando-se tensões com a segurança alimentar e as políticas governamentais de regulação. Esta dimensão releva a determinação da indústria agroalimentar em vender imagens e representações e as simbologias, de distinção, saúde e estética, produzidas e de que os sujeitos se apropriam.

A segunda dimensão reporta ao crescimento de uma população motivada para investimentos em qualidade de vida, em contexto de crescimento das doenças crónicas, e para a interiorização do papel que os benefícios, naturalmente decorrentes dos alimentos, podem desempenhar no reforço do sistema imunitário, na prevenção de sinais e sintomas associados

ao envelhecimento e enquanto “medidas/medicamentos de resgate”⁷⁶ como aqueles oferecidos pelos alimentos funcionais (McConnon et al. 2004:16). Trata-se, aqui, de mapear racionalidades, instrumentais e identitárias, assim como rastrear a apropriação do valor simbólico do alimento funcional, e do respetivo consumo, como sinal de uma certa distinção por parte de um indivíduo mais autónomo, na tomada de decisões, e capacitado em função do acesso à informação (Espanha, 2009:10).

A terceira dimensão sublinha uma fenomenologia própria da modernidade: a tendência para a diluição de fronteiras, entre nutrição e saúde, e por extensão entre alimento e medicamento e, no limite, entre indústrias alimentar e farmacêutica alimentada por ideologias valorizadoras da prevenção, pela crescente evidência científica que suporta o triângulo alimento – processo inflamatório – doenças autoimunes (Blum, 2013:38-39) e pela crença na pericialidade e na capacidade da “boa” ciência e tecnologia. A relação entre as três dimensões atrás enunciadas promove a centralidade do alimento funcional como objeto, simultaneamente, empírico e teórico: objeto ambíguo entre alimento e medicamento.

Estas dimensões de análise recomendam um modelo de análise integrador (Fig. 4.4) como aquele mais robusto para capturar, por um lado, a multidimensionalidade das racionalidades e perceções dos indivíduos, em processos de decisão de estratégias associadas com estilos de vida, e opções identitárias sobre saúde e doença e, por outro, como os elementos exógenos, estruturais, se organizam e evoluem gerando contextos espaço-temporais de normatividade mas igualmente de estímulo, de oportunidades mas igualmente de constrangimentos, de enquadramento de atores sociais dotados de livre-arbítrio e intencionalidade (Giddens, 1984:4).

⁷⁶ “rescue remedies” no original



Figura 4.4 - Modelo de Análise

Este modelo de análise, ao valorizar o atual espaço social alimentar e o quase ilimitado leque de opções que mesmo os indivíduos, cultural e economicamente situados, têm ao seu dispor, inscreve-se num “paradigma interacionista”, e nos quadros teóricos da ação racional (Boudon, 1979), e da dualidade entre agentes e estruturas (Giddens, 1984:25) os quais valorizam os fenômenos sociais como resultado de racionalidades subjetivas e as correspondentes micro - decisões tomadas por agentes plenos de intenção. Recusando uma abordagem epistemológica valorizadora de uma suposta “autonomia leiga” (vs. o discurso pericial) importa reconhecer, no entanto, aos agentes sociais, no quadro de uma extensa disseminação de informação, multi - fonte e multi - formato, capacidade de decisão em função dos contextos culturais e normativos, interdependentes, que os rodeiam. É assim propósito, no quadro de agentes sociais mais complexos, não somente categorizar o Objeto (alimento funcional) no contexto de sistemas interativos mas procurar o sentido do comportamento dos atores, inscrito no consumo do alimento funcional, numa lógica de racionalidade cognitiva, mobilizando aqui uma das tipologias da ação racional (atores procuram melhor servir os seus

interesses) propostas por Boudon (Dubois, 2000: 31), evidenciando como o fenómeno da medicalização vai sendo ampliado revestindo-se, para o efeito, de legitimidade científica.

4.5 Questões Metodológicas

O carácter híbrido do objeto, na fronteira entre alimento e medicamento, recomenda, de forma a captar todas as subtilezas da respetiva apropriação, a integração de metodologias quantitativas e qualitativas, com função explicativa⁷⁷ na lógica de uma pesquisa multi - estratégia (Bryman, 2006).

A combinação de distintos instrumentos de pesquisa é defendida por diversos autores como a mais adequada para compreender os estilos de vida, e os aspetos experienciais associados aos cuidados de saúde, permitindo construir uma compreensão holística do objeto de estudo (Tritter, 2007). Considerando a natureza da investigação, e a informação disponível, considera-se como o mais adequado um desenho de pesquisa suportado no método explicativo sequencial (Fig. 5.4):

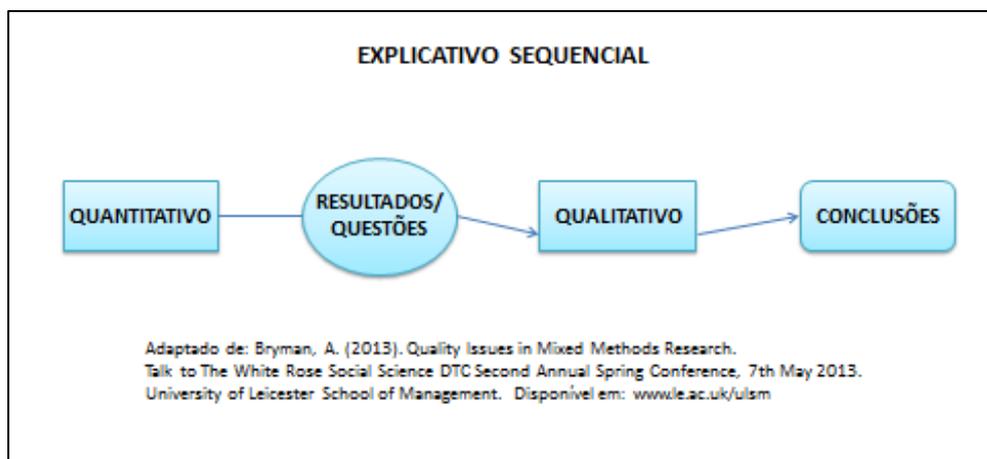


Figura 5.4 - Desenho de Pesquisa

A componente quantitativa da investigação, com o propósito de conhecer a expressão social do fenómeno, compreende dois conjuntos de dados de natureza distinta, a combinação dos quais pretende identificar e padronizar eventuais perfis de consumo, sua distribuição geográfica e caracterização sociográfica:

⁷⁷ De acordo com Bryman existem 3 funções possíveis: triangulação, explicação e exploração.

- Proveniente do Inquérito por Questionário da 1ª edição do ONAP (Observatório da Nutrição e Alimentação em Portugal) no qual foi possível integrar um conjunto de perguntas, produzidas pelo autor da Tese, dedicadas aos alimentos funcionais, e cujos resultados foram apresentados em Maio de 2015⁷⁸.
- Base de dados de transações efetuadas com a utilização de um cartão de cliente, de uma cadeia de hipermercados, nas quais se incluía a aquisição de pelo menos um alimento funcional, e relativas aos anos de 2014 e 2015, permitindo exercício de comparação entre os resultados de distintos períodos.

A natureza desta investigação, e a problemática que a conduz, remete para uma abordagem dedutiva capaz de “desocultar” os significados subjetivos dos atores sociais, no caso vertente os consumidores de alimentos funcionais, somente possível de alcançar com a utilização de ferramentas qualitativas. Remetendo a problematização para o terreno das crenças e perceções, sinalizadoras dos processos de mobilização dos alimentos funcionais como recurso terapêutico, as metodologias qualitativas são as mais adequadas para revelar o “gatilho” cognitivo gerador de atitudes, e comportamentos, observados, numa lógica de sequencialidade com os *outputs* quantitativos. Para o efeito recorreu-se à técnica de Grupos Focais. Entende-se esta como a ferramenta de eleição pela oportunidade que fornece de pesquisar não somente as atitudes e experiências individuais mas, sobretudo, a forma como estas são comunicadas num ambiente relativamente “naturalista”; analisar a discussão, mais do que opiniões individuais, permite um estudo aprofundado da complexidade das expressões habitualmente produzidas, neste contexto de significativa interação, tal como foi evidenciado em alguns estudos de aferição das atitudes perante os riscos alimentares (Green, 2007). A ser executada com o apoio, nomeadamente logístico (especificado na pág.135), de empresa especializada, a realização dos *focus groups* coloca desafios, sobretudo, no plano do recrutamento, de modo a evitar enviesamentos da amostra.

Com base no anteriormente exposto, foi implementado um desenho de pesquisa (Fig. 6.4) que reflete uma aproximação aos métodos mistos ao mobilizar técnicas diferentes, com 3 amostras diferentes, e executadas em 3 fases diferentes.

⁷⁸ Disponíveis em: <http://onap.premivalor.pt/principal/wp-content/uploads/2017/02/Apresenta%C3%A7%C3%A3o-Principais-Resultados-Site.compressed.pdf>

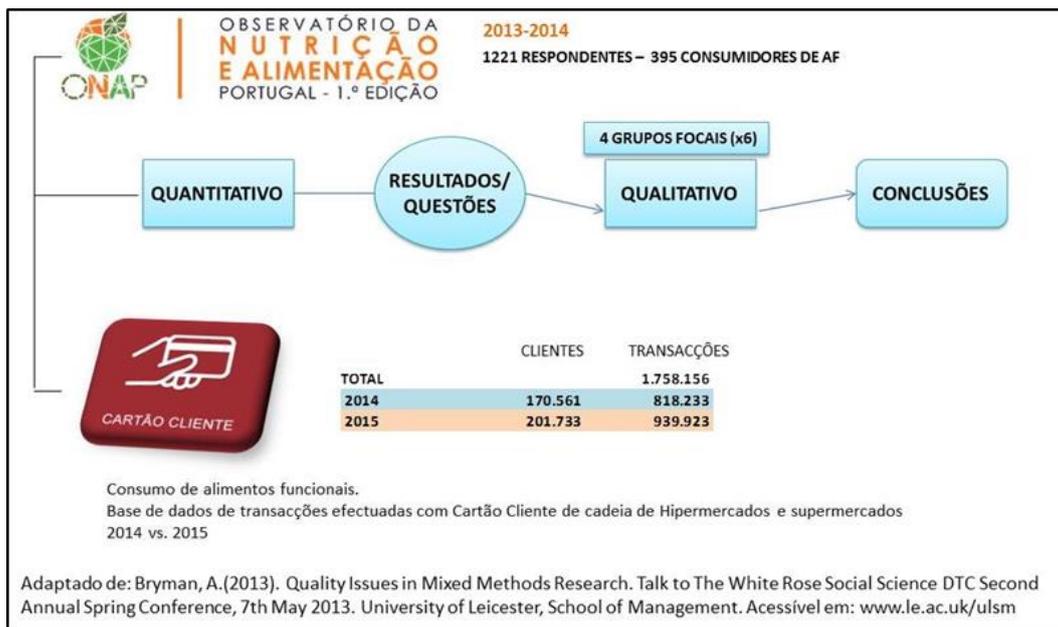


Figura 6.4 - Dispositivo de Pesquisa

Capítulo 5. Apresentação e Discussão de resultados

Neste capítulo serão abordadas as Bases de Dados primários das duas fontes utilizadas assim como os outputs dos Grupos Focais realizados; serão ainda discutidos os limites e alcance destas BD e da técnica utilizada.

5.1 Caracterização de consumos e perfis de compra

5.1.1 Base de dados de transações em cartão de cadeia de hipermercados

Foi concedido, com base na assinatura de um “Acordo de Confidencialidade” (*conf.* Anexo A. 5.1), acesso a dados extraídos de uma Base de Dados de “Cartões-Cliente” pertencentes a uma cadeia de hipermercados contendo informação relativa a transações, efetuadas pelos respetivos clientes, nos anos 2014 e 2015. De entre todos os produtos transacionados, com ativação do a.m. Cartão, 1.128 alimentos funcionais (informação validada por uma Nutricionista) foram identificados e codificados. As transações selecionadas (as quais correspondem a um ato de compra e que podem incluir um ou mais alimentos funcionais de marca própria, do retalhista, ou marca do fornecedor) foram analisadas com o propósito de comparação de consumos entre os dois anos, identificação de taxas de participação (% de alimentos funcionais no total de produtos adquiridos), caracterização sociodemográfica e comportamento das 5 categorias em que foram agrupados os alimentos funcionais. Embora associada a uma única, das entre muitas, empresa de hipermercados, operando no retalho em Portugal, a base de dados pode ser considerada representativa, dos perfis de aquisição de AF, considerando o volume massivo do total de transações incorporado (na casa dos milhões: 2014 – 6.937.148 e 2015 – 6.758.970) assim como aquelas incluindo, pelo menos um alimento funcional: 2014 – 818.233 e 2015 – 939.923. A utilização desta fonte de dados, que se crê um recurso inovador, em Portugal, no âmbito das Ciências Sociais, apresenta potencial interpretativo para efeitos de padronização de tendências e perfis de consumo.

No que respeita a base de dados das transações, os alimentos funcionais foram agrupados em 5 grupos homogêneos (iogurtes enriquecidos e leites fermentados; leites enriquecidos; margarinas e cremes vegetais; sumos e néctares com adição de vitaminas e/ou alegações de saúde e águas e chás com adição de fibra e/ou minerais) e as transações codificadas, por regiões geográficas alargadas (NUTS III), de forma a preservar a confidencialidade no que respeita a localização exata dos hipermercados aos quais os Cartões

de Cliente estão associados. Apesar da magnitude da base de dados, esta apresenta limitações e fragilidades que importa considerar, em particular:

- A circunstância de a pessoa que surge como detentora do cartão (a quem pertencem os dados sociodemográficos captados), pode não coincidir com o consumidor final (exemplo: um cliente adquirindo para outro elemento do agregado familiar);
- Dificuldade em distinguir se os incrementos de consumo resultam de os mesmos detentores de cartão a comprar mais produtos ou ao recrutamento de mais detentores do cartão.
- A região alocada à transação efetuada corresponde ao local onde a transação ocorreu e não ao local de residência do detentor do cartão.

A análise dos elementos quantitativos disponibilizados (ficheiro Excel) indica uma evolução de 8,6% em valor no consumo de alimentos funcionais o que, apesar da crise económica que afetou Portugal (parte do período em análise), e da consequente quebra de rendimento disponível por parte das famílias, parece indiciar que estes consumos já integram, de forma sustentada, o quotidiano dos consumidores. No entanto, o facto da percentagem de clientes e de transações apresentar uma evolução mais significativa, de 16,2% e 18,6% respetivamente, mantendo-se estabilizado o nº de transações por cliente (Fig. 1.5), parece indicar que mais clientes efetuaram mais compras, mas de alimentos funcionais mais baratos, podendo tal significar que, por um lado, apesar do efeito inibidor do preço, os consumidores que aderiram por opção a esta tipologia de produtos permanecem fiéis e que diferenças de preço têm efeitos modestos na eficácia percebida dos alimentos funcionais (Bech-Larsen & Grunert, 2003) ou, por outro, que estes produtos foram objeto de descontos promocionais.

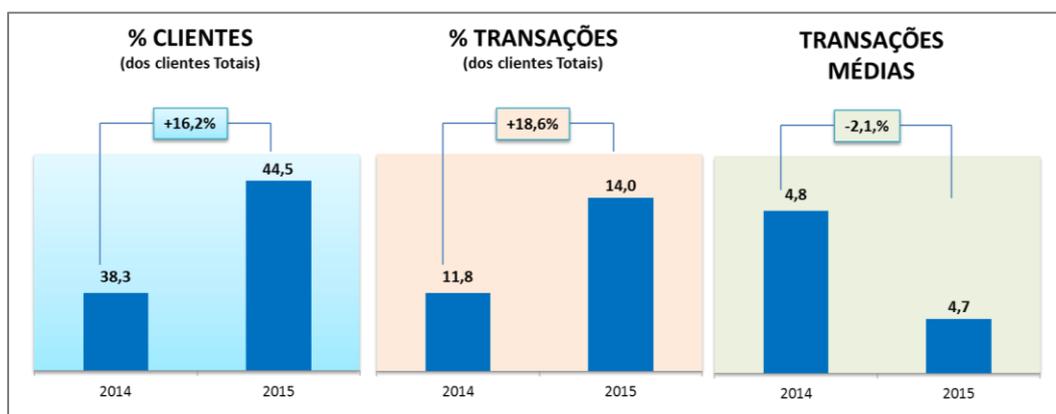


Figura 1.5 - Base de Dados de Transações. Evoluções 2015 vs. 2014 (conf Anexo F)

Correspondendo a um total de 1128 produtos (incluindo variantes de sabor e formato) agregados em 5 segmentos homogêneos dos quais se destacam os iogurtes enriquecidos (ex. Actívia) e leites fermentados (ex. Danacol) com 727 produtos correspondendo a 64,5%, os sumos e néctares (200 correspondendo a 17%) e as margarinas e cremes vegetais (55 correspondendo a 4,9%), estes apresentam, entre si, distinta performance verificando-se polarização de compras nos Iogurtes enriquecidos/leites fermentados (aprox. 86% em ambos os anos) e margarinas e cremes vegetais (48,7% em 2014 e 55,6% em 2015) refletindo a conjugação da maior oferta nestes segmentos com o maior nível de comunicação promocional. Apesar dos Sumos e Néctares apresentarem a 2ª maior oferta de produtos ocupam somente o 3º lugar nas opções dos detentores do Cartão de Cliente.

Apesar de uma ligeira quebra na compra média (nº de produtos = nº de transações a dividir por nº de clientes) semestral (2,48 produtos vs. 2,41) importa realçar o comportamento dos leites enriquecidos os quais, sendo adquiridos por menos clientes, revelam uma maior taxa de repetição de compra (3 produtos) sugerindo que, tratando-se de um produto básico, os consumidores trocam o produto ‘normal’ por um enriquecido numa lógica de pragmatismo e ‘domesticação’ das novidades. Quanto à distribuição por sexo esta é relativamente constante, na comparação dos dois anos, com uma distribuição aproximada de 60% de mulheres e 40% de homens (fig. 2.5), revelando alinhamento com a circunstância de também ser esta a distribuição, habitual, de clientes dos hipermercados, assim como, e em particular, dos adquirentes de produtos de saúde nas Parafarmácias dos hipermercados (Monteiro, 2010).

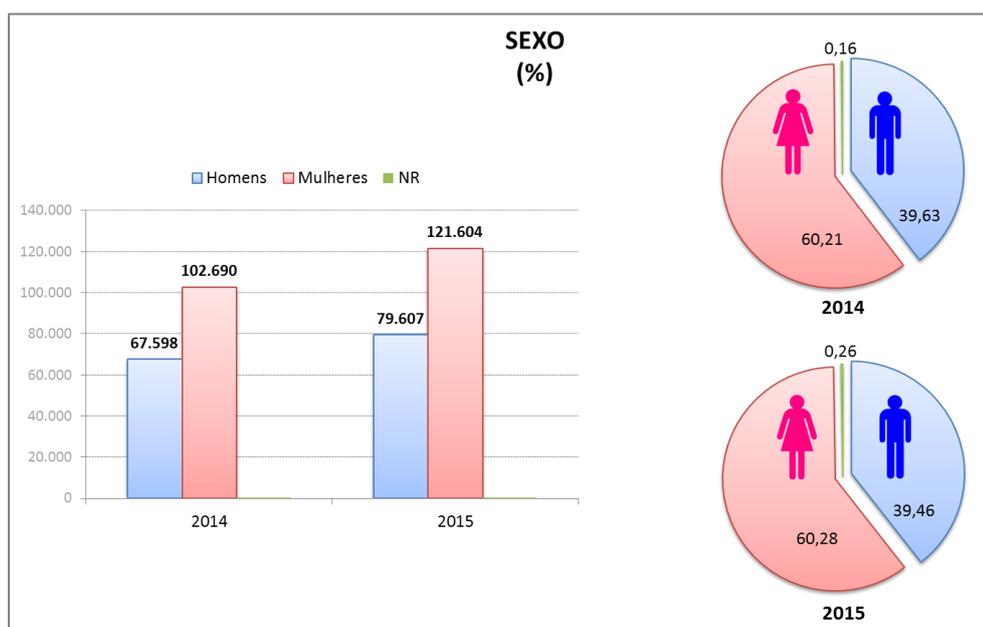


Figura 2.5 - Distribuição das Compras, efetuadas com cartão cliente, por sexo

Fonte: Base de dados de Transações (conf Anexo F)

Embora com variações distintas esta diferença é constante para as 5 tipologias de produtos analisados. No que respeita a distribuição etária verifica-se que a compra mais significativa se verifica nos escalões 35-44 e 45-54 (50,0%), revelando um padrão aquisitivo que se aproxima daquele verificado para os produtos de saúde nas Parafarmácias (Monteiro, 2010) e em consonância com pesquisas internacionais que evidenciam serem estes os *cohorts* etários nos quais se localizam os consumidores mais envolvidos, com a gestão do percurso de saúde e doença seu e do agregado familiar, seja pela circunstância de habitualmente terem filhos com idades inferiores a 10 anos, e pretenderem ganhá-los para hábitos alimentares mais saudáveis, seja por se defrontarem com um desafio da saúde concreto (Di Pasquale et al, 2011). A distribuição etária revela elevado grau de fiabilidade quanto à idade do detentor do cartão, já que base de dados é construída tomando como base a data de nascimento inscrita no mesmo, sendo no entanto impossível determinar se a compra efetuada se destina ao consumo próprio ou de um membro do agregado familiar, com idade distinta, pelo que estes dados devem ser avaliados sob reserva de acordo com as limitações anteriormente mencionadas.

Procurou-se aprofundar a identificação de perfis multidimensionais de consumo separadamente por Sexo e Idade tendo-se mobilizado as seguintes metodologias: Análise em Componentes Principais (ACP), Análise de Clusters (classificação hierárquica - CH), Análise de Correspondências Múltiplas (ACM), Testes de Qui-Quadrado de Independência ou Testes Exatos de Fisher (*conf Anexo G*).

Distinguem-se 2 grandes tipos de comportamentos de consumo, para os quais o sexo não parece muito relevante (tanto pelos resultados da ACP como da CH):

- Maior frequência de vendas: os iogurtes enriquecidos, seguidos das margarinas e cremes vegetais, surgem mais associados a mais vendas, mais talões, maior número de clientes, os sumos e néctares aparecem numa posição intermédia e os leites enriquecidos, e as águas e chás com adição de fibra/minerais, surgem associados a menores valores destes indicadores;
- Maior valor por venda: os leites enriquecidos surgem mais associados a maiores vendas médias por cliente, compra média e média de transações por cliente, os iogurtes enriquecidos e as margarinas e cremes vegetais aparecem numa posição intermédia e as águas e os sumos figuram mais ligados a menores valores destes indicadores.

Embora o sexo não pareça muito relevante para caracterizar os comportamentos globais de consumo distintos, com a exceção das águas e chás, identifica-se uma tendência em

cada alimento funcional para o sexo feminino se associar a maiores vendas que o masculino (observações relativas ao sexo feminino situam-se mais à direita em cada família de alimentos, no plano fatorial).

Quando se consideram os indicadores por níveis, identificam-se 3 perfis de consumo diferenciadores (ACM):

- Perfil 1: Consumo de Iogurtes com valores, em volume de vendas, máximos (nível 3 para Número de clientes, Número de transações e Volume de Vendas e maioritariamente para Número médio de transações por cliente);
- Perfil 2: Consumo de Leites, com menos consumidores, mas esses com volume e valor elevados (nível 3 para Número médio de transações por cliente, Vendas médias por cliente e Compra média por transação, maioritariamente nível 1 para Número de clientes e Número de transações e nível 2 para Volume de Vendas);
- Perfil 3: Consumo de Águas e Margarinas, abrangente a nível de grau de consumo de alimentos funcionais, mas que, quando consumido, representa parte pequena no conjunto dos alimentos funcionais adquiridos (repartição pelos 3 níveis de consumo quanto a indicadores globais de Nº Clientes, Nº Transações e Volume Vendas, mas só muito raramente, ao nível máximo, em Nº médio de Transações por cliente e Vendas médias por cliente).

Quanto à informação por faixa etária distinguem-se 2 grandes tipos de comportamentos de consumo (ACP):

- Um comportamento de maior/menor consumo global que aparece associado à idade (faixas etárias mais idosas mais associadas a maiores consumos e as jovens a menores) e, em parte, ao tipo de produtos (iogurtes, seguidos das margarinas e nalguns raros casos leites, mais associados a maiores vendas globais e águas e chás mais ligados a menores vendas);
- Um comportamento distinguindo o consumo com maior compra média por talão e vendas médias por cliente, mais associados a Leites e menos a Iogurtes.

Quando se consideram os indicadores por níveis, identificam-se 3 perfis semestrais de consumo diferenciadores (ACM):

- Perfil 1: perfil de consumo de alimentos funcionais mais jovem, e com um menor grau de consumo, que os restantes perfis - engloba todos os produtos funcionais, com destaque para águas/chás e Sumos/néctares, sendo o único perfil a incluir as faixas

etárias mais jovens (18-34 anos), associando-se a níveis inferiores de vendas (níveis 1, sobretudo, e 2, para Número de clientes, Número de transações, Vendas);

- Perfil 2: perfil de maior consumo de forma global, sobretudo associado a idades intermédias, talvez a agregados familiares compostos de pais com filhos, integra, sobretudo, Iogurtes, Margarinas e Sumos (nunca Águas/chás, nem Leites), predominando entre 35-54 anos, e nunca abaixo dos 35 anos, associando-se a (níveis mais elevados para Número de clientes, Número de transações, Vendas e Número médio de transações por cliente e intermédios para Vendas médias por cliente e Compra média por transação);
- Perfil 3: perfil mais idoso e, aparentemente, de consumo intermédio ou elevado específico de Leites enriquecidos - inclui todas as observações respeitantes a Leites e associa-se a faixas etárias a partir dos 45 anos (níveis intermédios para Número de clientes e Número de talões, elevados para Número médio de transações por cliente, Vendas médias por cliente e Compra média por transação).

Quanto ao controlo metodológico importa sublinhar que, apesar destas BD providenciarem informação direta sobre os distintos modelos de compra de AF, se assumiu a sua representatividade indireta, relativamente aos consumos, pela circunstância de: (i) ser significativa a aquisição de iogurtes enriquecidos sendo estes, predominantemente, consumidos por mulheres; (ii) os AF não se destinarem ao consumo por segmentos infantis o que limita enviesamentos nas análises efetuadas e (iii) admitindo-se que todos os produtos adquiridos são consumidos esta BD permite inferências seguras sobre evolução de consumos, tipologias de produtos consumidos etc.

A exploração analítica efetuada revela a multidimensionalidade de perfis de aquisição/consumo eventualmente reveladora dos distintos modos de relação dos consumidores portugueses com os alimentos funcionais, aliás em linha com investigação efetuada em outros países mediterrânicos, em que as variáveis ‘conhecimento do produto’, ‘doença crónica’, ‘estilo de vida’, ‘compra em supermercado’, ‘snacking’ (ex. consumo de iogurtes fora de casa como substituto de refeição ou no intervalo entre refeições) se combinam de forma aleatória gerando compras motivadas por real preocupação com a saúde, compra por rotina ou compra fortemente influenciada pela publicidade (Di Pasquale et al., 2011:186-188).

5.1.2 Base de dados do ONAP (Observatório da Nutrição e Alimentação em Portugal)

Este estudo, baseado numa amostra (n=1068) por quotas, é representativo do território Continental e tomou como variáveis de controlo o sexo (m/f) e a idade (≥ 15 anos) tendo sido efetuado através de entrevista direta e presencial. Os respondentes dividiram-se entre 43,5% de homens, e 54,6% de mulheres, com idades variando da faixa entre os 15-19 anos (6,1%) até > 70 anos (19%). No que respeita a informação utilizada para a presente Tese foram incluídas, no texto do questionário, 6 opções relacionadas com a presente investigação, associadas à eventual respetiva utilização para "prevenir uma doença ou obter bem-estar":

- Iogurtes para a regulação do trânsito intestinal
- Bebidas (ex. água, leite) ou cereais, enriquecidos com fibras
- Leite, ovos e cereais enriquecidos com ácidos gordos Ómega-3
- Produtos lácteos (ex. leite fermentado – Benecol) para a redução do colesterol
- Leite para a regulação do trânsito intestinal
- Produtos lácteos enriquecidos com cálcio para a saúde óssea

Estas opções excluíram, por razões de espaço, outros produtos relevantes, tais como as margarinas e cremes para barrar que integram a BD de transações com Cartão Cliente. Um dos resultados mais significativos foi o facto de 200 (40,8%) dos respondentes, que afirmaram consumir alimentos funcionais, o fazerem de forma regular (consumo diário ou semanal) constituindo os iogurtes para a regulação do trânsito intestinal (25%) e as bebidas (ex. água e leite) e os cereais (ex. cereais de pequeno-almoço – Corn Flakes) enriquecidos com fibras (37%) as categorias com maior expressão (*conf Anexo E, p. 257*); importa mencionar que uma das limitações deste questionário é a ausência das margarinas e cremes de barrar, enquanto categoria autónoma, assim como a junção de categorias distintas (ex. bebidas e cereais) na mesma pergunta devido a constrangimentos de espaço. No que respeita os consumidores de alimentos funcionais 37,5% são homens e 62,5% são mulheres alinhando-se estes resultados com aqueles expressos em vários estudos (Pozzo, 2012:10) os quais indicam uma maior prevalência de mulheres como as maiores consumidoras/utilizadoras de alimentos funcionais. O consumo mais elevado verificou-se na faixa etária 40-54 anos, para ambos os sexos (mulheres – 42,1% e homens 28,1%), diminuindo com a idade; as diferenças encontradas apresentam significado estatístico para o sexo ($p < 0.001$) mas não para a idade ($p = 0.208$). Analisando os padrões regionais de consumo (a merecer eventual exploração analítica aprofundada), o Sul do país (Algarve) apresenta o valor mais baixo (20,0%), e o Norte o mais

elevado (38,3%), enquanto o Alentejo e a área metropolitana de Lisboa apresentam valores similares (32,1% e 32,2%, respetivamente) e a região Centro o valor de 27,9% sendo as diferenças encontradas, entre regiões, estatisticamente significativas ($p=0.024$) (Fig. 3.5).

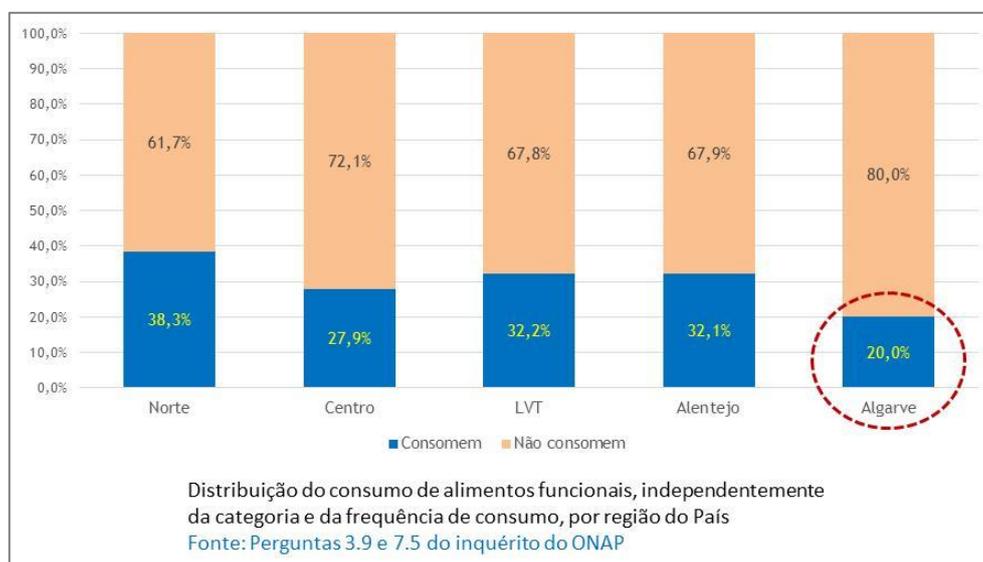


Figura 3.5 - Estudo ONAP - Alimentos funcionais
 (conf Anexo E)

Quando procedemos à desagregação dos consumos, por categorias de produtos, verifica-se que para as duas primeiras os consumos mais elevados se encontram no Alentejo, e na região Norte, atingindo a significância estatística no caso particular dos alimentos funcionais para redução/prevenção do colesterol. No caso dos alimentos funcionais para melhoria/prevenção da doença óssea, não se verifica qualquer relação com a região do País.

Tal como antecipado (Niva, 2006:22), de uma forma geral, o consumo de alimentos funcionais aumenta de acordo com o rendimento médio mensal bruto do agregado familiar (40,6% para rendimentos > 2.500,00€ *versus* 27,8% para aqueles abaixo de 500,00€) e o nível de escolaridade, no entanto sem significado estatístico no primeiro caso ($p=0.104$) mas com significado estatístico no segundo ($p=0.027$), com um valor de 36,7% para aqueles possuidores de um grau universitário, o que compara com 28% para aqueles com o 9º ano. Os dados parecem sugerir que o consumo de AF não é casuístico mas integra práticas que se vão concertando num determinado sentido já que, de entre aqueles que referem consumir alimentos funcionais, 37,5% pratica, de forma simultânea, atividade física ($p=0,016$) enquanto 40,3% refere ter consumido, no último ano, pelo menos, um suplemento alimentar ($p=0.002$) independentemente do tipo de suplemento e da razão para o respetivo uso. Não obstante, quando tomada em consideração a relação entre o consumo de alimentos funcionais e

suplementos alimentares, com o objetivo específico da preservação da saúde ou prevenção da doença, não foi encontrada ($p=0.659$) qualquer relação direta entre as duas práticas. Considerando a prevalência de doenças crónicas entre os participantes do estudo ONAP os resultados indicam um aumento, embora antecipado, do consumo de alimentos funcionais por parte daqueles sofrendo de dislipidémia ($p < 0.001$) comparativamente com aqueles que não mencionaram esta condição devido, em parte, à significativa variedade de produtos oferecidos ao consumo com alegações de proteção cardiovascular (ex. leite fermentado – Benecol, Danacol; produtos enriquecidos com Ácidos gordos Ómega-3). Tendo os alimentos funcionais mencionados, pelos respondentes, sido categorizados em três categorias (Regulação do trânsito intestinal; Redução/prevenção do colesterol; melhoria/prevenção da saúde óssea) verifica-se um consumo regular (semanal ou diariamente) de alimentos, para a redução/prevenção do colesterol, entre os inquiridos com dislipidémia (8,3%) relativamente aos inquiridos sem dislipidémia (5,4%). Para os doentes com dislipidémia foi analisada a relação entre o consumo de alimentos funcionais para a redução/prevenção do colesterol e a utilização de medicamentos, prescritos por um médico, para o tratamento daquela condição, verificando-se, embora sem significado estatístico, uma tendência para um consumo mais regular entre os doentes não medicados (25,2% dos doentes não medicados tem um consumo esporádico – de vez em quando ou 1-2x/mês – ou regular dos alimentos funcionais comparativamente aos medicados em que esse consumo é de 16,4%) podendo tal sugerir lógicas de substituição do medicamento ou atraso na futura utilização. No caso da diabetes é evidente uma relação inversa com os respondentes diabéticos a apresentarem um menor consumo de alimentos funcionais, comparativamente com aqueles que não indicaram esta condição ($p=0.046$) (Quadro 1.5), o que é justificável tendo em conta o rigoroso controlo exercido sobre os níveis de glicémia e o facto de muitos alimentos funcionais apresentarem níveis de açúcar pouco razoáveis⁷⁹. Esta constatação é particularmente evidente no caso do consumo regular de alimentos funcionais para a regulação do trânsito intestinal com os diabéticos a apresentarem um menor consumo comparativamente com os não-diabéticos (10,8% vs.18,5%; $p=0.029$).

⁷⁹ Recuperado de <http://www.diabetesselfmanagement.com/nutrition-exercise/nutrition/functional-foods/>

DOENÇAS/CONSUMO		Sim	Não	Valor-p
Hipertensão	Sim	86 (31.5%)	187 (68.5%)	0.721
	Não	303 (32.7%)	625 (67.3%)	
Dislipidemia (colesterol)	Sim	132 (40.4%)	195 (59.6%)	<0.001
	Não	252 (29.7%)	596 (70.3%)	
Diabetes	Sim	19 (22.6%)	65 (77.4%)	0.046
	Não	369 (33.2%)	743 (66.8%)	
Doença cardiovascular	Sim	42 (29.0%)	103 (71.0%)	0.340
	Não	349 (32.9%)	711 (67.1%)	
Obesidade	Sim	35 (30.7%)	79 (69.3%)	0.708
	Não	356 (32.4%)	742 (67.6%)	

Quadro 1.5 - Distribuição do consumo de alimentos funcionais, independentemente da categoria e da frequência, por doença diagnosticada

. Fonte: Perguntas 3.2 e 3.9 do inquérito do ONAP (*Conf Anexo E, p. 266*).

De modo a identificar, de forma mais detalhada, perfis multidimensionais diferenciadores de consumo de alimentos funcionais procedeu-se a uma análise de Clusters (classificação hierárquica – CH e não hierárquica CNH), Análise de Correspondências Múltiplas (ACM), Medidas de associação V de Cramer e Coeficiente de Contingência (*conf Anexo D*).

Identificam-se 6 perfis, a partir das variáveis de frequência de consumo de AF, ordenados abaixo pelo grau de consumo de AF, desde o perfil de não-consumo ao de maior expressão (a bold os perfis mais consistentes):

- **(P6/6)** perfil de não-consumo dos AF, predominante na amostra. Tendencialmente indivíduos com menores rendimentos e escolaridade (repartindo-se pelos diversos níveis, mas com maior ênfase no Ensino Básico);
- (P3/6) consumo menos frequente: consumidores regulares essencialmente só de Bebidas e cereais enriquecidos com fibras. Conjunto consideravelmente mais jovem (18-39 anos), comparativamente a outros perfis, muito frequentemente solteiros e sem crianças no agregado, com nível de escolaridade superior e ligeiramente menos frequentemente de nacionalidade portuguesa que os restantes. Mais frequentemente, que outros, da região Norte, um pouco menos da região de Lisboa. Tomam mais frequentemente suplementos e praticam exercício físico, registando uma melhor saúde a nível de hipertensão que outros perfis. Tendem a consumir mais doces, do tipo sobremesas e gelados, e um pouco menos frequentemente, de forma regular, carne de suíno.

- **(P2/6)** consumo intermédio: consumidores frequentes de Lacticínios para redução de colesterol, algum consumo de Leite, ovos e cereais enriquecidos com Omega3 e Lacticínios enriquecidos com cálcio e não consumo dos restantes AF. Mais frequentemente, que outros, do género feminino e de idades 40-64 anos ou 65 anos ou mais, sendo dos que mais frequentemente apresentam escolaridade no ensino básico. Na sua maioria casados, frequentemente de agregados de 2 pessoas, da região de Lisboa e Vale do Tejo, e com rendimentos no escalão mais elevado. Tendência a apresentar um estado de saúde de menor qualidade, com maior prevalência, que outros perfis, de hipertensão e colesterol elevados, tomando mais frequentemente medicação para ambas estas condições, mas também para doenças cardiovasculares. Consumo regular, mais frequente que outros, de muitos alimentos quer mais saudáveis (legumes cozidos, peru, peixes magros), quer menos saudáveis (queijo, doces-sobremesas e gelados, carne de suíno e peixes gordos).
- **(P1/6)** consumo intermédio: consumidores mais frequentes de, sobretudo, Iogurtes para regulação do trânsito intestinal e Bebidas e cereais enriquecidos com fibras e não-consumo dos restantes AF. Mais frequentemente, que outros perfis, do género feminino e dos que mais registam escolaridade no ensino superior. Residem na sua maioria na região de Lisboa e Vale do Tejo, com rendimentos no escalão mais elevado. Tendência para ligeira maior prevalência, que outros, de hipertensão, tomando medicação para esta condição. Parecem ser indivíduos com algum cuidado na sua alimentação, consumindo mais frequentemente, que outros, alimentos mais saudáveis (iogurtes, sopa, legumes cozidos, ovos, peixes gordos) e menos frequentemente carnes menos saudáveis (suíno e bovino). Dos que mais registam a prática da alimentação vegetariana.
- **(P5/6)** consumidores regulares de Bebidas e cereais enriquecidos com fibras e Leite, ovos e cereais enriquecidos com Omega3 e, nalgum grau, Lacticínios para redução de colesterol, Leite para regulação do trânsito intestinal e Lacticínios enriquecidos com cálcio. Mais frequentemente, que outros perfis, solteiros e não casados, integrando ou agregados sem crianças ou com 3 pessoas, e residindo menos frequentemente na região de Lisboa e Vale do Tejo. Com maior frequência que outros não-ativos e com rendimento sobretudo de 1001-2500 (menos frequentemente inferior a 1000 euros). Maior frequência, que outros, de consumo de suplementos e prática de exercício físico. Parecem ter menos frequentemente problemas de saúde como hipertensão, doenças cardiovasculares, obesidade e tomando com menor frequência medicação

para hipertensão, colesterol ou doenças cardiovasculares. Consumem regularmente com maior frequência, que outros, muitos alimentos quer mais saudáveis (leite, iogurtes, sopa, legumes cozidos, ovos, carne de frango e de peru), quer menos saudáveis (chocolates, outros doces como sobremesas e gelados, carne de bovino e peixes gordos). Consomem menos frequentemente, que outros, carne de suíno e nalgum grau carnes de aves por recomendação médica.

- (P4/6) consumidores regulares, sobretudo, de Laticínios enriquecidos com cálcio e esporádicos todos os restantes AF (essencialmente Bebidas e cereais enriquecidos com fibras, mas também Laticínios para redução de colesterol e Leite para regulação do trânsito intestinal). Na sua esmagadora maioria do género feminino, mais frequentemente solteiros e menos frequentemente, que outros perfis, casados. Completaram mais frequentemente, que outros, o Ensino Secundário, não sendo frequentemente ativos e registando rendimentos inferiores (1001-2500 euros ou sobretudo inferior a 1000 euros). Mais de metade destes indivíduos pratica exercício físico e um pouco menos, que outros perfis, afirma não ter problemas de obesidade. Indicam consumir regularmente, com maior frequência que outros, muitos alimentos quer mais saudáveis (leite, iogurtes, legumes cozidos, alface, carne de frango), quer menos saudáveis (queijo, chocolates, outros doces como sobremesas e gelados). Consomem menos frequentemente, que outros, carne de suíno e de bovino e nalgum grau leite sem lactose e carnes de aves por recomendação médica.

A presente investigação sugere pois uma atomização de perfis de consumo (5) refletindo a diversidade das escolhas, e a individualização dos consumos, revelando lógicas combinatórias que escapam a tentações classificatórias. Quando se agrupam os consumidores (regulares e esporádicos) de AF por finalidade ‘terapêutica’ de uso verificam-se práticas distintas a justificar futura exploração empírica e analítica (Quadro 2.5):

	Consumo de hortícolas	Consumo de peixe	Consumo de fruta	Consumo de suplementos alimentares	Importância da aliment. p/ a saúde	Prática de exercício físico
A: Regulação do trânsito intestinal	não	sim	não	não	não	sim
B: Redução/prevenção do colesterol	não	sim	não	sim	sim	não
C. Melhoria/prevenção da saúde óssea	não	sim	não	não	não	não
Consumo de alimentos funcionais	não	sim	não	não	não	

Quadro 2.5 - Associação entre o consumo de alimentos funcionais e outras variáveis
(Conf Anexo E, p. 286).

5.1.3. Considerações finais

A análise dos dados recolhidos, da BD, indica alinhamento empírico com aqueles provenientes do estudo ONAP, circunstância que adiciona consistência factual às tendências encontradas, em particular:

- Evidencia uma tendência positiva em transações (incluindo, no mínimo, um alimento funcional) e clientes/consumidores envolvidos com esta categoria de produtos de respetivamente 14,9% e 18,3%.
- Mostra aproximação, quantitativa, no que respeita a % de utilizadores de alimentos funcionais entre as duas amostras distintas: 32% no estudo ONAP (consumidos) e 38,3% no caso da Base de Dados (adquiridos).
- Mostra um alinhamento dos perfis sociográficos entre os detentores do Cartão Cliente e os respondentes do estudo ONAP, respetivamente 60,21% de mulheres e 39,63% de homens para a primeira amostra (2014) *versus* 62,5% de mulheres e 37,50% de homens da segunda com a maioria dos consumidores, em ambas as amostras na faixa 35-54 anos.
- Indica um alinhamento na hierarquização de preferências dos clientes com os iogurtes ocupando a posição cimeira.

A combinação dos resultados do estudo ONAP e da Base de Dados produz evidência empírica que se articula com um crescimento sustentado do consumo de alimentos funcionais, em Portugal (Fig. 4.5), desde, pelo menos, 2008 (Lopes et al., 2012: 8) e que suporta a tentativa de caracterização de um perfil médio do consumidor português de alimentos funcionais, o qual se revela nos seguintes elementos: Mulher, com idade compreendida entre os 40 e os 54 anos com escolaridade > 12º ano, tendencialmente vivendo em agregado familiar com rendimento médio mensal > 2.500,00€, consumindo regularmente (diária ou semanalmente) sobretudo produtos para a regulação do trânsito intestinal, os quais compreendem predominantemente iogurtes enriquecidos, com culturas de bactérias probióticas, e bebidas e cereais enriquecidos com fibras, e que tende a valorizar o consumo de peixe e, em casos esporádicos, de suplementos alimentares.

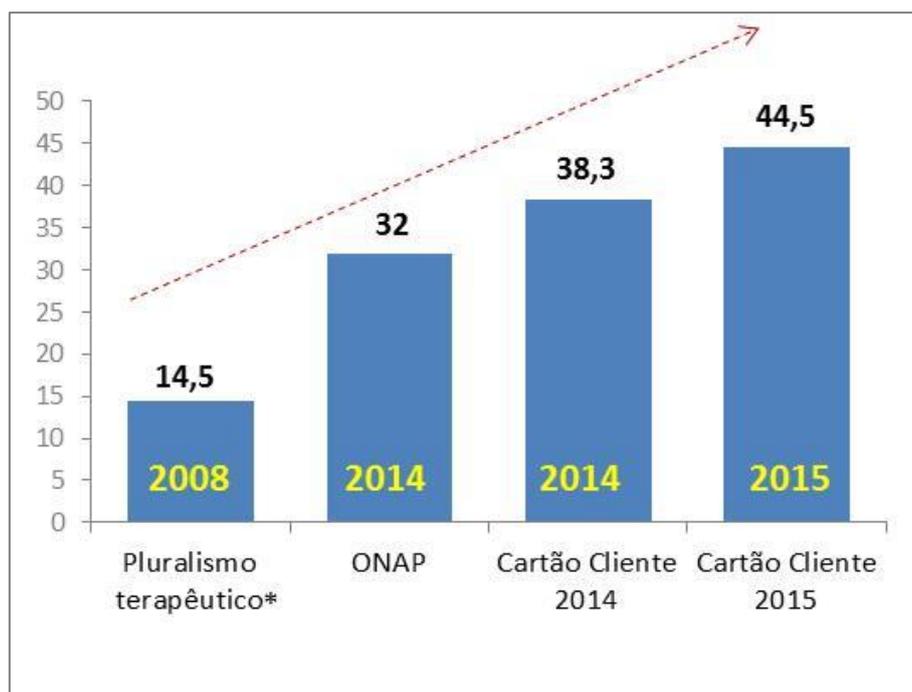


Figura 4.5 - Evolução do consumo: percentagens relativas ao total de utilizadores
 *Questionário “Medicamentos e Pluralismo Terapêutico” (2008) in Lopes et al., 2012;9

5.2 Finalidades de uso dos alimentos funcionais

5.2.1 Seleção da técnica - Grupos Focais

No âmbito da aplicação de uma estratégia combinatória de metodologias quantitativas e qualitativas foram realizados 4 Grupos Focais entre 25 de Julho e 17 de Agosto de 2016. Na pesquisa em saúde os grupos focais são de particular utilidade pois, para além de constituírem um instrumento de recolha de informação com boa relação custo-benefício, permitem atenuar alguns dos tradicionais desequilíbrios de poder entre investigador e participantes (Green, 2007; 114:115) garantindo assim um ambiente menos formal, e mais favorável à revelação de experiências e atitudes, frequentemente de carácter mais privado, porque associadas a trajetórias pessoais ou familiares de saúde e doença. Esta constitui uma ferramenta qualitativa para recolha de informação com propósitos exploratórios ou confirmatórios. Procura, em ambiente de interação, captar formas de perceção e racionalidades. Não sendo, naturalmente, uma técnica autossuficiente apresenta debilidades e insuficiências, em particular ao nível do desenho, condução e controlo da direcção da discussão (Bender & Ewbank, 1994:73) as quais o autor da tese procurou ter em conta e proceder ao respetivo controlo. No corrente projeto de

investigação, e considerando a fragilidade das associações e correlações observadas no questionário ONAP, procurou-se uma combinação entre técnicas quantitativas com uma posterior utilização de análise de conteúdo, dos grupos focais, a qual permitiria, num vaivém entre as funções heurística e hipotética (confirmação/infirmação), mas igualmente entre o corpo teórico e as técnicas (Bardin, 2016 [1977];32), produzir um adequado quadro analítico assim como indicar pistas para investigação futura. A obtenção de tal objetivo exigia uma adequada articulação entre: (i) definição de dimensões e segmentos de análise; (ii) grelha de recrutamento de participantes; (iii) Guião de Entrevista (*conf* Anexo A- 9.4) e técnica de análise de conteúdo e de discurso.

Constituindo o objetivo, da presente fase, identificar e evidenciar as razões e lógicas subjacentes às atitudes e comportamentos, associados ao consumo de alimentos funcionais, importava valorizar as potencialidades dos grupos focais enquanto instrumento capaz de permitir ao investigador inferir sobre o sentido oculto das práticas alimentares em análise. De forma distinta das entrevistas individuais, potencialmente objeto de fragilidades metodológicas por, segundo alguns autores, capturar predominantemente o que os participantes dizem, mas não o que fazem, os grupos focais têm o mérito de ajudar a revelar os processos da tomada de decisão e da transferência de informação sobre saúde em contextos de interação social (Green, 2007:119). Nesta, como em outras técnicas, em que existe copresença do entrevistado com outros o controlo daquele tipo de riscos reside, não especialmente na técnica, mas na qualidade metodológica do guião e na competência técnica e analítica do entrevistador. A revelação, pertinente, de perceções e racionalidades associadas ao tema exigia que os discursos individuais fossem pouco estruturados e as dinâmicas grupais fossem ricas de interação, no plano da conversação, o que exigiu uma técnica de condução das reuniões, na lógica da facilitação, combinando o necessário “afunilamento” analítico com a fluidez discursiva e um ambiente descomprometido com regras rígidas, o qual libertou os participantes para afirmações de genuinidade.

5.2.1.1 Desafios metodológicos

Os 4 grupos focais realizados integraram um total de 24 participantes, divididos em grupos de 6, os quais foram antecedidos por um pré-teste com 4 participantes. As sessões tiveram uma duração total de 7h sendo que a sessão de pré-teste teve a duração de 1h e 45 minutos. O tempo médio por sessão foi de 1h e 45 minutos.

A natureza do estudo ONAP, e a singularidade da obtenção de dados para a presente investigação, colocou desafios metodológicos, desde logo, quanto à forma de recrutamento de participantes, para os Grupos Focais, já que o investigador não esteve presente nos trabalhos de campo, do estudo ONAP, nem foi, pela equipa que conduziu os questionários, assegurada uma *pool* de potenciais respondentes disponíveis para processos de posterior exploração analítica. Este contexto obrigou à mobilização de empresa especializada, em organização e condução de Grupos Focais, a qual funciona numa lógica profissional e não académica, o que obrigou a rigoroso controlo metodológico, e ético, e uma clara identificação de perímetros de intervenção:

Investigador

- Elaboração do Guião de Entrevista dos grupos focais
- Elaboração da Ficha de recolha de dados sociodemográficos
- Elaboração de Formulário para consentimento informado por parte dos participantes
- Critérios de seleção da amostra e condução das sessões
- Construção de matriz de análise e posterior aplicação de técnicas de análise de conteúdo
- Financiamento da acessória técnica e do pagamento aos participantes

Assessoria Técnica de empresa

- Recrutamento dos participantes (em função de grelha fornecida pelo investigador)
- Gravação e Transcrição (5 sessões)
- Disponibilização de salas e material de apoio
- Entrega formal aos participantes do incentivo em espécie

A singularidade deste projeto colocou dois outros desafios preliminares:

- Sendo a base de recrutamento um painel de respondentes, de uma empresa especializada em estudos de mercado, que enviesamentos podem daí advir em particular pela eventual semiprofissionalização destes indivíduos em resposta a inquéritos, Grupos Focais e outras técnicas de recolha de informação? Pode tal ser minimizado pelo conteúdo das perguntas/filtro de seleção a ser utilizado? Sendo uma eventual limitação, impossível de eliminar, procurou-se minimizar os seus efeitos selecionando participantes que não tinham estado presentes, há pelo menos 6 meses, em iniciativas semelhantes. Considerando a especificidade do tema comprovou-se que nenhum dos participantes

tinha alguma vez participado em grupos focais que abordassem o tema dos A. Funcionais.

- Como garantir que a apresentação do objetivo inicial da sessão (neste caso um propósito académico) e o pagamento (cartão presente de uma insígnia de híper e supermercados) não condicione a espontaneidade da participação levando os participantes (ou pelo menos alguns) a dar respostas que antecipam como “agradáveis” para o entrevistador? Procurou-se limitar os eventuais impactos negativos seja pela entrega do incentivo (Cartão presente de cadeia de híper e supermercados, no valor de 35,00€) somente no final de cada sessão (entrega feita, não diretamente pelo investigador mas pelos serviços da empresa) assim como pela explicação, no início de cada sessão, do âmbito estritamente académico da iniciativa e ainda uma condução das sessões num registo que procurou estimular a emissão de opiniões livremente expressas tendo-se verificado uma pluralidade de registos afastados de uma uniformidade que poderia revelar auto - condicionamento das respostas. Apesar de questionamentos, de índole ética e metodológica, que podem ser colocados quanto à oferta de incentivos tal pode ser aceitável, segundo alguns autores, já que os participantes têm de estar presentes num local e hora da escolha do investigador, com gastos em deslocação, e desde que o incentivo seja em cupão de uma loja na lógica de um agradecimento (Green, 2007;117), sendo esta, aliás, uma prática standard contemplada em muitos protocolos de pesquisa que envolvem consumidores (McMahon et al., 2014:403).

De forma a afinar o instrumento de pesquisa o Guião teve uma primeira versão submetida a um pré-teste com 4 participantes (2 homens e 2 mulheres) o qual contou com a presença de um doutorado em sociologia, com experiência na condução de FG, para afinação do Guião e da técnica de condução. Os dados do Pré-teste não foram contemplados na análise categorial (grelha definitiva foi, naturalmente, concluída *a posteriori*) mas integrados na análise de discurso enquanto ilustrativos das retóricas utilizadas.

O pré-teste permitiu, ainda, refinar o Guião e a matriz de Análise (Quadro 3.5) pois, para além das categorias inicialmente definidas, resultantes da reflexão teórica anterior, suscitou a criação de novas categorias as quais procuraram “capturar” novas expressões, dotadas de sentido, das lógicas, simbologias e fatores contextuais associados ao uso de alimentos funcionais. Importa sublinhar que a metodologia qualitativa seguida adotou o método indutivo já que, embora a reflexão teórica tenha determinado a moldura analítica de partida, imperou o princípio da identificação “das lógicas e racionalidades dos atores

confrontando-as com o modelo de referência. A consequência imediata é que o trabalho de construção do objeto, da análise e das hipóteses, é contínuo desde o início até ao final da pesquisa” (Guerra, 2006; 22); foi o contacto do investigador com os participantes dos Grupos Focais, e a dinâmica aí estabelecida, que sugeriu a arquitetura final da matriz de análise fazendo emergir os “Influenciadores de Consumo” e os “Processos de Validação” e dotando-os de estatuto categorial.

DIMENSÕES		
1	SIMBOLOGIAS	Inocuidade e ausência de efeitos secundários associados aos produtos naturais
		Aproximação ao medicamento/Suplemento
		Relação entre o natural e o processado/manipulado
		Estar doente vs. ter cuidado com a saúde/estilo de vida
2	RAZÕES E LÓGICAS	Eficácia associada à modernidade e tecnologia utilizadas no enriquecimento dos produtos
		Complementaridade/alternância terapêutica
		Crença nas promessas/alegações de saúde veiculadas pela rotulagem dos produtos e o Marketing/Publicidade que promove o respetivo consumo
		Substituir/evitar/atrasar medicamento/suplemento
3	CIRCUNSTÂNCIAS DE CONSUMO	Que contexto determina(ou) a opção (ex. prevenir, controlar)
		Nestas circunstâncias porque não optou pelo medicamento ou suplemento
		Integra sistema alargado e práticas promotoras de saúde
4	PERCEÇÃO DE RESULTADOS	Visibilidade dos resultados
		Admissibilidade de futuro abandono
5	PROCESSOS DE VALIDAÇÃO	Selo de garantia/aconselhamento médico
		Aconselhamento de Nutricionista
		Rede social de apoio
		Redes sociais
6	INFLUENCIADORES DE CONSUMO	Leitura/”evidência científica”
		Hábito/Moda
		Sabor
		Acesso
		Preço/Promoção
		Experimentação
Uso prático; substitui alimento “normal”		

Quadro 3.5 - Matriz para Análise de Conteúdo das entrevistas dos Grupos Focais

Não sendo os resultados dos Grupos Focais imunes ao modo como os mesmos são conduzidos (Bender & Ewbank, 1994:65) importou assegurar, no início de cada um, a diminuição de possíveis enviesamentos em particular pelo alinhamento dos participantes com o objeto em apreciação, e a designação institucional do mesmo (alimento funcional), já que os participantes foram recrutados em função do consumo de alimentos específicos (ex. iogurtes

para reduzir o colesterol ou para regular o trânsito intestinal) e não em função do consumo de ‘alimentos funcionais’ conceito não necessariamente familiar e compreendido pelo universo de consumidores, fonte do recrutamento. Assim, antes do início do diálogo sobre os alimentos funcionais, foram os participantes confrontados com sete blocos de imagens (*conf* Anexo A 6.1), representando os segmentos mais consumidos em Portugal, tendo sido sublinhado que se tratavam de alimentos aos quais tinham sido adicionados elementos bioativos, em alinhamento com as práticas seguidas em outras pesquisas envolvendo alimentos funcionais (Stratton, et al., 2015:134). Sendo que uma das primeiras tarefas do facilitador do Grupo Focal é o de assegurar um ambiente não-avaliativo, e capaz de estimular opiniões contrastantes (Bender & Ewbank, 1994:66), o autor da tese procurou, no início de cada sessão (*conf. Anexo B - Transcrições*) explicar as regras-base e criar um ambiente de empatia que eliminasse eventuais desconfortos prosseguindo com uma abordagem não-diretiva (Bender & Ewbank, 1994:67).

5.2.1.2 Considerações éticas

Tendo tido lugar em Lisboa foi, no início de cada sessão, explicado que a mesma se integrava no âmbito de um projeto académico e sob a égide do ISCTE tendo os participantes assinado um documento intitulado “Consentimento Informado” (*conf* Anexo A 5.2) o qual inclui o logo da instituição universitária, como elemento identificativo do enquadramento universitário do projeto, e explicita a confidencialidade no tratamento dos dados recolhidos. Todos os participantes aceitaram, verbalmente, que se procedesse à gravação das sessões. O conteúdo das conversas foi gravado em ficheiro áudio e totalmente transcrito tendo sido anonimizado o nome dos participantes.

5.2.1.3 Dados Sociodemográficos

Os grupos focais foram constituídos por uma amostra de conveniência com partilha de algumas características comuns (Bender & Ewbank, 1994:66): consumidores regulares (consumo semanal ou diário) de alimentos funcionais, que integram painel com cerca de 3.000 respondentes de empresa de estudos de mercado, sendo todos residentes na Área Metropolitana de Lisboa (o inquérito ONAP não evidenciou significativas discrepâncias regionais, embora em algumas categorias se verifiquem consumos mais elevados no Alentejo

e região Norte). Foi considerado que o nº total de 24 participantes assegurou o princípio da diversidade e da representatividade social (Guerra, 2006; 40).

Foi, quanto à constituição dos 4 Grupos, considerada a necessidade de articular homogeneidade quanto aos consumos (mínimo de 6 meses) e segmentação quanto aos perfis tendo sido constituídos 2 grupos mistos (3 homens e 3 mulheres), um grupo de homens (6) e um grupo de mulheres (6). Outras variáveis igualmente consideradas, e determinadas pelos resultados do Estudo ONAP, foram: (i) idade; (ii) presença ou ausência de doença crónica; (iii) regularidade dos consumos e ainda (iv) escolaridade (Fig. 5.5). Embora se verifique um consumo/aquisição de AF maioritariamente por mulheres (resultado das metodologias quantitativas aplicadas) pretendeu-se que a composição dos FG fosse equilibrada entre sexos, procurando captar eventuais *nuances* no que respeita as simbologias e as razões e lógicas de consumo.

	PRE-TESTE	GRUPO 1	GRUPO 2	GRUPO 3	GRUPO 4
SEXO	2 2	6	6	3 3	3 3
IDADE (ANOS)	2 - 18-39 2 - 40-64	3 - 18-39 3 - 40-64	3 - 18-39 3 - 40-64	18 - 64	18 - 64
DOENÇA	2 c/ D. Crónica 2 s/ D. Crónica	3 c/ D. Crónica 3 s/ D. Crónica			
ESCOLARIDADE	>10º < 12º ano	3 até 12º ano 3 + 12º ano	3 até 12º ano 3 + 12º ano	3 até 12º ano 3 + 12º ano	3 até 12º ano 3 + 12º ano
CONSUMOS*	REGULAR	3 REG 3 ESP	3 REG 3 ESP	REGULAR	REGULAR
TEMPO MÍNIMO	6 MESES				

* Consumo esporádico: de vez em quando ou 1-2x/mês; consumo regular: semanalmente ou diariamente.

Figura 5.5 - Estrutura dos Grupos Focais

O relatório Estatístico detalhado corresponde ao (Anexo A 4) apresentando-se, infra, uma síntese do mesmo (Quadro 4.5). No que respeita a idade os conjuntos de participantes, homens e mulheres, apresentavam uma média de idades muito homogénea com 43,4 para as mulheres e 43,3 para os homens. Já quanto aos níveis de escolaridade de ambos os grupos

verifica-se maior preponderância dos homens nos níveis correspondentes à “Frequência Universitária” (25% vs. 8,3%) e “Licenciatura” (33,3% vs. 25%) sendo igual a %, para ambos os sexos, relativamente ao nível “Superior a Licenciatura”. Quanto à atividade exercida, e sem surpresa atendendo à reconhecida discriminação de género existente no universo empresarial, destacam-se os homens com 25% a corresponder ao perfil de “Empresário/Dono” vs. somente 8,3% das mulheres e igualmente, com 16,7% vs. 8,3% no que respeita ao perfil de “Trabalhador Independente”. Quanto à presença de doença crónica verificou-se a existência de um padrão de distribuição expectável, com o colesterol elevado (35,7% das situações reportadas) e a diabetes (28,6%) a ocuparem as posições cimeiras sendo que as mulheres apresentavam mais situações de colesterol elevado (37,5%) que os homens sendo o inverso verdadeiro para a diabetes (33,3% para os homens). Do total de alimentos funcionais consumidos, e em alinhamento com os resultados do estudo ONAP e da análise da base de dados de cartões, os iogurtes enriquecidos apresentavam a maior expressão com 22,4% sendo maior nas mulheres (23,4%) que nos homens (21,4%) seguindo-se as margarinas e cremes para barrar com 18,8% apresentando, igualmente, as mulheres maior consumo (19,1%) que os homens (18,4%). O consumo de ovos enriquecidos com ómega 3 apresenta o menor consumo (4,7%) fortemente influenciado pelo baixo consumo das mulheres, em coerência com o forte ceticismo por estas manifestado, no decurso dos grupos focais, quanto à forma de produção adotada para esta tipologia de produtos (Galinhas alimentadas com rações enriquecidas com ómega 3).

ESCOLARIDADE		N/Freq.	1º Ciclo	2º Ciclo	3º Ciclo	Ens. Sec.	Prof/Art	Freq. U/Bach	Licenciat	> Licenc.	TOTAL
Mulheres	Total	0	0	0	2	1	3	1	3	2	12
	%	0	0	0	16,7	8,3	25,0	8,3	25,0	16,7	100
Homens	Total	0	0	0	0	1	2	3	4	2	12
	%	0	0	0	0,0	8,3	16,7	25,0	33,3	16,7	100

ACTIVIDADE		Empr/Dono	Conta Outrém	Independ.	Estudante	Desempreg.	Reformado	Vive Rendim.	Casa;s/ Rem	TOTAL
Mulheres	Total	1	10	1	0	0	0	0	0	12
	%	8,3	83,3	8,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0
Homens	Total	3	6	2	0	0	1	0	0	12
	%	25,0	50,0	16,7	0,0	0,0	8,3	0,0	0,0	100,0

DOENÇA		Hipertensão	Colesterol	Tiroide	Diabetes	Obesidade	Enxaquec.	TOTAL
Mulheres	Total	1	3	1	2	0	1	8
	%	12,5	37,5	12,5	25	0	12,5	100
Homens	Total	1	2	0	2	1	0	6
	%	16,7	33,3	0,0	33,3	16,7	0	100
TOTAL	Total	2	5	1	4	1	1	14
	%	14,3	35,7	7,1	28,6	7,1	7,1	100,0

CONSUMO A. FUNCIONAIS		log. Enriquec.	Leite ferm	Marg & cremes	Leite Enriquec.	Sumos Enriquec.	Água Enriquec.	Cer. enriquec.	Ovos c/Omega 3	TOTAL
Mulheres	Total	11	9	9	5	2	5	5	1	47
	%	23,4	19,1	19,1	10,6	4,3	10,6	10,6	2,1	100,0
Homens	Total	8	2	7	5	3	4	6	3	38
	%	21,1	5,3	18,4	13,2	7,9	10,5	15,8	7,9	100,0
TOTAL	Total	19	11	16	10	5	9	11	4	85
	%	22,4	12,9	18,8	11,8	5,9	10,6	12,9	4,7	100,0

Quadro 4.5 - Síntese dos dados sociodemográficos

5.2.1.4 Análise de perfis de consumo

A base de dados construída para esta fase do estudo, sobre os grupos focais, compreende a informação resultante da aplicação, no final de cada sessão, de uma ficha de caracterização dos participantes (Anexo A2). Os dados relativos ao consumo resultam da resposta à pergunta: “Indique os alimentos funcionais que consumiu na última semana”; sublinhe-se que, no início de cada sessão, foram apresentadas imagens de produtos funcionais (*conf Anexo A6*) para efeitos de contextualização.

Aplicou-se Análise de Clusters, mais precisamente Classificação Hierárquica (CH) com base no consumo de alimentos funcionais (9 variáveis). Foram identificadas algumas partições potenciais candidatas a estudo mais pormenorizado, tendo-se selecionado a partição com 3 tipologias para análise, devido à evolução dos valores do coeficiente de distância entre elementos agregados, à observação complementar do dendrograma (ou árvore hierárquica) – figura 6.5 – e ao facto da amostra reduzida não poder suportar uma partição com muitos segmentos

Note-se que a partição de 3 tipologias compreende na realidade apenas 2 propriamente ditas, sendo a terceira constituída apenas por um elemento, um indivíduo *outlier* (identificado como 14) que se distingue dos restantes. Na caracterização das tipologias obtidas, cruza-se a pertença de tipologia com as variáveis da base de dados a saber: o consumo de alimentos funcionais, a caracterização sociodemográfica, ter ou não alguma doença crónica e o grupo focal no qual participou. Calculam-se as respetivas frequências, as percentagens por coluna e os resíduos ajustados (para melhor identificar em que pares de categorias se observam os resultados mais relevantes) e aplicam-se testes exatos de Fisher para estudar identificar em que variáveis as classes mais se distinguem umas das outras.

Identificaram-se, portanto dois 2 perfis, mais homogéneos, a partir das variáveis de consumo de AF, sem relação aparente com o grupo focal em que se inserem:

- Perfil 1 (11 indivíduos) – mais associado a um menor nível de escolaridade e tendencialmente a sofrer menos frequentemente que o perfil 2 de alguma doença crónica (muito ligeiramente mais associado ao sexo feminino e ao grupo focal misto 1): todos consomem Margarinas e cremes para barrar, a maioria consome Iogurtes enriquecidos, leite fermentado, Cereais enriquecidos com fibras;
- Perfil 2 (12 indivíduos) – mais associado a um maior nível de escolaridade e tendencialmente a não sofrer de qualquer doença crónica (muito ligeiramente mais associado ao sexo masculino e ao grupo focal misto 2): todos consomem Iogurtes enriquecidos, maioria não consome Margarinas e cremes para barrar, nem Cereais enriquecidos com fibras e nunca consome leite fermentado.

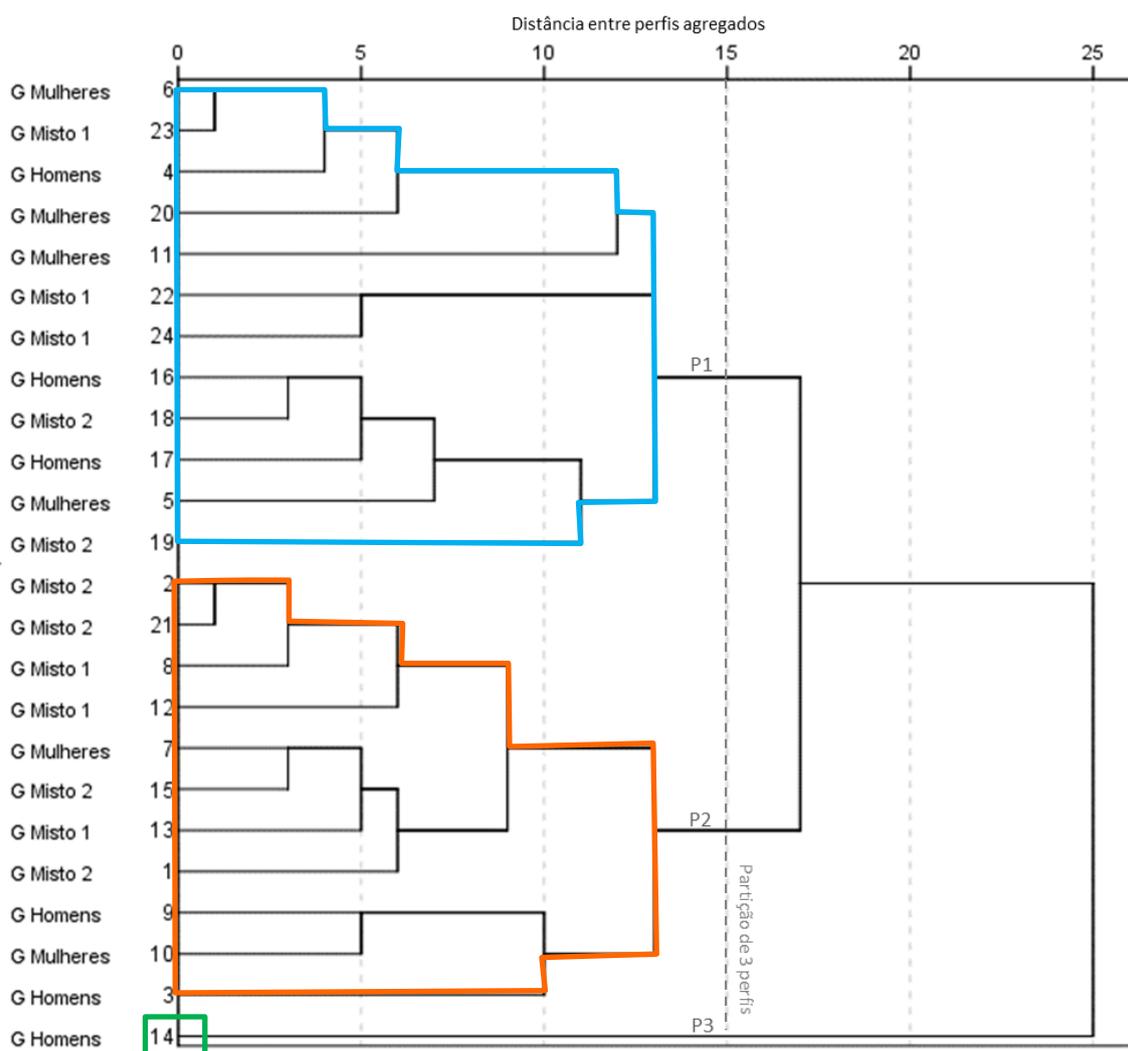


Figura 6.5 - Dendrograma da CH sobre os participantes nos Grupo Focais, identificados por grupo focal em que participam

Detetam-se diferenças relevantes entre as tipologias de participantes quanto às seguintes variáveis:

- Escolaridade, o único aspeto sociodemográfico identificado como diferenciador entre tipologias: a maioria dos inquiridos que integra o Perfil 1 apresenta uma escolaridade não universitária (64% da classe 1), enquanto a maioria Perfil 2 frequentou o ensino superior (83% da classe 2) – Fisher $p=0.002$; Este elemento está em perfeita consonância quer com as indicações do inquérito quer com a bibliografia publicada.
- Consumo de iogurtes enriquecidos, consumidos por todos os indivíduos do Perfil 2 e por 64% dos indivíduos do Perfil 1 - Fisher $p=0.008$

- Consumo de leite fermentado, consumido por 91% dos indivíduos do Perfil 1 e, pelo contrário não consumido por 92% do Perfil 2 - Fisher $p < 0.0001$ talvez pelos inquiridos deste perfil não referirem a presença de doença crónica e o leite fermentado (ex. Danacol e Benecol) terem como indicação o controlo do colesterol elevado
- Consumo de Margarinas e cremes para barrar, consumidos por todos os indivíduos do Perfil 1, mas por apenas 42% dos indivíduos do Perfil 2 - Fisher $p = 0.002$; talvez pelas razões do consumo de leite fermentado já que as principais margarinas e cremes para barrar (ex. Becel Pro-Activ) têm, igualmente, como indicação o controlo/redução do colesterol
- Consumo de Cereais enriquecidos com fibras, consumidos pela maioria da tipologia 2 (75%) e, pelo contrário não consumido por 82% da tipologia 1 - Fisher $p = 0.012$

Apesar de não se detetar um padrão de associação, estatisticamente significativo, entre a pertença de tipologia e ter ou não uma doença crónica, isso pode dever-se à pequena dimensão da amostra. Com efeito, enquanto a maioria (75%) dos indivíduos do Perfil 2 afirma não sofrer de nenhuma doença crónica (o Perfil 2 compreende, na sua maioria, inquiridos provavelmente de estratos sociais mais elevados, com um nível de escolaridade superior), cerca de 55% dos inquiridos do Perfil 1 afirmam sofrer de uma doença crónica.

O facto de não se detetarem diferenças relevantes entre as tipologias, quanto ao grupo focal onde participam, quer dizer que o perfil de consumo de alimentos funcionais não é semelhante entre os participantes em cada um dos grupos focais.

Isso poderá significar que a análise textual realizada, com base nas contagens ligadas a cada categoria em análise, não distinguirá um perfil de associação claro entre os grupos focais e as suas características sociodemográficas e de consumo de alimentos. Esta análise permite concluir que apesar de os participantes nos grupos focais constituírem uma amostra de conveniência, já que são todos consumidores regulares ou esporádicos de alimentos funcionais, existe suficiente diversidade individual, intra e intergrupar, para assegurar uma adequada representatividade dos distintos perfis de consumo de A. Funcionais e, admite-se, a correspondente diversidade nas lógicas e razões de adesão a estes consumos.

5.2.1.5 Estratégia analítica - Análise de conteúdo e de discurso

O tratamento do material empírico recolhido exige a utilização de técnicas com potencial, de agregação temática, descritivo e interpretativo que habilite o investigador a “formular as regras de inferência” (Guerra, 2006: 62), suporte de proposições sociologicamente sustentadas. A lógica indutiva sugere a utilização de técnicas adequadas para a objetivação das subjetividades dos atores, e reconstrução do sentido das respectivas práticas, resultado da interpretação sociológica das relações expressas e implícitas entre as narrativas verbalizadas pelos sujeitos, as práticas sociais e “o contexto sistémico em que se passa a ação (Guerra, 2006: 32). É este o quadro teórico-epistemológico que, ao reformatar os sentidos produzidos nas práticas sociais, permite que o objeto sentido dê lugar ao objeto pensado (Bachelard, 1966 [1949]; 70) ou que o objeto empírico dê lugar ao objeto sociológico. Na presente investigação, e no quadro das metodologias qualitativas, foi utilizada a combinação de duas técnicas: análise de conteúdo pelo método da tematização das opiniões expressas e análise de discurso a qual permite a examinação da retórica produzida de forma crítica, e não simplesmente descritiva (Lupton, 1992: 145), procurando captar os significados profundos que os participantes atribuem aos alimentos funcionais, em particular aqueles, já identificados em investigações ocorridas em outros países, tais como “noções sobre dieta saudável, contradições entre a comida ‘natural’ e ‘tecnológica’ e a localização dos alimentos funcionais na área cinzenta entre alimento e medicamento” (Niva & Mäkelä, 2007:35).

A análise de conteúdo apoia-se, primordialmente, em dois procedimentos: identificação temática e densidade de incidências (Bender & Ewbank, 1994: 69). Para o efeito de codificação e “clusterização” utilizou-se a ferramenta Maxqda12 (Release 12.2.1) como suporte à análise categorial tendo sido empregue uma matriz de análise que compreende 6 dimensões e 25 segmentos, num total de 250 códigos (Quadro 5.5). A análise categorial procura organizar o conteúdo recolhido em torno de variáveis com potencial explicativo (Guerra, 2006: 80) e “fornecer, por condensação, uma representação simplificada dos dados em bruto” (Bardin, 2016 [1977]:147). Mais do que simplificar o processo analítico a produção de conjuntos categoriais procura “arrumar” o material empírico, discursivo e semântico, individualizando e sistematizando os atributos simbólicos e aqueles revestidos de significância temática implícita, preparando o processo inferencial subsequente.

Sistema de Códigos	FG_1_...	FG_2_...	Misto...	Misto...	SOMA
INFLUENCIADORES DE CONSUMO					0
<input type="checkbox"/> Uso prático; substituí alimento "normal"	2	1	4		7
<input type="checkbox"/> Experimentação		5	1	1	7
<input type="checkbox"/> Preço/Promoção	2	11	1	3	17
<input type="checkbox"/> Acesso			1		1
<input type="checkbox"/> Sabor	3	5	2	5	15
<input type="checkbox"/> Hábito/Moda	2	4		2	8
PROCESSOS DE VALIDAÇÃO					0
<input type="checkbox"/> Leitura/"evidência científica"	1			5	6
<input type="checkbox"/> Redes Sociais					0
<input type="checkbox"/> Rede social de apoio	2	1	2	1	6
<input type="checkbox"/> Aconselhamento do Nutricionista	2		3		5
<input type="checkbox"/> Selo de garantia/aconselhamento médico	2	2	5	1	10
PERCEPÇÃO DE RESULTADOS					0
<input type="checkbox"/> Admissibilidade de futuro abandono; razões para tal	3	4	3	2	12
<input type="checkbox"/> Visibilidade dos resultados	5	8	3	8	24
CIRCUNSTÂNCIAS DE CONSUMO					0
<input type="checkbox"/> Integra sistema alargado de práticas promotoras de saúde		1	4	1	6
<input type="checkbox"/> Nestas circunstâncias porque não optou pelo medicamento ou supl					0
<input type="checkbox"/> Que contexto determina(ou) a opção (ex. prevenir, controlar)	2	2	4	5	13
RAZÕES E LÓGICAS					0
<input type="checkbox"/> Substituir/Evitar/atrasar medicamento/suplemento	2	14	2	3	21
<input type="checkbox"/> Gratificação pessoal ("faço alguma coisa por mim/pela minha saúde")	4	2		3	9
<input type="checkbox"/> Crença nas promessas/alegações de saúde veiculadas pela rotulagem	6	9	4	2	21
<input type="checkbox"/> Complementaridade/alternância terapêutica			1		1
<input type="checkbox"/> Eficácia associada à modernidade e tecnologia utilizadas no enroscamento					0
SIMBOLOGIAS					0
<input type="checkbox"/> Estar doente vs. ter cuidado com a saúde/estilo de vida		2		2	4
<input type="checkbox"/> Relação entre o natural e o processado/manipulado	7	2	1	7	17
<input type="checkbox"/> Relação com medicamento e/ou suplemento	6	26	3	4	39
<input type="checkbox"/> Inocuidade e ausência de efeitos secundários associados aos produtos	1				1
SOMA	52	99	44	55	250

Quadro 5.5 - Dimensões e segmentos codificados

Sequencialmente privilegiou-se a análise temática interpretativa, de forma a procurar decodificar o significado profundo dos discursos proferidos, e dos reportórios interpretativos (Crawford et al., 2010:749), utilizados pelos participantes. O processo de exploração analítica do material transcrito iniciou-se, pois, pela organização de “clusters” homogêneos de percepções, atitudes, avaliações, subjetividades e narrativas com potencial para revelar os modelos interpretativos dos participantes integrando os fragmentos de oralidade expressiva numa grelha de análise, previamente definida, a qual procura, na sua amplitude, analiticamente condicionada, não somente “arrumar” as razões e lógicas de consumo mas igualmente categorizá-las e hierarquizá-las. O mérito da análise do discurso, na presente investigação, consiste no foco que a mesma concede às narrativas nutricionais, que sustentam as decisões de consumo dos alimentos funcionais, já que o reconhecimento dos significados sub-linguísticos das manifestações discursivas sobre saúde e doença são importantes para

compreender o contexto no qual as crenças leigas sobre saúde são formuladas e expressas (Lupton, 1992:148). A naturalidade do discurso e o confronto de distintos contextos pessoais e sociais, por um lado, e a diversidade de níveis de adesão e confiança assim como a pluralidade de vias de contacto com o alimento funcional, por outro, permitiu explorar o papel, particular, que o AF assume no arsenal nutricional e terapêutico de cada um dos participantes e, ao revelar percepções e apropriações simbólicas sobre a ciência, corpo e sociedade, iluminar importantes blocos cognitivos da mundivisão de cada um. Nenhuma técnica é, naturalmente, isenta de limitações e no caso presente pode ser apontada como fragilidade da técnica o potencial para a dominância de interpretações demasiado subjetivas do material transcrito por se apoiarem quase exclusivamente na leitura e releitura dos textos, por parte do investigador, ficando por saber se outros ‘leitores’, com distintas características, produziram diferentes resultados (Lupton, 1992:148). A esta observação pode-se contrapor, e é o que fazemos, que a análise de discurso não busca ‘leituras’ neutras mas condicionadas pelo quadro teórico de referência mobilizado, pelo investigador, para responder à problematização inicial.

5.2.1.6 Resultados e sua discussão

Resulta evidente, da análise dos códigos, que as categorias “Simbologias” (61), “Influenciadores de Consumo” (55) e “Razões e Lógicas” (52) correspondem aquelas com maiores registos captados (Quadro 6.5). Sendo estes valores sempre contingentes do modo de condução das entrevistas procurou-se, não obstante, usá-los dentro da proporcionalidade revelada.

Tal se deve, predominantemente, à riqueza da dinâmica discursiva gerada pelas temáticas em causa não sendo de descurar algum enviesamento resultante da condução dos Grupos Focais, por parte do investigador, com sobre atenção prestada às dimensões com maior potencial de revelação dos sentidos das práticas em análise. O GF das Mulheres destaca-se pela densidade de registos fruto, talvez, da homogeneidade do grupo, por comparação com os Grupos Mistos e de uma menor contenção verbal comparativamente ao Grupo dos Homens. Procede-se, nas páginas seguintes, à exploração analítica das categorias definidas.

CÓDIGOS	FG 1 Homens	FG 2 Mulheres	FG 3 Misto	FG 4 Misto	TOTAL
Percepção de Resultados	8	12	6	10	36
Processos de Validação	7	3	10	7	27
Influenciadores de Consumo	9	26	9	11	55
Simbologias	14	30	4	13	61
Razões e Lógicas	12	25	7	8	52
Circunstâncias de Consumo	2	3	8	6	19
TOTAL	52	99	44	55	250

Quadro 6.5 - Grelha de Segmentos apurados

Simbologias

Destaca-se no Grupo das Mulheres a preponderância da dimensão “Simbologias” e, no plano dos subcódigos, a relação estabelecida entre o uso dos alimentos funcionais e ingestão de medicamentos e/ou suplementos. São expressas subjetividades quanto ao papel do medicamento na gestão do quotidiano, habitualmente muito preenchido e, talvez por isso, menos disponíveis que os homens para a componente convivial da refeição e do ato alimentar:

“(…)Se pudesse tomar um comprimido e andar bem disposta e não ter de comer, eu andava bem. Acho que é uma perda de tempo; gosto de algum convívio à mesa mas a maior parte das vezes era capaz de fazer uma refeição por dia e o resto tomar um comprimido” (conf Anexo B - GF Mulheres, p.67).

“Eu também digo isso passamos tanto tempo a comer, preferia tomar um comprimido. Assim era mais rápido” (conf Anexo B – GF Mulheres, p.71).

Verifica-se uma aceitação muito naturalizada do papel “quase como medicamento” que pode ser desempenhado pelo alimento funcional e as lógicas terapêuticas associadas nomeadamente o controlo de certos parâmetros (ex. colesterol) ou sintomas:

“Danacol, também mostrou não foi? Consumo um bocado como medicamento, como não tomo medicamento para o colesterol e acabo por comprar aquilo como medicamento. Mas não me baixa o colesterol; não tem é aumentado (...)” (conf Anexo B - GF Mulheres, p.74).

“O meu marido toma Danacol. Já tomou quase como medicamento e depois eu também tive com o colesterol mais elevado e também tomei quase como medicamento” (conf Anexo B - GF Mulheres, p.76).

“Até me custa que como vejo como medicamento, é caro, não me sabe a nada, não dá prazer beber aquilo, nem aquece nem arrefece, por isso digo que é como medicamento, porque acho que me está a controlar o colesterol” (conf Anexo B – GF Mulheres, p.75).

“Acho que esses alimentos têm uma promessa, por acaso nunca tinha pensado nisso como medicamento mas tomo o Activia para funcionar os intestinos” (conf Anexo B – GF Mulheres, p.76).

O consumo naturalizado parece ser suportado numa certa bipolaridade cognitiva expressa, por um lado, na noção de fronteira entre os objetos alimento e medicamento (a verbalização do “quase” e o efeito saciante/nutritivo que os distingue) mas, por outro, na capacidade de substituição mútua, com significativa conveniência, sem que os fundamentos técnicos, para tal, sejam bem compreendidos prevalecendo a expectativa quanto aos resultados esperados:

“Se possível, tento com os alimentos fazer um bocadinho de medicamento” (conf Anexo B - GF Mulheres, p.79).

“ Porque se temos que comprar o alimento então compramos o alimento já com medicamento...”(conf Anexo B - GF Mulheres, p.86).

“(...)um leite com cereais eu fico sem fome; o ovo eu fico sem fome; o Danacol não me tira a fome. Eu vejo mesmo como medicamento; se calhar se fosse maior e tivesse lá a mesma quantidade do que tem de ter, se calhar via como alimento” (conf Anexo B - GF Mulheres, p.78).

“ (Danacol) é um alimento como outro, como por exemplo, neste momento, a beterraba é para mim, mas é um alimento que no fundo tem a componente medicamento, além de me saciar a

fome. Para além de ser mais rico em vitamina, ou o quer que seja mas também o tomar ali qualquer coisa e evitar ir à farmácia” (conf Anexo B - GF Mulheres, p.78).

Alguns discursos sugerem uma aceitação, inquestionável, do papel terapêutico do alimento refletindo sólidos processos de medicalização do ato alimentar, de natureza ascendente:

“Eu acho que a alimentação são os melhores medicamentos que podemos ter” (conf Anexo B – GF Mulheres, p. 76).

A distinção entre alimento funcional e medicamento é racionalizada tanto no plano da materialidade (natural vs. químico) como no plano da construção identitária e imagem social projetada para o outro. Sendo expectável que a inocuidade e ausência de efeitos secundários, associados ao alimento, pudessem constituir um elemento de diferenciação (subcódigo da dimensão “Simbologias”) tal não obteve relevância discursiva sendo que as experiências gustativas e sensoriais, ou ausência destas, (“*o medicamento é menos natural...é só beber água e engolir*”, *conf Anexo B - FG Mulheres, p. 86*) ganham proeminência assim como a componente química a qual, embora aceite como sinalizador de diferença, suscita posicionamentos diferentes:

“ (o Medicamento)...é mais químico; nós se calhar achamos que é mais químico” (conf Anexo B - FG Mulheres, p.86).

“(...) se eu vou comprar o alimento, se tenho de o comprar para que é que a seguir tenho que ir ainda á farmácia? Vou só a um supermercado e trago tudo de uma vez. Porque para mim é exatamente igual, não acho mais químico ou menos químico. Acho exatamente igual. Acho que é como se me pusessem o medicamento dentro do frasco do leite” (conf Anexo B - GF Mulheres, p.86).

A componente “química” do medicamento é predominantemente associada ao conceito de dependência, este gerador de percepções negativas, sendo expressos desejos de uma ideal substituição e, mesmo, exercícios de taxinomia leiga:

“Porque falando em medicamentos, química, as pessoas automaticamente pensam que são dependentes e efetivamente são mas se fosse chamado de alimento, como este colega disse,

penso que alguma coisa se alterava, o bem-estar das pessoas era diferente”. (conf Anexo B - GF Homens, p.65).

“Este produto tem tudo, apesar de ser manipulado, tem tudo para dar certo (...) visto que é um alimento, é uma coisa que é preciso ingerir porque faz parte do ser, de nós, enquanto que tomar medicamentos não faz parte de nós, é antinatural, portanto se, automaticamente, um alimento pode vir a substituir a química isso era o ideal. Só acho é que isto, no fundo, que está a acontecer é que estamos a transformar alimentos em medicamentos, acho.” (conf Anexo B - GF Homens, p.65).

“Esses produtos (alimentos enriquecidos) têm sempre algo mais natural do que um comprimido que é somente químico” (conf Anexo B - GF Misto 1, Homem, p.113).

“(Danacol) porque é de origem vegetal o que põem lá e está cientificamente comprovado que reduz o colesterol, vou ver nas próximas análises, é algo que é extraído da natureza, não algo químico” (conf Anexo B - GF Misto 2, Mulher, p.127).

“(...) efetivamente, é funcional, tem uma função, mas é um alimento. Um medicamento também é funcional, mas em forma de medicamento, portanto um aproxima-se mais do natural, o outro mais do artificial. Um mais do natural portanto, vá lá, orgânico outro mais do natural químico” (conf Anexo B - GF Homens, p.62).

É interessante, ainda, verificar o domínio de vocabulário técnico, associado a uma cultura médica, e o que tal pode representar de penetração intersticial da medicalização:

“Para além que o comprimido é mais difícil de fazer depois o desmame” (conf Anexo B - GF Misto 1, Homem, p.113).

“Para mim, acho que o efeito secundário do comprimido será sempre pior que o do alimento suplementar” (conf Anexo B – GF Misto 1, Mulher, p.113)

O Grupo Focal dos Homens introduz um sistema classificatório dicotómico, associado a um quase julgamento moral, entre os conceitos de “manipulado”, associado a uma tecnologia positiva, e “processado” associado a uma tecnologia negativa. O conceito de “manipulado” associado ao alimento funcional (“*é um produto acrescentado ou retirado*”, conf Anexo B - GF Homens, p.61) adota como suporte estruturante a integração de um aditivo ou uma técnica a um alimento “normal” dotando-o de qualidades superiores tal como acontece com a integração de gaz carbónico na água, de cálcio no leite, de bactérias no iogurte (“*o Activia é natural porque era natural e entraram algumas bactérias precisamente para a função*”, conf Anexo B

- *GF Homens*, p 59) ou a retirada de gordura para produção de leite magro, ou meio-gordo, em contraste com o conceito de “processado” sobretudo associado a alimentos industriais, não pré-existentes na natureza (ex. margarinas), e a técnicas de conservação com utilização de aditivos químicos:

“Hoje fala-se muito nas carnes processadas, no peixe processado, várias qualidades de carnes ou peixes que são misturadas e resultam, depois, no produto final. Por exemplo as barrinhas de peixe, os hambúrgueres, as salchichas e fiambre, tudo isso é processado; agora o leite é homogeneizado” (conf Anexo B - GF Homens, p. 57).

“(o Actívia) é um produto que na realidade foi manipulado mas vai exercer uma função. Se fosse natural não fazia a função para a qual foi predestinado. Ali houve aquele aditivo, foi uma pastilha que se transformou; em vez de ir à farmácia, começa a usar” (conf Anexo B - GF Homens, p.59).

“(...) não me choca que no leite, aquele leite que no próprio leite meio-gordo ou magro eles têm de desnatar aquilo ou têm que lhe retirar a gordura, também é manipular (...) podemos pensar no manipulado dos cientistas do laboratório a injetar coisas ou podemos pensar no leite manipulado...”(conf Anexo B - GF Homens, p.61).

“As margarinas, é uma coisa horrorosa o que eles põem lá para dentro, portanto o melhor é nem pensar.” (conf Anexo B - GF Homens, p.61).

“(...) o processamento é mau, as pessoas têm uma ideia pré-concebida que é má; não, isto (A. Funcional) é manipulado, bem manipulado” (conf Anexo B - GF Homens, p.63).

Razões e Lógicas

Uma das lógicas de adesão ao alimento funcional, ou mais genericamente aos alimentos com fins/propriedades medicinais, particularmente expressa pelas mulheres (14 registos na categoria “Razões e Lógicas”), associa-se com a disponibilidade/vontade de substituição do medicamento por uma alternativa que atenua a dependência do regime médico materializada num calendário posológico que aprisiona e organiza o quotidiano realçando, a cada toma, perante o próprio e os outros, a doença enquanto marcador social que debilita a identidade:

“Como é que uma pessoa pode ficar fora ou pode apetecer fazer um fim-de-semana ou pode não sei quê e tem de ter sempre aquilo (medicamento).....é um bocado....portanto se fosse com alimento” (conf Anexo B - GF Mulheres, p.90).

“Perante as outras pessoas quando estivermos, imagina, num jantar temos a caixa dos comprimidos, depois a gente olha (,,). Enquanto se eu pedir: olhe, quero uma salada mas tem que ter beterraba tem que ter não sei o quê (...). E se tiver os medicamentos, o que é que tens? Estás doente? Sim estou com anemia. Anemia, mas porquê? Não é? Caso contrário nem dão por isso” (conf Anexo B - GF Mulheres, p.90).

“Medicamento é doença mesmo” (conf Anexo B - GF Mulheres, p.89).

Eventualmente exprimindo uma representação de potência terapêutica superior, associada ao medicamento, é sugerido para o A. Funcional um papel de retardador do uso do medicamento:

“Os alimentos funcionais são mais úteis naquela fase de atrasar ou evitar a medicação (...)” (conf Anexo B - GF Misto 2, Mulher, p.137).

No caso de doenças crónicas, de facto, os doentes são confrontados com duas alternativas, eventualmente complementares, mas ambas com reconhecido impacto no respetivo quotidiano: uma dieta habitualmente restritiva e/ou diferente da habitual, e daquela que rege o restante agregado familiar, e regime medicamentoso diário, e para o resto da vida. Nos casos de doentes com hiperlipidemia (colesterol elevado) o alimento funcional (ex. margarina ou creme de barrar) pode constituir uma alternativa apelativa (Patch egt al., 2004:26):

“Se me encontrar um alimento que substitui a medicação eu substituo, completamente. Não tenho que andar com o medicamento atrás” (conf Anexo B – GF Mulheres, p. 88).

As narrativas verbalizadas sublinham a natureza quase ontológica associada às perceções do “estar doente” *versus* o “ter cuidado” e como estas modelam os processos de (re)construção identitária:

“Porque o medicamento sabe-me a doença...é uma obrigação, é estar a envelhecer, é estar dependente, é...eu não sou contra envelhecer...acho que até é...mas eu quero envelhecer como deve ser...bem...” (conf Anexo B - GF Mulheres, p.95).

“Eu faço(...), principalmente agora no Verão, retenção de líquidos, tensão alta e não sei quê. Eu faço chá e bebo perfeitamente. Agora se tivesse de tomar o comprimido por causa da retenção de líquidos, e eu andasse todos os dias, aquilo para mim já era doença” (conf Anexo B - GF Mulheres, p.91-92).

O ‘bem-estar’ é um constructo complexo e multidimensional (Ares et al., 2014:66) e uma construção social que procura idealizar um referencial-tipo de ator social remetendo para a articulação entre corpos saudáveis, socialmente aceites, refletindo poder e controlo sobre o contexto (acesso a cuidados de saúde) e variáveis, em particular as nutricionais, e a componente psicológica a qual incorpora avaliações cognitivas e afetivas de “satisfação com a vida” (McMahon et al., 2014:405). Constitui um conceito que adquire significações distintas em função dos investimentos pessoais realizados, em particular no que respeita as escolhas alimentares, para otimizar o estado global da saúde. As retóricas utilizadas pelos participantes dos Grupos Focais sugerem que o consumo de alimentos funcionais partilha pressupostos aspiracionais com o conceito de ‘bem-estar’ (McMahon et al., 2014:408) subsumindo lógicas de autorrealização estruturadas em volta de um núcleo de ‘cuidados’ de gestão corporal:

“Por isso é que eu acho que todas estas coisas do Danacol, e do Actívia, é estar a cuidar de mim, porque é estar a fazer com que o colesterol não suba (...) e isto para mim é uma forma de evitar mais medicamento (...)” (conf Anexo B - GF Mulheres, p.90).

“(associo o alimento funcional) mais a cuidados que nós temos connosco” (conf Anexo B - GF Mulheres, p.89).

“É mais, se calhar, uma forma preventiva da doença, um cuidado que a pessoa tem” (conf Anexo B - GF Mulheres, p.89).

“Lá está, porque é mais preventivo que remédio” (conf Anexo B - GF Mulheres, p.91).

“E não é doença. É cuidado” (conf Anexo B - GF Mulheres, p.92).

“Vamos evitar ao máximo, enquanto pudermos, de não tomar medicação” (conf Anexo B - GF Misto 2, Homem, p.136).

“É como prevenção para se evitar males maiores” (conf Anexo B - GF Misto 2, Mulher, p.129).

Os discursos sobre saúde em muitos países, incluindo Portugal, integram, de forma recorrente, apelos aos indivíduos para que façam “escolhas inteligentes” no que respeita a

dieta, o exercício e o bem-estar emocional (Petersen et al., 2010:391). Se pode ser invocada uma racionalidade neoliberal quanto á forma como a designada ‘promoção da saúde’, e os ‘imperativos’ individuais daí decorrentes, está ideologicamente impregnada não pode ser ignorada a emergência de novas formas de cidadania e concepções do *self* que emergem na vida social (Petersen et al., 2010:392). No quotidiano a construção do *self* apoia-se em Guiões que combinam um ativismo experimentalista e lógicas de construção de contextos de autonomia, e gratificação pessoal, seja numa perspectiva mais imediatista (compensação) ou mais a prazo (prevenção):

“(...) já me aconteceu sair do ginásio às 11h da noite e chegar a casa e comer feijoada e depois ir-me deitar (...).Depois tenho de compensar de alguma forma. Eu recorro aos Actívia frequentemente. (...) Portanto tento ir por aí; se calhar para compensar outros excessos que às vezes cometo.”(conf Anexo B - GF Homens, p.51-52).

“(porque é que consome?) Porque experimentei e gostei e ficou; são os tais hábitos. Epá pronto.” (conf Anexo B - GF Homens, p.54).

“Nós somos muito curiosas, mais que não fosse comprar para experimentar e se nos saciasse ou nós víssemos alguma evolução ou melhorar, porque não?” (conf Anexo B - GF Mulheres, p.93).

“(...) eu vou aos alimentos funcionais se vir que preciso de dar ali um input maior nalguma coisa.”(conf Anexo B - GF Misto 2, Mulher, p. 132).

“Se houvesse um alimento com magnésio, eu comprava, porque eu vou atrás de um alimento funcional se tiver a precisar daquela substância em concreto.” (conf Anexo B - GF Misto 2, Mulher, p.138).

“Vai ser a minha atitude com todo o tipo de produtos que tem uma aplicação funcional, vai ser essa, vai ser de me convencer a mim próprio, agora se tiver efeito ou não... Se tiver boa sorte a minha, se não tiver, paciência”(conf Anexo B - GF Misto 2, Homem, p.140).

“O nosso psicológico para nós ficarmos bem tinha de fazer um esforço e tínhamos lá que...(...).Tínhamos que ir experimentar (alimento funcional com sabor menos agradável). (conf Anexo B - GF Mulheres, p.95).

“(...) Ao menos dá-me a sensação de estar a fazer algo diferente, independentemente de depois chegar ao médico e ter ali alguma questão. Porque ao menos penso: eu consumo estes produtos e tenho ainda colesterol; o que seria se não os tomasse?” (conf Anexo B - GF Homens, p.56).

Perceção de Resultados

A perceção de resultados constitui a dimensão com registos mais fluídos nos quais se combinam distintas perceções e graus de verificação da eficácia dos alimentos funcionais. Mesmo nos casos em que não é possível verificar qualquer melhoria na situação, sob intervenção, exprime-se a perceção de que alguma ação terá pois não existe agravamento de sinais e sintomas:

“(...) eu consumo os iogurtes Actívia e aquilo realmente, eu acho que aquilo funciona.” (conf Anexo B - GF Homens, p.51).

“Agora eu vou à procura desses produtos na perspectiva de não agravar nada (...) não sei se reduzirá, mas pelo menos não agrava.” (conf Anexo B – GF Homens, p.55).

“Os Actívias, eu consumo todos os dias, faz funcionar os intestinos; também há águas com ómega 3 e bebo, e como estou na idade em que os ómeegas 3 ajudam a não ter calor é as duas coisas, as águas não sei mas os Actívias funcionam, uma vez por dia..” (conf Anexo B - GF Mulheres, p.72).

“(...) Os Danacol já comprei para o meu marido, por causa do colesterol, e acho que até funcionou (...).” (conf Anexo B - GF Mulheres, p.73).

“ (...) Actívia, consumo há anos e anos (...) se faz efeito ou não, não consigo avaliar porque já tomo há muitos anos, não sei.” (conf Anexo B – GF Mulheres, p.73).

“Se o colesterol não subir.” (conf Anexo B – GF Mulheres, p.77).

“Eu não consigo medir muito a eficácia. Se calhar se deixasse...Olhe se calhar por curiosidade poderia fazer isso: deixar de consumir para tentar perceber o bem que me estaria a fazer.” (conf Anexo B – GF Mulheres, p.81).

“Tomo o Danacol (...) porque sei que tomando um por dia consigo equilibrar abaixo dos 220; nas últimas análises tinha 214 e fiquei contente.” (conf Anexo B – GF Misto 1, Mulher, p.108).

“Tenho um tio com 75 anos que provou que o Danacol lhe baixava o colesterol porque, continuava a comer o toucinho frito, tudo o que era mau, toma Danacol foi à médica e estava mais baixo” (conf Anexo b - GF Misto 1, Mulher, p.108).

“O Actívia comigo dá resultado; numa semana fico bem” (conf Anexo B – GF Misto1, Mulher, p.116).

Predomina, no consumo de alimentos funcionais, uma lógica de baixo investimento emocional e corporal materializado, sobretudo, em processos de autovigilância e autodisciplina e o estabelecimento de normas subjetivas transformando o alimento funcional em *objeto* terapêutico e o corpo em instrumento da experiência já que, sobretudo nas fases iniciais de adesão, os sujeitos não se conseguem remover da experiência mesclando experimentalismo com empirismo (conhecimento como proveniente, sobretudo, da experiência sensorial).

“(...)Se for uma coisa nova vamos experimentar; se correr bem...”(conf Anexo B - GF Misto 2, Homem, p.147).

“Eu tento sempre ir aos alimentos buscar o que preciso mas já me aconteceu, na altura em que estava com problemas de pele, devido à imunidade, fui comprar o mangustão. Lá está, eu experimento” (conf Anexo B - GF Pré-teste, Mulher, p.18).

“(...) Eu já houve coisas que experimentei e disse: Meu Deus é péssimo” (conf Anexo B - GF Misto 2, Mulher, p.147).

“Em primeiro experimento e depois é que pesquiso” (conf Anexo B – GF Pré-teste, Mulher, p. 8).

“ A água (enriquecida) já comecei mas não sei se funciona. Fiz o mês de Julho, vou fazer o mês de Agosto; se não funcionar vai ao ar” (conf Anexo B – GF Mulheres, p. 72).

Vivemos em sociedades reflexivas e do conhecimento nas quais o ‘saber’ vai substituindo o poder legitimador da tradição. Esta dinâmica social manifesta-se, na área da saúde, pelo consumo de recursos numa lógica de ‘banda larga’ i.e. expansão das opções disponíveis: da medicina convencional às MCA’s (medicinas complementares e alternativas); dos medicamentos aos produtos ditos naturais; dos suplementos aos alimentos funcionais com incursões, com distintos graus de continuidade, pela designada dieta saudável ou novas formas de adição como o Ginásio ou a meditação. Impera pois o que se poderia designar por uma ‘triangulação terapêutica’ conceito aqui, metaforicamente, importado (Kelle, 2001:5) como o recurso a estratégias distintas, ou múltiplas ferramentas e técnicas, com o objectivo de melhorar o resultado final. No caso do alimento funcional este processo de ‘triangulação’ é facilitado pelo percebido baixo risco que lhe está associado e pela simplicidade de manuseio:

“não há nada como tentar; não dói, não magoa” (conf Anexo B – GF Misto 2, Homem, p.143)

A normalização do consumo ocorre, de acordo com alguns relatos, de forma tranquila e sequencial:

“Pois lá está, às vezes caio a comprar estas coisas porque, bem deixa lá experimentar que dizem que faz bem aqui ou ali; uma pessoa compra e por vezes até entra na rotina” (conf. Anexo B – GF Misto 2, Homem, p.144).

Processos de Validação

Quais os processos cognitivos mobilizados para as escolhas alimentares que os consumidores leigos efetuam? Como se combinam o processamento de informação com a avaliação do risco daqui resultando os distintos graus de *confiança* depositados em opções alternativas? Existe abundante literatura sobre os impactos, erosivos, que os recorrentes ‘pânicos’ alimentares (ex. vacas loucas, nitrofuranos nas aves ou a recente contaminação dos ovos com um pesticida tóxico – Fipronil), temporalmente datados, ou receios mais difusos, sobre a utilização de fitoquímicos na cadeia alimentar, provocam na relação do consumidor com o sistema alimentar (Ward, et al., 2011:2; Buchler, et al., 2010:356) estando tal dependente de características sociodemográficas e da tipologia de risco: se este é tradicional (contaminação) ou moderno (aditivos) (Buchler, et al., 2010:367). Se, como argumentam alguns autores, a gestão do risco alimentar, a nível individual, é condicionada pela existência de recursos (sociais, económicos e culturais) associados a possibilidades de exercer controlo, e poder, sobre as fontes do risco (Buchler et al., 2010:370) afirma-se, então, como um fenómeno social, a generalizada vulnerabilidade dos leigos, perante a dimensão das variáveis com que são confrontados, e justificando a teorização sobre os mecanismos associados à necessidade de alavancarem as respetivas decisões em referenciais geradores de confiança que estimule a ação. Independentemente dos referenciais mais utilizados (media, internet, redes de sociabilidade, especialistas e autoridades) a confiança é um ato reflexivo (Ward et al, 2011:4) que se propõe a preencher o vácuo entre o nível de conhecimento pessoal necessário, para tomar decisões informadas e capacitadas, e o nível de conhecimento realmente existente sendo que, em termos de clarificação conceptual, confiança é a solução para problemas envolvendo riscos específicos (Luhmann, 2000:95) e é necessária em situações em que os possíveis perigos ultrapassam, em grandeza, a vantagem procurada (Luhmann, 2000:98). Em todos os biosistemas, os quais pela sua natureza se constroem e reformatam com base em decisões dos atores sociais, existem relações assimétricas entre conhecimento individual

concreto, experiência e familiaridade, por um lado, e expectativas/anseios sobre o desconhecido, por outro, e somente a confiança assegura a ação racional em situações de incerteza e/ou risco (Luhmann, 2000:103). Os discursos recolhidos revelam a pluralidade das racionalidades mobilizadas.

A subcategoria “Crença nas promessas/alegações de Saúde” recolhe apreciável nº de registos, assinalando as ancoragens cognitivas que legitimam os consumos, articulando-se estruturalmente com a dimensão “Processos de Validação”. As crenças, ou melhor, um regime de crenças baseia-se num conjunto de verdades ou ideais epistemológicos, operados por conceitos supostamente validados pela prova material (seja uma publicação, um testemunho ou resultados mensuráveis) a qual, mesmo quando subtil, integra, de forma coerente uma heurística racional que dá sentido à ação social. No caso vertente a “verdade científica”, a maioria das vezes medicalizada, por vias da terminologia expressa nos rótulos dos produtos e na comunicação das marcas/publicidade ou na legitimação pericial, alimenta processos de cognição que aplacam dúvidas e incertezas funcionando como garantia:

“Não consigo duvidar, cientificamente dos produtos” (conf Anexo B - GF Homens, p.59).

“É engraçado que nenhum médico me aconselhou produtos funcionais, foi através dos estudos; temos de confiar ainda em alguém (...)” (conf Anexo B - GF Misto 2, Mulher, p.134).

“(...) até os próprios, salvo erro, Ordem dos Cardiologistas ou a Associação do Coração, ou qualquer coisa assim do género e eu assim: ‘bom, se isto tem esse apoio, quer dizer não, efetivamente, deve ter alguma legalidade, vá lá. Porque também não se apoia uma coisa assim sem haver alguma veracidade nisso (...)” (conf Anexo B - GF Homens, p. 49).

“A questão do Pro Activ da Becel; na altura andei a ler um ou outro estudo assim por alto, lá com a questão dos esteróis vegetais, etc. E aquilo, de certa forma, convenceu-me. Pensei: mesmo que seja um mínimo alguma coisa há-de fazer” (conf Anexo B - GF Homens, p.52).

“(...)Danacol está cientificamente provado que as coisas vegetais que colocam lá, baixam o colesterol, mas há um limite: não se deve tomar mais do que 2 ou 3 por dia” (conf Anexo B - GF Misto 2, Mulher, p.126).

“Esses produtos, pelo menos a Becel, são comprovados cientificamente e têm um selo de garantia” (conf Anexo B - GF Homens, p.56).

A ciência e o conhecimento científico têm sido, especialmente na modernidade, fonte de legitimação e confiança (BildtgArd, 2008: 116) sendo este veiculado por sistemas de competências específicas. Estas podem ser de natureza codificada, como é o caso das

embalagens dos alimentos e medicamentos, que se transformaram em superfícies simbólicas (BildtgArd, 2008:117) repletas de informação técnica, de natureza comunicacional como é o caso dos estudos científicos, parcimoniosamente divulgados, ou de natureza corpórea como é o caso dos médicos ou nutricionistas. Em qualquer das circunstâncias a confiança dos leigos tem, predominantemente, raiz institucional a saber: a crença num saber transcendental que, de forma semelhante à religião, transforma o desconhecido em familiar (Luhmann, 2000:96). Pode-se então argumentar, como o fazem alguns autores, que não é tanto o conhecimento pessoal que se tem do profissional de saúde, com o qual se contacta (aliás, no caso da primeira vez ele é inexistente), que é a fonte da confiança mas sobretudo o saber que ele representa (BildtgArd, 2008:116): ciência médica no caso do médico e ciência nutricional no caso da nutricionista. O material recolhido revela aceitação, tranquila, da recomendação pericial direta:

“Eu consumo Danacol por indicação médica, já há muitos anos; acho que funciona, pelo menos não tenho colesterol (...). (conf Anexo B - GF Mulheres, p.74).

“Como Actívia, mais pela nutricionista” (conf Anexo B - GF Misto 1, Mulher, p.108).

“A minha nutricionista, não falando em marcas mas sim em produtos genéricos, já me falou sobre alguns produtos (funcionais) ” (conf Anexo B – GF Homens, p. 56).

Circunstâncias de Consumo

A modernidade reflexiva e a incerteza que a acompanha acomodam pois, produtiva e simultaneamente, a busca por conhecimento técnico e valorização de fontes alternativas (Ward et al., 2011:6) sendo que a generalidade das opiniões expressas nos grupos focais revelam processos, relativamente consolidados, de reconversão dos alimentos funcionais em objetos dotados de familiaridade:

“ Por sorte também habituei-me, por exemplo, à Becel Pro-Activ...Tem um sabor melhor que a Becel tradicional” (conf Anexo B - GF Homens, p.51).

“ Não foi o médico que me indicou; o Actívia já vem de casa dos meus pais, já era hábito que tinha” (conf Anexo B – GF Mulheres, p. 73).

Esta constatação alinha-se com pesquisas anteriores as quais sugerem que quando um alimento funcional se torna mais familiar o respetivo estatuto também se aproxima àquele dos alimentos convencionados como saudáveis (Urala & Lähteenmäki, 2007:8). A forma como a grande maioria dos participantes chegou ao contacto com os alimentos funcionais privilegia a

informalidade e dispensa a recomendação pericial (pelo menos numa fase inicial sendo que é solicitada como elemento corroborativo numa fase mais avançada) evidenciando práticas autonomizadas e pericialmente “desintermediadas” já verificadas, por exemplo, em contextos de utilização de fármacos e produtos naturais, para a gestão do desempenho pessoal e de performance (Lopes & Rodrigues, 2015), sendo comuns as referências a elementos circunstanciais, desprovidos de qualquer emolduramento ideológico. O acesso é assim, natural, sendo o consumo, inicial, suportado ou na experiência de terceiros ou na disposição para experimentar, avalizada por uma baixa perceção do risco associada aos produtos naturais (Lopes & Rodrigues, 2015; 24), ou circunstâncias meramente ocasionais:

“Eu comecei a tomar iogurtes da Actívia por causa da minha mulher que tomava e como está no frigorífico uma pessoa vai bebendo” (conf Anexo B – GF Misto 2, Homem, p.125).

“A minha mãe é diabética, tem o colesterol muito elevado, toma o Actimel, o Actívia; Becel (...) no fundo não sou consumidor destes produtos porque tenho uma determinada latência; estão lá e consumo. Se tivesse lá outros quaisquer...” (conf Anexo B – GF Misto 2, Homem, p.141).

“Então prefiro usar sempre a Becel, não foi por orientação de ninguém; apenas experimentei e correu bem” (conf Anexo B – GF Misto 1, Mulher, p.110).

“Mesmo em relação aos Actívia como não consumo com regularidade não sei até que ponto farão ou não bem. Compro porque às vezes são esses que estão em promoção, outras vezes são outros (...)” (conf Anexo B – GF Mulheres, p. 72)

Aliás, esta aleatoriedade na utilização de alimentos funcionais consagra um perfil de consumo não anteriormente descrito na bibliografia seja pela democratização no acesso ao consumo, que caracteriza o mercado português, seja pelo efeito de ‘mundanização’ associado a uma elevada exposição, quotidiana (em casa, no local de trabalho e no supermercado), a esta tipologia de produtos. Reflete uma racionalidade pragmática despojada de significativos exercícios reflexivos.

“Está lá em casa e eu acabo por consumir.” (conf Anexo B – GF Homens, p.55).

“ porque efetivamente só compro os Actívia quando estão em promoção, mas se calhar também por não ter grandes necessidades” (conf Anexo B – GF Mulheres, p. 80)

A disposição para a experimentação de alimentos funcionais é alimentada pela combinação de duas dinâmicas sociais: (i) Disseminação da informação e (ii) ativismo

característico da modernidade tardia na qual “As pessoas estão hoje, mais do que nunca, dispostas a tomar o controlo das suas vidas e a reconfigurá-las, ativamente, em vez de dependerem das instruções ou opiniões de terceiros” (Giddens, 2007;145). A proliferação de informação estimula o método “tentativa – e – erro” suportado pela aceitação da diferença individual:

“Com a informação que nos vai chegando também é uma questão de experimentarmos e ver se funciona para nós. Para mim funciona, se calhar para outras pessoas já não” (conf Anexo B - Pré-teste, Homem, p.8).

A decisão de experimentar não é tomada, em muitos casos, em contacto com o produto mas muito antes pelo que as alegações de saúde, que integram a rotulagem dos alimentos funcionais, não parecem constituir, em alguns casos, elemento relevante na aceitação da promessa associada ao uso dos mesmos; esta parece ser predominantemente gerada pelos fluxos de informação que acompanham, e impregnam, a vida social. O conceito de informação mais frequente referido é a “publicidade” precedida ou sucedida pela opinião veiculada pela rede social de apoio:

“No entanto, aqueles por causa da questão do colesterol, por publicidade, comecei a tomá-los e depois perguntei ao meu médico e ele diz que não fazia mal nenhum” (conf Anexo B – GF Homens, p.49).

“Eu cheguei a eles pela publicidade, TV, folhetos do supermercado”(conf Anexo B – GF Misto 1, Mulher, p. 107).

“(…) alguns dos meus amigos disseram-me que, por exemplo, o caso da Becel, e eu comecei a experimentar (...)” (conf Anexo B – GF Homens, p.50).

“ O Actívia foi mesmo uma amiga que estava na mesma idade e ela disse que fazia e que acrescentava ainda mais cereais e funciona. Ela agora diz que por causa dos calores que a água funciona portanto eu vou experimentar. Não foi nenhum médico. Eu dou 2 meses, com o Actívia funciona, continuo; com a água vai ser igual” (conf Anexo B - GF Mulheres, p.72).

“A informação boca – a – boca, entre colegas” (conf Anexo B - GF Misto 1, Homem, p.114).

“(…)tenho muitos colegas que dizem muito bem deste Danacol; assim que se fala em colesterol eles falam logo nisso.” (conf Anexo B - GF Misto 2, Mulher, p.143).

As redes de sociabilidade desempenham um duplo papel: No caso de familiares influenciam por contacto e no caso de colegas e amigos por testemunho após receção de

mensagens publicitárias. No caso de familiares a proximidade física com o produto (sublinhe-se que a maioria dos AF – iogurtes, leite fermentado, margarinas, leite etc. – carecem de frio encontrando-se, portanto confinados a um espaço limitado e de uso frequente, e partilhado, como é o frigorífico) estimula efeitos de mundanização, já anteriormente referidos, enquanto no que respeita os familiares e amigos o testemunho, do outro, credibiliza a mensagem e antecede o contacto físico com o produto:

“(...)Ah, consumo os iogurtes Actívia porque gosto. Começou por publicidade e conversa entre amigos...nunca foi de outra forma” (conf Anexo B – GF Homens, p.54).

“quer dizer vivemos um bocadinho de imagem de publicidade, sem dúvida, que nos mete tudo e mais alguma coisa cá dentro e depois é os convívios em que nos dizem, sim senhor: epá isto é bom, não é... e eu entrei por aí e hoje sinto-me bem” (conf Anexo B – GF Homens, p.50).

“ O eemplo vivo ” (conf Anexo B – GF Misto 1, Mulher, p.114)

Iniciando-se a relação, com o AF, por qualquer uma das duas possibilidades, atrás mencionadas, esta passa a ser do domínio ‘público’, mesmo que de âmbito familiar, sinalizando um modo de inscrição, específico, do corpo no espaço social, pela diluição de fronteiras entre o seu corpo e o dos outros membros do agregado familiar, importando-se aqui os conceitos desenvolvidos por Sylvie Fainzang a propósito dos medicamentos no espaço doméstico (2003:151). Neste contexto sugere-se que o consumo de AF, em consequência da influência das redes de proximidade, parece indiciar que modos de relação, medicalizados, ou proto-medicalizados, dos sujeitos com os AF convivem com modos de relação desmedicalizados aqui conceptualizados como expressão de uma autonomia pragmática, afastada da racionalidade médica, tentações nosológicas e dos mecanismos pelos quais se exerce o bio poder sobre o corpo (Carapinheiro, 2005:386).

Não sendo possível segmentar as opiniões expressas, de acordo com características sociodemográficas, admite-se, contudo, maior ‘ligeireza’ por parte daqueles participantes com menor estatuto socioeconómico no questionamento da informação, e fontes da mesma, e mais propensos a prosseguir o respetivo ‘dia-a-dia’ sem grandes perturbações, circunstância já previamente identificada por outros autores (Ward et al., 2011:12).

Apesar de todos os participantes serem, à data da realização dos grupos focais, consumidores de AF importa sublinhar a inexistência de expressões que revelassem qualquer sintoma de neofobia inicial ou atual. Este conceito, aqui mobilizado enquanto relutância a

ingerir novos alimentos (Stratton, et al., 2015: 134), é relevante conquanto os alimentos funcionais constituem uma categoria de alimentos relativamente recente.

“(...) eu vou muito pela novidade, se achar que é capaz de ser boa, compro. Não regularmente mas se tiver em promoção.” (conf Anexo B – GF Mulheres, p.74).

“Se me dissessem assim: há um queijo que faz funcionar os intestinos; eu mudava, eu mudava, eu experimentava.” (conf Anexo B – GF Mulheres, p.82).

Mesmo considerando aquelas que são algumas das potenciais barreiras, ao consumo de AF, por parte de sujeitos com o maior grau de neofobia como sejam o receio sobre eventuais efeitos secundários, ou o risco de interação com os medicamentos que tomam (Stratton, et al., 2015:138), não foi identificada qualquer menção sobre esta matéria embora importe referir que a média etária dos participantes (43 anos) excluía consumidores mais idosos e eventualmente com valores mais elevados na Escala da Neofobia Alimentar. De uma forma geral poderá mesmo admitir-se a existência de uma saliente neofilia alimentar aqui caracterizada como a disposição para a mudança e a exploração da novidade (Luís, 2010: 2). Esta hipótese toma como fundamento as pesquisas que sugerem que os sujeitos neofílicos tendem a avaliar novos produtos a um nível hedónico predominando a componente afetiva, mais do que a cognitiva (Fenko, et al., 2015:273), sendo aquela materializada pelas expressões de auto recompensa. Já outras pesquisas tinham identificado a percecionada gratificação pelo uso de AF como o melhor preditor da disponibilidade e abertura dos respondentes para a utilização destes produtos (Urala & Lähteenmäki, 2007:8). Podendo a neofobia alimentar ser considerada uma salvaguarda, na familiarização e adoção do desconhecido, o facto de não se terem revelado expressões que a materializem parece induzir que o binómio desconhecimento - insegurança terá sido contrariado pela via das redes de influência direta (proximidade: amigos, colegas e familiares) ou indireta (credibilidade: alegações e legitimação pericial) sugerindo o poder de influenciadores sociais como o “boca-a-boca”, a pressão dos “pares” e a percecionada obrigação social, na modulação de padrões de consumo (Fenko, et al., 2015:274). Aliás este tema da neofobia alimentar conhece atualmente novas cambiantes já que o paradoxo da justaposição entre atração e repulsa (Buchler, et al. 2010:356), manifesto no desejo de tentar/testar novos alimentos, por um lado, e resistência quanto aos potenciais efeitos negativos desconhecidos, por outro, transmuta-se num novo paradoxo da pós-modernidade: atração pelo novo e repulsa do conhecido (produtos, familiares, com reconhecida presença de açúcar, sal e gordura). Normalização social dos novos alimentos e

marginalização dos mais familiares caracterizam a contemporaneidade alimentar e a merecer futura exploração analítica e teórica.

Influenciadores de Consumo

A categoria “Influenciadores de Consumo” foi a segunda a registrar mais referências (55) entendendo-se aqueles como elementos de estímulo ou constrangimento ao consumo. O papel que as variáveis preço, sabor e hábito/moda desempenham na adoção de alimentos funcionais revelam como os alimentos funcionais integram um sistema de práticas alimentares, combinatórias, integrantes das rotinas quotidianas dos indivíduos sem que estes se interroguem sobre o estatuto percebido (alimento ou medicamento) daqueles, aliás na sequência de investigação recente (Weiner & Will, 2015). As escolhas efetuadas de forma reflexiva combinam-se com aquelas rotineiras já que a “rotina é a regra até que os problemas surgem” (BildtgArd, 2008:118) num mundo contingente. O investimento da indústria alimentar no melhoramento das condições organolépticas dos produtos funcionais tem contribuído para atenuar o sabor como barreira ao consumo contribuindo para a vulgarização do respetivo uso:

“(...)E porque agora está também na moda o cuidarmos da alimentação, não é? E de comer tudo isso...os Activias, as saladas, os legumes...Usar a Becel e tudo isso...(...)”. (conf Anexo B - GF Mulheres, p.91).

“Eu consumo esses alimentos porque eu gosto, gosto do sabor, mas não é por nenhum desses princípios, não é porque faz bem ao colesterol (...)” (conf Anexo B – GF Misto 2, Homem, p.130).

“E temos fome e o Activia até é bom, não é?” (conf Anexo B – GF Mulheres, p.91)

“A questão do sabor é importante mas entre o sabor e a eficácia eu prefiro a eficácia quando estamos a falar de saúde.” (conf Anexo B - GF Homens, p.63).

“O sabor da Becel tem melhorado”. (conf Anexo B - GF Misto 2, Mulher, p.130).

O preço constitui o elemento que gera os discursos mais extremos revelando distintos níveis de permeabilidade à variável "rendimento disponível", nas opções de gestão da saúde e do bem-estar, sendo que parece prevalecer, naqueles que se mantêm fiéis, uma avaliação de risco valorizadora dos futuros impactos positivos. Talvez por serem quem mais ativamente

participa no processo de compra as mulheres são quem expressa maior sensibilidade às variáveis preço e promoção (11 registos) seja no que respeita o seu papel como estímulo ou freio à compra. Verifica-se que são quem revela maior fidelidade ao consumo de alimentos funcionais com base em exercícios de avaliação da relação custo-benefício:

“Se me faz bem não quero saber do preço.” (conf Anexo B – GF Misto 2, Mulher, p.131).

“(…) agora, de hoje para amanhã, deixava de consumir se os preços fossem insuportáveis” (conf Anexo B – GF Misto 2, Homem, p.131).

“Eu por exemplo penso muito nisso, são caros e custa um pouco e, principalmente quando começou a crise, foi uma das coisas que eu ponderei foi comprar mais baratas mas depois penso: a seguir vou gastar em médico, em medicamentos.” (conf Anexo B - GF Mulheres, p.79).

“Eu sei que os Actívia são caros, aquela coisa entre os líquidos e sólidos, compro os mais baratos. Mas eu não sei se deixava de comprar porque me fazem bem.” (conf Anexo B - GF Mulheres, p.80).

“(…) bem eu, muito honestamente só compro esses produtos quando estão em promoção, mas quando estão em promoção compro para 15 dias...exatamente.” (conf Anexo B – GF Homens, p.55).

“Mesmo se aumentassem mais 2 ou 3 euros que já são caros...Não, não os deixava.” (conf Anexo B - GF Mulheres, p.81).

“Se o preço fosse muito caro, deixava de consumir” (conf Anexo B - GF Misto 2, Homem, p.131).

Podem ainda considerar-se lógicas compensatórias no pressuposto da inelutabilidade da existência de gastos futuros com a saúde:

“Penso que, em vez de investir na Farmácia estou a investir no frigorífico mas para a minha saúde” (conf Anexo B – GF Pré-teste, p. 10)

Quanto a razões para abandono estas dividem-se entre três grandes categorias: (i) incremento de preço; (ii) notícia que desacreditasse o produto revelando que a informação pode atuar simultaneamente como estímulo e freio ao consumo e (iii) cessação na verificação de resultados:

“o meu caso específico para deixar de consumir, só se deixasse de ver resultados.” (conf Anexo B - GF Misto 2, Homem, p.133).

“Haver outros mais baratos que fizessem o mesmo ou ser provado que é tudo mentira” (conf Anexo B – GF Misto1, Mulher, p.111).

“(…) se houver algum estudo que diga que os alimentos não têm qualquer benefício.” (conf Anexo B – GF Misto1, Homem, p.111).

“(…) se houvesse muita gente a dizer ou uma notícia na televisão ou…”(conf Anexo B - GF Mulheres, p.81).

“Acho que o que não me faria comprar era mesmo uma má experiência com esses alimentos” (conf Anexo B - GF Mulheres, p.80).

“Se fizesse mal, se alguém me dissesse, com fundamento e veracidade que estava a fazer mal, os Actívia por exemplo, só o faria numa situação dessas”. (conf Anexo B – GF Homens, p.57)

De forma a adquirirem a aptidão social (*social fitness*), que as sociedades, modernas, neles delegam (Bauman, 2007: 56), os indivíduos apropriam-se dos objetos e técnicas que o mercado disponibiliza satisfazendo um *ethos* valorizador da saúde e bem-estar e de um corpo, externa e internamente, modelado de acordo com a normatividade reinante; neste contexto os alimentos constituem um dos mais vulgares e abundantes *objetos* consumíveis. Embora vários dos participantes entendam o ato alimentar numa lógica, predominantemente, instrumental a maioria não deixa de mencionar que o faz dedicando recursos cognitivos à seleção de alimentos “que não façam mal”. Aparentemente, mais do que uma disposição para ingerir alimentos que “fazem bem” o que poderia, num contexto de submissão consumista, implicar práticas auto-limitativas e castradoras de uma certa liberdade individual, o que é revelado é uma preocupação em “tentar ter cuidados com os alimentos”, ingerindo alimentos que “façam menos mal” pois, de alguma forma, todos os produtos que ingerimos são manipulados e não *in natura*. Verifica-se uma normatização do “manipulado” (ex. pasteurizado; desnatado; homogeneizado; cultivado com herbicidas e pesticidas; aquacultura com alimentação artificial de peixes em viveiro etc.) aceitando-se que, nos tempos modernos, o alimento perdeu significativa genuinidade sendo objeto de sucessivas intervenções técnicas ao longo da cadeia produtiva. Ao contrário, e embora sem fronteiras claramente definidas, o termo “processado” transporta percepções de menor positividade (“o processado, se calhar, é um termo pejorativo” – conf Anexo B – GF Homens, p.57) associadas a intervenções químicas e tecnológicas “extranormais”. Com um capital de saberes e conhecimentos em permanente reconstrução,

seja pela influência de múltiplas fontes, seja por via da experimentação, a opção pelos alimentos funcionais assume papel de relevo no processo de construção identitária pela camuflagem terapêutica protetora que assegura, em contraste com a ingestão do medicamento, a qual realça a condição de doente seja pela materialidade do ato de tomar o medicamento seja pela sinalização para o próprio, e os outros, de que existe uma doença:

“Por exemplo, eu como Activia todos os dias. Eu como, não tenho problema nenhum. Quando vou tomar o comprimido, para já tenho de ter a preocupação de não me esquecer dele, pronto. E quando o tomo lembro-me que tenho de o tomar, que estou doente, que tenho este problema. O Activia também tenho um problema, mas não me lembro”, (conf Anexo B - GF Mulheres, p.91).

O atual contexto económico e social suscita racionalidades, que podem ser entendidas na lógica weberiana, do sentido da ação social, em particular da ação racional orientada para fins baseando-se em expectativas antecipadas (Weber, 2004: 591) valorizadoras do investimento imediato, mesmo que significativo, associado a perceções de poupança futura materializando-se, no caso vertente, na ingestão de alimentos funcionais, de um modo geral mais caros, na perspetiva de um futuro menor recurso ao medicamento; *“Se eu tiver que tomar medicamentos para o colesterol, aí talvez deixe de usar o Danacol”* (conf Anexo B - Pré-Teste, Mulher, p. 29). Esta é uma abordagem pragmática, valorizadora da prevenção, embora não á custa de experiências sensoriais desagradáveis, impondo-se, de uma forma geral, o sabor como fator limitante à utilização. O uso do alimento funcional surge, para muitos dos participantes, como elemento de compensação de uma alimentação menos saudável (suportada por narrativas que atribuem significado aos ritmos diários, horários laborais, acesso no local de trabalho ou nas proximidades a refeições saudáveis e económicas etc.) e, simultaneamente, de autoapaziguamento de ansiedades nutricionais que o discurso mediatizado e medicalizado alimenta. A expressão *“ao menos estou a fazer alguma coisa e a consciência não pesa tanto”* (conf Anexo B - Pré-teste, Mulher, p. 17) é reveladora de uma das lógicas mais presentes: a gratificação pessoal porque o indivíduo responde à norma, socialmente expectável, da responsabilização individual, embora com investimento pessoal mínimo: não é necessário alterar, radicalmente, o regime alimentar bastando substituir alimentos “normais” por cópias melhoradas” e de fácil manuseio. Relevante é a assunção de que as opções alimentares menos corretas não são da responsabilidade do seu *eu* consciente. Correspondem ou a constrangimentos da vida social ou a chamamentos “biológicos” aos

quais é difícil resistir: “*as nossas vontades são aquelas que o organismo pede e nós acabamos por ceder*” (Pré-teste, Homem). Desta tensão entre a cedência, auto-desresponsabilizada, aos apelos do corpo e um ativismo responsável, “regenerador” das más práticas alimentares, parece resultar a trajetória, por vezes errática, de muitos indivíduos na gestão do binómio saúde-doença.

Os processos de validação externa assumem enorme importância, sobretudo no contexto de ansiedade alimentar, com destaque para os peritos médicos e nutricionistas os quais “*não iriam dar o nome por algo que não acreditassem*” (Pré-teste, Mulher). No entanto a percepção de ausência de efeitos secundários, e os relatos da rede de amigos e familiares, estimula a experimentação individual a qual induz atitudes e comportamentos que escapam diretamente aos efeitos granulares da influência pericial. A relação do alimento funcional com o medicamento está, cognitivamente, suportada por uma dupla lógica: medicamento é para os casos muito graves ou em SOS e o alimento funcional destina-se à prevenção de curto ou longo prazo: no caso de obstipação prolongada “*se calhar vai ter que ir à farmácia buscar um laxante, porque o iogurte não é imediato*” (Pré-teste, Homem). Parecem assim coexistir duas racionalidades subjacentes à utilização dos A. Funcionais: (i) Aspiracional: ajudam a uma vida mais longa e com maior bem-estar e qualidade de vida e (ii) Instrumental: afetados pela doença, ou por mal-estar, os sujeitos tentam agir nas variáveis passíveis de controlo. Em qualquer dos casos verifica-se a aceitação de um sistema de trocas: ganha-se saúde e “*perdem-se alguns prazeres da vida*” (Pré-teste, Mulher); “*perde-se dinheiro*” (Pré-teste, Mulher). Os utilizadores de alimentos funcionais não têm grupos de pertença. Ao contrário de algumas das mais representativas tribos alimentares, como por exemplo os vegetarianos ou vegans, não existe um cimento cultural gerador de laços de proximidade grupal. Os utilizadores de AF não se constituem enquanto grupo ou corrente que partilha normas e referências; são atores, relativamente isolados, que navegando entre os modismos alimentares e o pragmatismo, na construção identitária, produzem racionalidades que dão sentido à sua ação social. Constituem um agregado que idealiza a noção de “cuidado” enquanto consumo responsável de um inventário de consumíveis (Bauman, 2007: 140). A ingestão do alimento funcional, cognitivamente incorporado como um alimento “com fim medicinal”, não somente estabelece as relações de fronteira entre os objetos, alimento e medicamento, como coloca o alimento funcional, predominantemente, no território do autocuidado empiricamente afastado do território da doença este, simbolicamente, representado pelo medicamento. A utilização, por parte de muitos indivíduos, de forma rotineira e desprovida de exercícios de reflexividade, dos alimentos funcionais (ex. iogurtes com bactérias ou os cremes de barrar) embora possam

constituir práticas proto-medicalizadas, por anteciparem um benefício material, de saúde, validado pela norma médica e social, refletem aquilo que alguns autores designam de “domesticação” dos alimentos funcionais pela respetiva incorporação num sistema de objetos e práticas (Weiner & Will, 2015: 208), em que a crença nas alegações de saúde, contidas nas embalagens dos produtos, se mistura com o hábito, a moda o sabor o efeito saciante etc., assim como a forma como a classe média se apropria dos novos produtos disponibilizados ao consumo (Cappellini et al., 2015: 1092). A evidência empírica, associada ao consumo de alimentos funcionais, parece negar as hipóteses explicativas que tomem como base modelos-de-comportamento pré-determinados, ou molduras praxeológicas monolíticas, que encapsulem o respetivo consumo enquanto constructo sublinhando, antes, a forma como a vida quotidiana se inscreve em mercados de “consumíveis” e, neles, as identidades se (re)constroem em resultado das relações estabelecidas entre os sujeitos e os objetos, do seu consumo, assim como os gradientes de auto recompensa atingidos, de acordo com regras bem definidas:

“Primeira, o fim último de todos os consumíveis oferecidos para venda é o seu consumo por parte dos compradores. Segunda, os compradores desejam obter consumíveis para consumo se, e somente se, o respetivo consumo prometer a gratificação dos seus desejos. Terceira, o preço o qual o potencial consumidor em busca de gratificação está preparado para pagar pelos consumíveis depende da credibilidade daquela promessa e da intensidade daqueles desejos.”
(Bauman, 2007:10)

A utilização do alimento funcional, enquanto substituto do medicamento, afirma o papel do “autocuidador”, participante ativo na condução da respetiva trajetória, em contraste com o papel de “doente”, e a conceção funcionalista de desvio social, e da potencial atratividade daquele, enquanto gerador de “simpatia” social e captador de atenção e cuidados, que lhe está associada (Gerhardt, 1987; Quartilho, 2016: 153;157); O utilizador de alimentos funcionais é pois, na sua maioria, um consumidor ‘responsável’, e consciente dos investimentos pessoais a realizar no que à sua Saúde respeita (Griesler & Veresiu, 2014:845;850). É um consumidor pretensamente ‘autónomo’ e dotado de substância moral.

Num exercício de síntese final, elaborado a partir da análise dos excertos, é possível identificar, quanto a possíveis regularidades, e respetiva expressão no plano material, semelhanças e dissemelhanças (Fig. 7.5), com ramificações no plano micro, reveladoras da presente complexidade da vida social, e dos usos leigos da pericialidade, mas igualmente da multidimensionalidade da fenomenologia do alimento funcional.

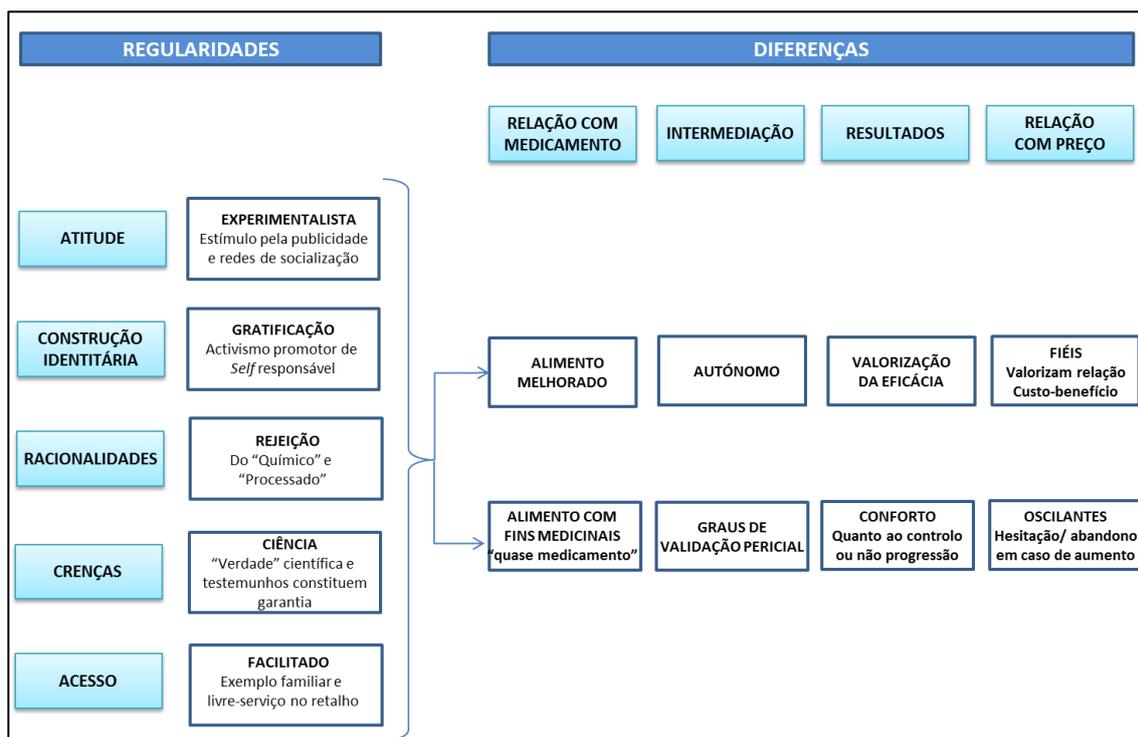


Figura 7.5 - Síntese de Regularidades e Diferenças

O que resulta do material recolhido sugere aproximação às evidências já encontradas em outras pesquisas, nomeadamente:

- A adesão aos alimentos funcionais pressupõe a aceitação básica de que o alimento pode fornecer benefícios específicos de saúde. Não sendo esta uma realidade transversal a todos os países (Siegrist et al., 2015:91), a generalidade dos participantes manifestou elevada compreensão sobre o papel salutogénico dos ‘bons alimentos’.
- A confiança e a motivação para a obtenção de ganhos em saúde afetam positivamente, e a neofobia de forma negativa, a disposição para a compra de alimentos funcionais (Siegrist et al., 2015:92). Os registos discursivos (também porque se tratava de uma amostra de conveniência) não revelaram indícios de suspeição, ou resistência inicial, ao consumo de alimentos funcionais nem erosão na confiança nos A. Funcionais por menor credibilidade atribuída às alegações de saúde, informação na rotulagem ou nas campanhas publicitárias. As razões para eventual abandono (na ausência de notícias negativas) prendem-se, predominantemente, com o binómio resultados-preço o que coloca o alimento funcional no mesmo plano de muitos outros produtos de consumo. Por outro lado, a atitude experimentalista, se indutora de processos de tentativa-erro, é vulnerável aos modismos alimentares podendo tal significar que para alguns dos

participantes o consumo de A. Funcionais pode ser efêmero encontrando-se disponíveis para trocar, nomeadamente, por outra tipologia de alimentos que partilhem iguais alegações e geradores de semelhantes esperanças.

Com base na discussão efetuada é possível identificar 3 perfis de consumidores portugueses de A. Funcionais associados a 3 racionalidades distintas: aspiracional, instrumental e pragmática (Quadro 7.5). As duas primeiras racionalidades são descritas na bibliografia como os “worried well”, genericamente saudáveis mas interessados em otimizar a saúde e prevenir a doença, e os “at risk” padecendo de doenças, por exemplo cardiovasculares (Patch et al., 2004:26). Se os dois primeiros perfis correspondem a práticas mais ou menos medicalizadas o 3º perfil revela significativa mercantilização (binómio acessibilidade – preço/promoção) e o efeito “oportunidade”, em particular, no contexto familiar.

O perfil ‘Aspiracional’ parece ainda revelar coerência com outras fenomenologias, recentes, na área da saúde como seja a explosão da prática do *fitness* e *running* indiciando a proliferação ‘naturalizada’ de novos consumos sendo estes alimentados por um triângulo de dimensões (novos conceitos – novos acessos – novas práticas) reciprocamente estimulados (Monteiro, 2015:131).

Racionalidade	Lógica	Objetivo	Dimensão	Gratificação	Experimentalismo	Validação	Grau de Medicalização
ASPIRACIONAL	Atrasar doença e/ou uso do medicamento	Prevenção	Bem - estar	Sim ++	Sim ++	Redes informais/ pesquisa	Práticas proto-medicalizadas
INSTRUMENTAL	Gestão do risco	Tratamento / controlo	Complementar do medicamento	Sim +	Sim +	Pericial	Práticas medicalizadas
			Substituição do medicamento				
PRAGMÁTICA	Moda	Lifestyle	Conveniência	Sim	Sim +	Experiência familiar	Desmedicalizada

Quadro 7.5 - Perfis de consumidores portugueses

O perfil catalogado como pragmático resulta da crescente exposição a esta tipologia de produtos, a que muitos indivíduos estão sujeitos, e a progressiva normalização social do consumo de produtos que começam por ser adotados por um ‘nicho’ de consumidores, com níveis diferenciados de informação e/ou necessidades específicas, e que se vão posteriormente massificando. Constitui, segundo o autor da tese, exemplo dos muitos circunstancialismos que

emolduram as práticas ordinárias dos sujeitos na segunda década do século XXI seja a permeabilidade, não escrutinadora, da publicidade seja a banalização da tecnologia seja a ‘cristalização’ do hábito:

“O meu consumo vai mais ao Danone e Activia que vai mais ao sabor das promoções que outra coisa qualquer. Como imensos iogurtes diariamente e como aquilo, como outras, e acabo por não saber se tem efeitos benéficos para a saúde ou não (...). Se efetivamente tem aqueles componentes ou não e se está provado. Sou um mau consumidor dessas coisas, é mais ao sabor do marketing que outra coisa qualquer.”(conf Anexo B – GF Misto 1, Homem, p. 109).

“Por isso é que associo a uma coisa mais natural o iogurte, não deixa de ser uma coisa natural, que leva um pequeno processo químico lá dentro.” (conf Anexo B – GF Misto 2, Homem, p. 146).

“Eu é mesmo porque está lá (no frigorífico). ” (conf Anexo B – GF Misto 2, Homem, p.125).

É de admitir que este perfil de consumo, e as racionalidades e lógicas que lhes estão associadas, indiciem uma utilização mais efémera do alimento funcional na justa medida em que deixe de estar acessível em casa, aumente de preço ou veja a respetiva notoriedade disputada por um novo produto, “mais moderno”, ou com ‘promessas’ mais apelativas. Sugerindo o material recolhido que este perfil possa estar, maioritariamente, associado ao sexo masculino, convivendo, aliás, com os indicadores resultantes das metodologias quantitativas, que claramente indicam a mulher como o principal utilizador (desde logo, adquirente) de A. Funcionais, tal pressuposto carece de futura exploração analítica.

A presente investigação releva a importância, enquanto território privilegiado de observação de processos sociais mais alargados, nomeadamente, do nível ‘micro’ da ação social no qual se materializa a “relação mágica entre macroestruturas e as preocupações mundanas dos indivíduos” (Isik, 2017:609) e, em particular, a construção subjetiva do risco.

Capítulo 6. Alimentos Funcionais: intersecções analíticas

Apesar de uma compreensão, ainda lacunar, sobre a fenomenologia dos A. Funcionais, em Portugal, a análise de conteúdo dos grupos focais sugere que esta constitui uma constelação de distintas dimensões analíticas: atitude face à tecnologia utilizada na indústria alimentar; conhecimentos e literacia em nutrição; perceção dos riscos para saúde; a confiança na qualidade/marca dos produtos; a inocuidade associada aos alimentos; o gosto; o preço; a regulamentação e as perceções, reais ou projetadas, sobre a eficácia. Bibliografia, já vasta, e com resultados contraditórios ou no mínimo desalinhados (Özen et al., 2014: 476), releva a importância de variáveis sociodemográficas, como o nível de escolaridade (Landstöm et al., 2007:1066) ou sabor (Urala & Lähteenmäki, 2003:157; Verbeke, 2006: 130), como determinantes a considerar no acesso e consumo dos A. Funcionais. A variabilidade de resultados no que respeita a capacidade preditiva das variáveis sociodemográficas, para o consumo de alimentos funcionais, pode ser explicada pela multidimensionalidade da aceitabilidade destes produtos (Niva & Mäkelä, 2007:41) e pela circunstância de imperarem *razões* que se prendem com processos, isolados ou combinatórios, de filiação ideológica (ideologia da prevenção), engajamento cultural (cultura do bem-estar) ou veículo da medicalização do ato alimentar. Duas conclusões principais emergem (e que se alinham com a bibliografia publicada): (i) Apesar do papel que as variáveis sociodemográficas podem desempenhar, como acelerador ou travão do consumo, elas são ultrapassadas pela disposição em adotar uma alimentação saudável e manter adequados níveis de saúde podendo o consumo de AF ser entendido como integrando um ‘guião’ de práticas saudáveis (Niva & Mäkelä, 2007:42) ou constitutivo de um *ethos* consciente e intencionado (Landstöm et al., 2007:1067); (ii) os alimentos funcionais não são entendidos como um grupo homogéneo verificando-se distintas lógicas em função de cada categoria de produto (Urala & Lähteenmäki, 2003:157) e dos níveis de eficácia, verificados ou percebidos, da presença de doença ou ainda dos distintos graus de credulidade atribuídos a abordagens consideradas menos ortodoxas (“*Não acredito; onde é que eles vão buscar ómega 3 para pôr nos ovos?*”, *conf Anexo B – GF Misto 2, Mulher, p.128*).

Este ceticismo alinha-se com reservas, de que a bibliografia dá conta, da capacidade dos alimentos enriquecidos com ómega-3 de libertarem, no organismo, níveis suficientes para propiciarem qualquer benefício de saúde (Williams & Ghosh, 2008: S91) revelando que nem todas as abordagens técnicas são merecedoras do mesmo grau de aceitabilidade mesmo que,

como no caso presente, o método seja simples e o princípio engenhoso (as galinhas são alimentadas com rações enriquecidas com ômega-3).

A exploração analítica das variáveis, acima descritas, sugere a existência de relações de associação, de robustez variável, mas não de causalidade, as quais enfatizam o atual e progressivo processo de desintermediação que se verifica entre os cidadãos e as soluções personalizadas, de saúde e bem-estar, que procuram e implementam, e as fontes de referência e validação revelando um quadro composto de percepções e racionalidades.

A reflexividade própria da modernidade constrói-se, não em contexto de crescente certeza, mas de dúvida metodológica (Giddens, 1999). Segundo aquele autor, até mesmo as mais reputadas autoridades são confiáveis sob reserva (*“until further notice”*), os próprios especialistas discordam entre si no que respeita quer às teorias quer aos diagnósticos práticos, e os sistemas abstratos, que penetram tão profundamente no quotidiano, oferecem múltiplas possibilidades, e não orientações ou receitas fixas, para a ação. Alguns autores são ainda mais contundentes denunciando a excessiva fragmentação, e especialização, do conhecimento e a sua encapsulação em disciplinas burocraticamente definidas (Castells, 2004).

Sendo a comunicação massificada, uma das características da modernidade, o papel dos *media* tradicionais e dos novos formatos, em particular a Internet, altera a tradicional conexão entre “local físico” e “situação social”, facilitando a pesquisa e o acesso a fontes de informação e conhecimento, até agora inacessíveis, promovendo a construção de novas comunidades, entre formas de experiência social, pré-constituídas, facilitando a divulgação e “popularização” do conhecimento especializado, e em paralelo, das conceções e conselhos dos “líderes de opinião”, e assim estimulando a endogeneização de saberes periciais pelos sectores leigos, em particular aqueles com mais elevado nível de escolarização. Geram-se, assim, círculos sociocognitivos de fluxos de saber esotérico e exotérico, em que o conhecimento nasce como exotérico (experiências, emoções, intuições e senso comum) e é depois refinado, transformado e reconstruído, pelos sistemas esotéricos, que lhe acrescentam uma dimensão teórica-conceitual, retornando depois para os círculos exotéricos, ficando nesse processo, mais simples e acessível, cristalizando-se muitas vezes como a matriz cultural que condiciona e influencia o especialista, encerrando-se desta forma o círculo da interdependência dos saberes. Os tradicionais modelos epistémicos de produção do conhecimento são hoje confrontados pelo que pode ser designado de modelos de ‘circularidade’ de ideias entre um centro (técnico-científico) e a periferia (leiga) (Arksey, 1994:451). Como o saber está associado à decisão e à ação individual e coletiva, no contexto

de uma sociedade de risco, o especialista (leigo e ‘oficial’) assume o papel de tradutor ou mediador entre conhecimento e respetiva aplicação (Grundmann, 2017:39).

As sociedades pós-modernas desenvolvem-se numa lógica dual, já que por um lado estimulam a divisão cognitiva do trabalho, hierarquizando e especializando saberes, muito por via do reforço da componente teórica, promovendo a racionalidade, à custa da tradição e do misticismo, sendo, por outro lado, dominadas pelo *vortex* comunicacional, que homogeneíza saberes, que promove “reapropriações” biunívocas, com a consequente especialização do saber leigo. Apesar da incorporação, por parte do saber leigo, de ramificações mais ou menos capilares do saber especializado, aquele não perde, segundo alguns autores, o seu carácter de leigo, sendo que, tão-somente, aumentou a diversidade dos seus componentes, e por essa via, a capacidade de melhor interagir e aglutinar a informação científica (Lopes, 2001). Aliás, a proliferação de perícias na sociedade do conhecimento (Grundmann, 2017:42) suscita um interessante questionamento quanto à atual taxinomia que procura distinguir os saberes periciais e leigos a qual, de alguma forma, atribui estatutos, ideologicamente não-neutros, a ambos os territórios do conhecimento: por um lado conhecimento ‘científico’ sistematizado, e editado, oriundo de centros de produção de saber, certificados por normas e procedimentos, na maioria das circunstâncias, sujeitas unicamente a processos de autorregulação e, por outro um conhecimento difuso, não sistematizado e não ‘validado’ e de maior dificuldade na sua transmissibilidade e reprodução. Não será que o crescente volume de cidadãos com formação universitária diminui a literacia funcional ‘leiga’, com a consequente incremental capacitação para apreensão e processamento de informação especializada, a par do potencial da internet e redes sociais para se constituírem como instrumentos de disseminação do saber, até agora somente possível por via dos livros e manuais científicos, faz emergir dois sistemas periciais distintos com poder para influenciar o processo decisional, individual e coletivo? Apropriadamente, a tradicional dicotomia, formulada pelas ciências sociais, entre conhecimento pericial e leigo não deveria ser substituída por perícias teórico-científicas e perícias técnico-práticas o que constituiria, aliás, uma reformulação das propostas de McClean & Shaw da existência de um *continuum* entre dois conhecimentos não-polarizados (2005:746)?

Existe, hoje, sobre os mais variados assuntos – sendo a alimentação, pela sua centralidade no quotidiano dos sujeitos, um exemplo paradigmático – um *corpus* de conhecimentos combinatórios entre as verdades e modas científicas e o saber ‘prático’ dos utilizadores assumindo aqueles um carácter relacional porque se destina a uma audiência e

clientela (Grundmann, 2017:31) ávida de novidades, e testemunhos, que facilitem o processo de experimentação.

Seguramente que os alimentos funcionais não serão imunes a estes fluxos de conhecimento, e à interação que daí resultará entre saber e normas periciais, nomeadamente dos nutricionistas, a tecnicidade que resulta da sofisticação dos processos produtivos e a apropriação, dos AF, para usos vulgares como seja a regulação do trânsito intestinal, por parte dos utilizadores. Para um melhor entendimento dos processos de adesão, dos consumidores portugueses, aos alimentos funcionais seria importante conhecer o papel das redes sociais e em particular do Facebook, como veículo de vulgarização do consumo, já que constitui atualmente a ferramenta mais eficaz na transmissão de conhecimento ‘boca-a-boca’, disseminação de conceitos e a formação e acumulação do capital social (Ellison, et al. 2007:1164).

O conhecimento leigo tem-se expandido, questionando as anteriores fronteiras entre saberes leigos e periciais: *“A Internet remove ostensivamente o intermediário expert – farmacêutico ou médico – do espaço físico, científico e regulamentar, entre indivíduos e medicamentos”* (Cohen, 2001). O acesso a informação sobre saúde, disponível na *Net*, tem suscitado os mais variados questionamentos, nomeadamente o contributo que aquele acesso pode ter no encorajamento de abordagens pluralistas na gestão da saúde, individual ou familiar, o mérito do contacto com outros doentes e grupos de autoajuda, e da pesquisa “customizada” de informação, no processo de construção e reconstrução identitária (Hardey, 1999), ou a qualidade da informação colocada online e seus perigos potenciais, a intervenção da indústria farmacêutica e/ou agroalimentar, e sobretudo as consequências resultantes da facilitação da participação do consumidor, como proeminente ator, na construção do conhecimento sobre saúde e doença, alargando o leque de atores neste processo (Cohen 2001). Em pouco mais de duas décadas a internet revolucionou muitos aspetos da dimensão experiencial, sobretudo da doença, evidenciando um efeito transformador nas subjetividades que estão a esta associadas (Conrad & Stults, 2010:189). Não tendo resultado, das retóricas e discursos que emanam dos Grupos Focais, como elemento saliente (somente 3 correspondências na análise de discurso), no contexto de consumidores sempre conectados, as tecnologias de informação, e em particular a Internet, merecem futura exploração empírica e analítica quanto ao papel que desempenham na relação dos consumidores portugueses com os alimentos funcionais já que, de acordo com a bibliografia disponível, a Internet constitui, em complementaridade com outras fontes, um veículo de procura de informação (para 48,8% dos participantes no estudo – n=200) sobretudo no que respeita os benefícios de saúde dos

alimentos funcionais (26,8%), os componentes bioativos associados aos AF (15,8%) e os riscos/efeitos secundários associados aos AF (14,2%) (Vella et al., 2014:4).

O processo de endogeneização de conhecimentos periciais de saúde, por parte dos leigos, e da partilha de informação entre leigos e comunidades leigas, articula-se com o poderoso incremento da literacia tecno-funcional, da generalidade dos consumidores, originando um contínuo processo de reapropriação, processamento e assimilação de conhecimentos e conseqüente sensação de controlo sobre as suas vidas; novas tecnologias, encorajam a disseminação de nova informação, a qual, por sua vez, ajuda os consumidores a reganhar o controlo que sentiram ter perdido, durante uma fase intermédia, devido à tecnologia. A mudança, neste processo cognitivo global, reside nas fontes de informação.

O consumo, significativamente ‘desintermediado’, dos alimentos funcionais sugere questionamentos analíticos nos planos quer de construção da autonomia dos indivíduos, com eventuais implicações de carácter ético, no que respeita novos conceitos de cidadania, quer no plano dos pluralismos terapêuticos e dos correspondentes interfaces e interações entre os diferentes níveis e agentes do sistema, e correspondentes variações de sentido: “ *o indivíduo que vai de cuidado em cuidado, não pratica unicamente, um empreendimento terapêutico: ele é um peregrino cultural que aprende, pelo caminho, códigos novos*” (Benoist, 1997).

Procurando estabelecer pontes entre o mapeamento empírico, que resulta da presente análise de conteúdo, e quadros de conceptualização teórica justifica-se mobilizar conceitos propostos por Bourdieu, como seja a “distinção social” e “capital cultural”, já que a análise do consumo de alimentos particulares, e de padrões alimentares classistas, ocupou lugar de relevo na sua obra:

“Resulta claro por que razão o materialismo prático, o qual é evidente no que respeita o alimento, é um dos mais fundamentais componentes do ethos e mesmo da ética popular”
(Bourdieu, 1984 [1979]; 183).

Se a democratização no acesso aos alimentos funcionais tende a negligenciar o seu consumo como um marcador de classe ou estatuto afastando-se da perspectiva de Bourdieu de classificação social das diferenças grupais na lógica da “posição”, e da relação dos atores sociais entre si, e das identidades de classe construídas, e das relações de poder interiorizadas que daí resultam, já a construção de um *self* responsável, seja por delegação da superestrutura da sociedade (ideologia do *empowerment*) seja por ativismo gerado por exercícios de reflexividade, encontra acolhimento epistemológico nas propostas de Bourdieu sobre valores

e estilos de vida associados à predominância de capital cultural (Bourdieu, 1984 [1979]: 455) objetivado em objetos técnicos (Bourdieu, 1984 [1979]: 387) e acumulado, pelo menos parcialmente, através de autodidatismo (Bourdieu, 1984 [1979]: 328).

Já a exploração conceptual e teórica de Conrad et al. (2005) no que respeita os novos motores de medicalização suscita, uma década depois, novas pistas de reflexão e questionamento sociológico sustentados em três dinâmicas sociais que se retroalimentam e potenciam entre si, a saber:

1. Para além de investimento na saúde futura, afetando recursos materiais, cognitivos e emocionais aos processos preventivos, os cidadãos envolvem-se ativamente na busca de soluções personalizadas para assegurar um quotidiano de bem-estar "despatologizando" muitos dos desafios que se lhes colocam. Neste quadro a saúde deixa de ser um objetivo longínquo, culminar de um conjunto de decisões, muitas vezes desconfortáveis, recomendadas pelos especialistas dos serviços de saúde (deixar de fumar, fazer exercício, dieta alimentar pobre em sal, açúcar e gordura etc.), para ser o somatório de decisões diárias, submetidas a racionalidades probabilísticas e heurísticas (Fox, 2015) quanto à sua eficácia, influenciadas pela publicidade e o exemplo e conselho da rede de amigos e familiares e moduladas por fatores circunstanciais tais como o acesso, o hábito, o sabor e a moda ou subjetividades associadas a processos de gratificação e recompensa. O processo de medicalização da sociedade coloniza agora territórios ("bem-estar", "qualidade de vida") que dispensam a "patologização" de queixas e sintomas.
2. A disputa, do mesmo mercado, por parte das ciências médica e alimentar convive com a convergência das práticas e métodos das indústrias farmacêutica e agroalimentar fazendo emergir um conjunto de novas necessidades de consumo (utilização de super - alimentos, bactérias amigas, nutracêuticos e alimentos funcionais) para as quais apresentam respostas sob a forma de novos produtos e fórmulas, prontos a consumir, e para os quais necessitam do apoio e legitimação de nutricionistas e da comunidade médica (McConnon et al., 2004:17). Esta dinâmica tem promovido o surgimento e afirmação de novas profissões, tais como os Nutricionistas, os quais, também pela linguagem utilizada que transporta tecnicidade para o território da alimentação (Gingras, 2010: 438), tendem a medicalizar a sua relação com os clientes/consumidores (pacientes/doentes na sua linguagem clínica) numa lógica de ganhos de respeitabilidade, e disputa de territórios terapêuticos à classe médica, expandindo assim a visão clínica sobre processos e hábitos alimentares. Motivados, primordialmente, pela descrição e prescrição da "dieta correta" (Lupton, 1996: 7) constituem-se como "construtores e agentes do mito da saúde perfeita" (Lopes, 2006:

168). Não é de somenos relevância mencionar que, em Portugal, muitos dos atuais Nutricionistas são Ex - Dietistas reconvertidos em consequência da constituição da Ordem dos Nutricionistas⁸⁰; o Dietista foi uma profissão de base hospitalar integrando, numa lógica de retaguarda, os cuidados médicos a prestar aos doentes internados. A situação portuguesa não se distancia daquela de outras latitudes, em particular os países de influência anglo-saxónica, nos quais a educação e treino dos Dietistas/Nutricionistas é baseada, ainda que parcialmente, num modelo similar ao modelo médico (Gingras, 2010:449). O processo de afirmação dos Nutricionistas como Profissão conhece, em Portugal, particulares singularidades já que procura combinar o conservadorismo de um projeto profissional o qual, por definição, se estrutura em paradigmas, códigos e estatutos rígidos, com a exposição mediática e a competição com atores, não-técnicos, vindos do mundo da moda e das redes sociais. Sendo uma profissão com forte componente de trabalho emocional (Gingras, 2010:442), pela proximidade com os corpos imperfeitos que escrutina, orienta e procura disciplinar (Gingras, 2010:450), os Nutricionistas constituem um forte amplificador social das propostas de novas alternativas e estilos de vida alimentares contribuindo para institucionalizar um modelo dietético informado pelas lógicas médica e estética (Lopes, 2006:169).

3. A explosão do acesso à internet, e do conseqüente desenvolvimento das redes sociais, fez emergir duas tendências características do mundo conectado de hoje: (i) a informação infiltra o quotidiano e expande o acesso a fontes não-periciais e (ii) o surgimento de novos fazedores de opinião (*opinion makers*), hábitos e atitudes, sob a forma de *bloggers* e emissores de *posts* e comentários no Twitter, mas sobretudo no Facebook. Esta nova realidade transforma a "informação" numa nuvem omnipresente, mas sem contornos definidos, e que, ao combinar publicidade formal, correntes de opinião (não filtradas) nas redes sociais e a "verdade" difundida pelas comunidades virtuais que enquadram hoje a grande maioria dos indivíduos, infiltra o quotidiano e dissolve responsabilidades individuais; "A informação na era da Internet vem de pessoas, pessoas que produzem a sua informação e a trocam na *net*. Esta é a verdadeira revolução" (Castells & Ince, 2004:154). As redes digitais que constituem as estruturas do que alguns autores designam de "Sociedade em Rede" (Espanha, 2009:19) reformatam o conceito de "paciente informado" em favor do conceito de "indivíduo emancipado" (Espanha, 2009:76), movido pela

⁸⁰ Em Dezembro de 2010 é publicada em Diário da República a Lei 51/2010 que cria a Ordem dos Nutricionistas e aprova o respetivo Estatuto

racionalidade que toma como base o conhecimento de base reflexiva de que fala Giddens a propósito da sua teoria da estruturação (Giddens, 1984:3), o qual toma decisões sem a necessidade de processos de mediação pericial, mas sem dispensar a informação pericial, já que funciona em modo de aprendizagem ao longo da vida, e em regime de multiprocessamento de informação, recombina-a ao serviço de tarefas específicas e projetos concretos (Castells & Ince, 2004:158).

Confrontados com uma crescente “bipolaridade” alimentar (ganhos de saúde suportados por um “regresso á natureza” vs. a ingestão dos micro e fito nutrientes⁸¹, adequados a cada caso concreto, proporcionados pela tecnologia) os indivíduos tenderão a ser capturados pelo inevitável desenvolvimento dos meios de diagnóstico e de autodiagnóstico. Estes estimularão progressivas soluções personalizadas que esbaterão as fronteiras entre alimento e medicamento e veicularão uma medicalização intersticial do ato alimentar de forma natural e inconscientemente aceite. Importará aqui detalhar a relevância dos meios de diagnóstico nas biografias dos indivíduos já que “o diagnóstico não é somente realizado pelos médicos e outros profissionais de saúde mas igualmente pelo *self*” (Jovanovic, 2014:643) num processo de permanente auto e heteroavaliação social. Constituindo um procedimento, eminentemente, técnico localiza o resultado obtido num plano puramente biomédico, individualizado e socialmente descontextualizado. Quando o resultado é negativo, ou de “fronteira”, confere legitimidade à etiquetagem duma doença ou proto doença (Jovanovic, 2014:644) e apela a soluções de urgência, no que respeita a intervenção médica, e de acrescida responsabilização individual. De acordo com o *continuum* dos cuidados de saúde, já descrito no Capítulo 1, agora os indivíduos encontram-se, não na lógica polarizada dos constructos saúde e doença, mas em permanente estado de evolução da respetiva situação clínica, podendo ser/estar mais ou menos saudáveis em função da disciplina de que deem provas, do estágio em que a nova condição foi diagnosticada, do acerto da medicação prescrita, da adequação do regime alimentar etc. Os meios de diagnóstico, cada vez mais potentes, ultrapassam a fronteira do visível e penetram, interrogam, escrutinam e por fim classificam e categorizam na lógica do que Rosenberg denominou de “Tiranía do Diagnóstico” (Rosenberg, 2002:256).

Os resultados de alguns recentes inquéritos com componente alimentar (ONAP, INSEF) combinados com os resultados da presente investigação parecem sugerir o convívio de duas grandes formas de vivenciar a modernidade alimentar em Portugal:

⁸¹ Compostos derivados de plantas

- Experimentalista, como ideal-tipo de uma oferta alimentar fragmentada em múltiplas variedades e dispositivos, sujeita aos modismos e avanços e recuos das ‘verdades’ e ‘tendências’ alimentares, tão fluídas quanto o espaço digital em que emergem e desvanecem e, mais do que crente nos resultados prometidos pelas fontes periciais ou institucionais, disponível para testar, e se necessário reorientar, as suas opções na busca de benefícios de saúde de curto ou médio prazo.
- Passiva, com um regime alimentar afastado de orientações ‘normativizadas’ (ex. Guidelines institucionais sobre a ‘alimentação saudável’), submissa às circunstâncias dos ‘modos de vida’, nos quais os indivíduos se inscrevem, e condicionada pelas determinantes estruturais tais como escolaridade, rendimento e acesso.

Estas duas formas de relacionamento com o alimento não existem, seguramente, no estado puro antes coexistindo em regimes de facultatividade e pendularidade, a confirmar em investigação futura. Configuram, no entanto, grande plasticidade no redesenho identitário, conceito analítico que, por comparação com ‘construção identitária’, me parece menos hermético na captura da fluidez que caracteriza a modernidade alimentar.

Capítulo 7. Conclusões

Nas sociedades modernas, desejo e utilidade dos objetos confundem-se na árvore de decisão dos consumidores. As necessidades materiais/biológicas estão infiltradas por uma paleta de códigos imateriais e este binómio organiza o quotidiano e constrói identidades individuais. O alimento, na modernidade, não escapa a esta fenomenologia sendo que a extensão da medicalização ao ato alimentar se corporiza na dimensão racional e significativa que passou a enquadrar a ingestão de certos alimentos; “*este alimento resume e transmite uma situação, ele constitui uma informação, ele é significativo*” (Barthes, 1961: 980). Mais do que satisfazer necessidades biológicas, ou apelos sensoriais, comer passou a constituir, para muitos indivíduos, um processo de elevada seletividade, submetido a uma grelha analítica de atributos (saudável, dietético, nutritivo, funcional), enquadramento pericial (prescrição ou recomendação do médico, dietista ou nutricionista) e certificação regulamentar corporizada nas alegações de saúde, que estão oficialmente aprovadas, e na informação técnica que integra a rotulagem; a sociedade estrutura estes objetos a fim de os utilizar (Barthes, 1961:983).

O alimento e o ato alimentar sempre assumiram uma grande centralidade no quotidiano dos cidadãos, em particular nos tempos modernos, seja enquanto poderoso ecrã das dinâmicas sociais, envolvendo atores tão diversos quanto os consumidores e as indústrias farmacêutica e agroalimentar, seja enquanto instrumentos estruturantes dos processos identitários do *homo consumens* dominado pela coisificação (Bauman, 2006 [2003]) dos mais banais aspetos da vida social e a consequente reconfiguração dos consumos; em contexto de significativa densificação das redes sociais, significados, médica e nutricionalmente construídos, dispõem de uma *via verde* para a mente dos cidadãos. O que é novo, e ajuda a explicar a adesão de milhares de consumidores portugueses a uma miríade de soluções terapêuticas e proto – terapêuticas, é a progressiva atenuação, no plano das perceções sociais, do anterior eixo binário saúde – doença ao qual correspondia, num polo, um trajeto pessoal de ‘inação’ (“estou saudável, ainda bem; não há nada a fazer”) e, no outro, um trajeto pessoal de ação ‘controlada’ (estou doente; faço o que o médico determina”). Entre um estado de absoluto controlo individual, no qual predominam ações como a gestão do risco (fumar; ingestão de bebidas alcoólicas, desportos e atividades radicais, consumo de drogas leves e pesadas, adequadas horas de sono etc.), e a existência de uma doença crónica, ou aguda, ganham relevância estádios intermédios em que se afirmam iniciativas tais como o autodiagnóstico, monitorização de sinais e sintomas, gestão alimentar, consumos de performance, atividade física etc. e, eventualmente, reveladores de processos de

autodeterminação, dos sujeitos, na gestão da respetiva saúde futura (McMahon et al., 2014: 402). Instalam-se e afirmam-se, como dinâmicas sociais, verdadeiros ‘corredores’ de possibilidades que, tal como numa habitação, fazem a ligação entre os distintos lugares mais do que estabelecer uma ligação direta entre a porta da entrada e a divisão mais afastada. Estes ‘corredores’ de intervenção corporal, ao albergar tão variadas possibilidades, tendem a diminuir as fronteiras entre: prevenção da doença futura e gestão do bem-estar imediato; autocuidado e automedicação; esforço e recompensa; novidade e ciência e saúde e nutrição. A análise de conteúdo dos Grupos Focais evidenciou que, nos consumidores de alimentos funcionais, uma atitude experimentalista se combina com processos de gratificação pessoal e representações sociais negativas, associadas ao Químico/Processado, e positivas, associadas ao medicamento/eficácia, que ajudam a compreender a aceitação destes produtos como novidades alimentares (Bäckström et al., 2003:299) e a sua mundanização nos “corredores” de fluidez terapêutica e preventiva que caracteriza a modernidade.

O AF, embora possa ser considerado uma tecnologia de saúde, parece, de acordo com a presente investigação, integrar o universo do ‘natural’, mesmo que, nalguns casos, se verifique uma relação produto-dependente (como é o caso dos ovos enriquecidos com ómega-3), o que está de acordo com alguma literatura internacional (Urala & Lähteenmäki, 2007:10), gerador de perceções de maior inocuidade, quando comparado com as opções medicamentosas, tornando-se assim um território propício ao maior experimentalismo terapêutico por parte dos consumidores mais ativistas. As novas culturas terapêuticas estimulam o experimentalismo indulgente, dínamo de múltiplas soluções personalizadas: o indivíduo seleciona, a partir de opções existentes, as que mais se adequam e combina-as de forma única e singular. Processando distintos fluxos de informação, em articulação com as simbologias curativas, em particular aquelas associadas ao medicamento (Van der Geest & White, 1989) que penetram o respetivo quotidiano, os consumidores vão revalorizando as promessas de benefícios e “incremento saudável” (Verbeke, 2005) de alguns alimentos, concedendo-lhes um estatuto dual: simultaneamente alimento e mercadoria ostentativa associada a determinadas expectativas. A opção por alimentos funcionais, versão moderna de um recurso antigo, pode assim funcionar como cartão-de-visita social de consumidores dotados de um conhecimento diferenciado e sinalizador de um estilo de vida mais vanguardista e social e ambientalmente responsável (por demarcação do medicamento “químico). O alimento transformado em objeto terapêutico sinaliza, assim, a geração de novos desejos e formas de conhecimento, a concretização de novos modelos de reflexão sobre o valor do binómio saúde-doença (Watson et al, 2009), e da diluição de fronteiras entre o

natural e o artificial, assim como a crescente intervenção no corpo e intolerância à doença, valorizando respostas rápidas que recuperem os indivíduos para o normal funcionamento social (Helman, 1994).

O consumo dos designados tecno-alimentos revela expressão crescente, em Portugal, demonstrada pela evidência empírica, tornando-se um exemplo da mercantilização dos produtos alimentares desenhados para uma vida saudável sendo estes, predominantemente, apropriados por mulheres de meia-idade, enquanto investimento na qualidade de vida no momento presente e na prevenção de doenças crónicas ou patologias agudas no futuro. É agora possível caracterizar, com maior robustez, os padrões sociográficos dos consumidores portugueses de alimentos funcionais, os quais, no que respeita ao sexo, idade, escolaridade e rendimento se alinham com os perfis descritos na bibliografia internacional publicada.

Aqui chegados importa responder à pergunta de partida: Quais as razões, num contexto de proliferação de soluções medicamentosas, para os indivíduos aderirem aos alimentos funcionais?

Duas explicações, sustentadas na exploração analítica dos discursos nos Grupos Focais, emergem como possíveis: (i) Substituição do medicamento e (ii) complementaridade com o medicamento. A noção de substituição remete para a avaliação valorativa de riscos associados a qualquer uma das opções sendo de admitir, em tese, duas hipóteses:

- Que o itinerário terapêutico se iniciou com o medicamento e que, em determinada fase, aquele foi interrompido (in)voluindo, num *ranking* terapêutico, de uma solução prescrita por um médico, ou farmacêutico, para uma outra, eventualmente, mais autónoma e menos medicalizada o que se afigura como hipótese pouco plausível considerando a significativa dependência da jurisdição médica nos casos de doença aguda ou crónica.
- Que o itinerário terapêutico se inicia com o alimento funcional, em alternativa ao medicamento, por iniciativa própria ou sob orientação técnica, na lógica de mais do que prevenir, retardar, a ingestão do medicamento, momento que muitos dos participantes nos Grupos Focais consideram mais ou menos inevitável, a médio ou longo prazo, considerando ser o corpo inescapável à degradação biológica e/ou à interação com o meio externo e aos contextos de doença que daí decorrem.

A segunda explicação remete para lógicas de simultaneidade ou alternância o que supõe, igualmente, algum controlo pericial ou a promessa de um efeito adicional, por vias da dieta, sem que tal corresponda a um incremento dos efeitos secundários, supostamente

imputável a um incremento da dose terapêutica do medicamento, se tal fosse a opção. A utilização como instrumento coadjuvante na lógica da diminuição das doses, ou da quantidade de medicamentos, que o doente toma já foi igualmente mencionada por outros autores (Stratton, et al., 2015:139). O cumprimento de um papel seja de retardador do contacto com o medicamento, ou de adjuvante da ação deste, seja nos sintomas mais evidentes, e de curto prazo, como o controlo do trânsito intestinal ou naqueles verificáveis somente a médio prazo, como é o controlo do colesterol, coloca o alimento funcional na mesma ‘caixa de ferramentas’ na qual se encontra o medicamento promovendo aquilo que pode ser descrito como um fenómeno de circularidade: a medicalização da sociedade favorece a aceitação, por parte dos indivíduos, de expedientes/soluções que intervêm no mesmo plano corporal que o medicamento (compostos bioativos, invisíveis) e dispensam investimentos, materiais e cognitivos, na alteração dos estilos de vida; os alimentos funcionais, antecipadamente ingeridos como objetos com limitado ‘prazo de validade’ terapêutica, posicionam-se nos primeiros degraus da escada terapêutica legitimando o uso mais tardio de soluções medicamentosas.

A presente investigação revelou como o consumo de alimentos funcionais integra, de forma natural, os hábitos alimentares de muitos portugueses expondo as subjetividades “subterrâneas”, associadas às disposições para o consumo de AF, e de como estas combinam o reflexivo com o espontâneo: as lógicas da prevenção convivem com a busca de resultados imediatos (saúde intestinal e os valores do colesterol); as lógicas do atrasar a toma de medicamentos interligam-se com a busca da gratificação pessoal; as lógicas da recusa/tensão da negatividade associada ao “químico” e “processado” não excluem a crença na evidência científica; a legitimação conferida por entidades e especialistas não renega a confiança nas redes de proximidade. A presente investigação permite comprovar a grande hipótese de que os alimentos funcionais, quando usados como instrumento terapêutico, por parte de consumidores com razoável nível informacional, integram o processo contemporâneo de “*medicalização*” da vida social, mesmo materializando-se aquele em práticas proto-medicalizadas, pois são utilizados enquanto agentes dotados de capacidades terapêuticas/preventivas mesmo que não diretamente sujeitos à jurisdição médica tradicional. Em muitos casos o diagnóstico classifica os sinais e sintomas, sem necessidade do discurso pericial legitimador, as tabelas nutricionais e as alegações de saúde dos alimentos substituem as tradicionais bulas dos medicamentos, a publicidade veicula mensagens que tomam doenças concretas como alvo e o micronutriente substitui o medicamento ambos atuando, de forma invisível, no interior do corpo humano.

Hibridismo alimentar e experimentalismo terapêutico

A fenomenologia do alimento funcional constrói-se, desde o início, pela afirmação de um potencial do alimento, inexplorado pela ciência, e até aí exclusivamente dedicado ao medicamento: o papel de compostos bioativos, ou metabólitos secundários, com efeitos fisiológicos, clinicamente testados. O Alimento funcional é, neste contexto, um produto que resulta da fusão da ciência alimentar, nutrição e medicina (Martirosyan & Singh, 2015:210). O alimento funcional na sua configuração múltipla, de crença na ciência, plasticidade no uso e gratificação na gestão dos itinerários quotidianos, abriu caminho à revalorização do alimento nos últimos 35 anos contribuindo para uma leitura mais global da modernidade alimentar: do alimento natural, ao qual se adicionam propriedades, ao alimento natural, no qual se descobrem novas propriedades. O alimento funcional impõe-se como um dos objetos constitutivos do atual hibridismo alimentar, o qual é uma das consequências sociais da progressiva especialização institucional do domínio alimentar. Este hibridismo, cada vez mais, despojado de momentos ritualizados constitui, para vários autores, um dos mais evidentes sinais da transformação da cultura alimentar: da refeição familiar tradicional aos designados ‘envolvimentos orais secundários’⁸²(Falk, 1994:30;31), na lógica de uma progressiva, e concomitante, individualização (personalização - o que se ingere) e individualismo (momento de consumo – como se ingere). Lupton (1996: 23) apesar de questionar a abordagem de Falk (1994:29) quanto ao carácter “não-ritual” (práticas comunitárias) da ingestão de substâncias “não-nutritivas”, com propósitos predominantemente gratificantes, e sensoriais, e não nutricionais (ex. doces, refrigerantes, álcool), reconhece o potencial heurístico dos designados ‘envolvimentos orais secundários’ para capturar alguns dos novos consumos típicos da modernidade alimentar. Não sendo esta classificação diretamente exportável para o alimento funcional, já que, embora, partilhando este com as guloseimas ou as pastilhas elásticas a componente gratificante, afasta-se no entanto pela presença de uma função simbólica vs. a função sensorial, no caso daqueles produtos, ela permite delimitar um campo analítico de objetos os quais, mais do que consumidos, são incorporados (porque ingeridos) tornando-se parte do *self* físico ou mental (Falk, 1994:38). Se admitirmos, como propõe Margaret Archer (2013:6), que os indivíduos perseguem projetos particulares de forma a responder às suas preocupações (*‘concerns’*) pessoais então o consumo de alimentos funcionais, enquanto integrante de processos de reprodução, reconfiguração ou redesenho identitário, constitui um exemplo de que o sentido

⁸² ‘Oral side-involvements’ no original

do *self* se constrói na relação com objetos que contribuem para a ancoragem material, dos indivíduos, ao mundo social. Os AF constituem-se como objeto privilegiado para a exploração analítica das dinâmicas observáveis, no consumo reflexivo do alimento vs. consumo vulgar, e da emergência de uma pluralidade de subculturas alimentares (Miele, 2006:344) tais como a produção local, orgânico e slow-food, para citar algumas. Estas refletem uma crescente hibridez nas práticas de consumo alimentar à medida que os sujeitos procuram combinar uma alimentação saudável com preocupações ambientais e estéticas, frequentemente modulados por constrangimentos económicos, numa negociação permanente entre desejos e contingências do quotidiano (Miele, 2006:345) ou, como refere Berger, entre desejos e necessidades (ex. alimento) sendo o papel dos agentes do marketing e da publicidade a manufatura do desejo e a tradução de coisas que desejamos em coisas que sentimos que necessitamos (Berger, 2010:52). O atual hibridismo alimentar escora-se, entre outros contributos, no experimentalismo terapêutico i.e. na permeabilidade dos sujeitos às mensagens veiculadas pela publicidade e a vontade, concomitante, de encontrar a ‘solução mágica’, personalizada, “numa sociedade de hiperconsumo circunstancialmente dopante mas estruturalmente perseguida pelas preocupações de prevenção e de ‘manutenção sanitária’” (Lipovetsky, 2009:246). A proliferação de alegações de saúde e nutricionais, associadas a uma pletera de alimentos, em particular os designados de funcionais, acoplada ao desejo de manipulação corporal, a caminho de um estado de ‘bem-estar’ permanente, estimulam processos de ‘tentativa-erro’ nomeadamente em territórios, como o alimentar, nos quais o risco é percecionado como baixo e a recompensa, a existir, meritória. A publicidade, por parte da indústria agroalimentar, desempenha, aqui, um papel de relevo tendo sido a Kellogg’s, em 1984, a primeira companhia a utilizar alegações de saúde (Kim et al., 2009: 529). A promoção/publicidade ativa das ‘qualidades’ dos alimentos funcionais, e das respetivas marcas com ressonâncias terapêuticas (tema abordado no capítulo 2), mas não de um estatuto classificativo autónomo, contribui para a sua perceção difusa, predominantemente como mais um iogurte ou mais uma margarina, com propriedades diferentes dos produtos “light” e, por via destas últimas, consumidos primariamente numa lógica funcionalista e não hedónica. Na prateleira do hipermercado, em Portugal, os AF não são objeto de classificação e organização espacial segregada. Enquanto, por exemplo, é visível, no corredor dos iogurtes, a organização destes por tipologias (ex. magros, líquidos etc.) não existe qualquer referência a “Funcionais” sendo que nalguns casos existe a indicação “Probióticos” a qual não é, genericamente, percecionada em associação com a designação ‘Funcional’. A generalidade dos utilizadores de AF tende a não considerar estes como um grupo homogéneo mas como um segmento de

uma determinada categoria de produtos (Urala & Lähteenmäki, 2003:158) dentro da qual apresentam propriedades com potencial de promoção da saúde e da performance, sendo este um fator de escolha multidimensional (Urala & Lähteenmäki, 2003:157).

A significativa variabilidade nos registos discursivos revela a pluralidade das relações estabelecidas entre os participantes dos grupos focais e os alimentos funcionais. Embora não tenha sido explorado, no decurso das sessões, é de admitir que os modos plurais de relação sejam, também, consequência de os AF não constituírem uma entidade associada a códigos e designações públicas como é o caso, por exemplo, dos produtos biológicos. A circunstância de os produtos biológicos estarem associados a processos de certificação, materializada num logotipo com enorme notoriedade pública, assim como a uma nomenclatura de carácter normativo ('bio', 'biológico'; produção biológica') estimula/facilita um consumo mais 'ideologizado' com motivações aspiracionais (ex. preocupações ambientais) associadas às motivações instrumentais (responder a necessidades nutricionais e/ou de saúde) enquanto no caso dos AF prevalecem exclusivamente as dimensões instrumentais numa lógica de relação com o produto individual e não com a categoria.

Esta relação, dessincronizada, entre produto e categoria, que o integra, pode igualmente ser observada no plano digital recorrendo-se, novamente ao Google Trends. A Fig. 1.7 evidencia a maior notoriedade digital de 3 dos principais AF, consumidos em Portugal, em comparação com a designação categorial o que não será, seguramente, alheio à publicidade de que aqueles são objeto contrariamente ao termo 'alimento funcional' de utilização mais circunscrita, sobretudo, em círculos esotéricos.

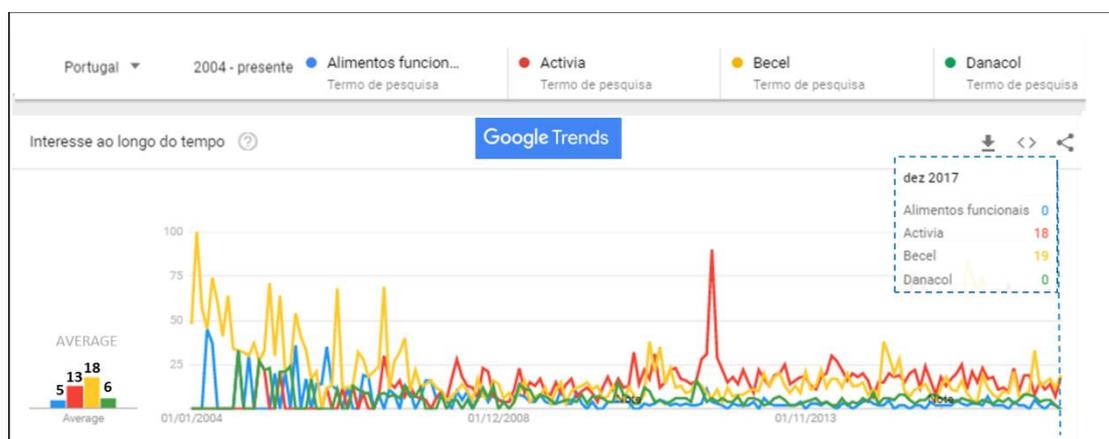


Figura 1.7 - Tendências de Pesquisa - Produtos

Fonte: Google Trends. Acedido em 05.12.2017

De acordo com a amostra (participantes dos grupos focais) os consumidores portugueses, com registos de consumo esporádico ou regular, ao ingerir um produto como o Actívia fazem-no, eventualmente, na lógica de uma relação exclusiva com aquele produto específico e não numa lógica ‘inclusiva’ de arrastamento para aquisição de outros produtos funcionais, para outros fins. O consumidor parece adquirir o Actívia enquanto mais um iogurte (existem aqueles com aromas, com pedaços e também com *Bifidus...*) e não porque integra uma categoria associada a um conjunto particular de atributos; este comportamento é exemplificado pela relutância de alguns consumidores de Actívia ou Danacol de aceitarem os ovos enriquecidos com Ómega 3. A normalização do consumo pode assim ser explicada pela vulgarização, não do conceito (e das representações sociais correlatas), que não existe, mas do valor de uso dos produtos, individualmente, considerados. Os registos discursivos permitem, pois, inferir que os AF são consumidos não em consequência da adesão a um qualquer estatuto que integre a ‘lexicografia’ leiga (termo só integra o ‘dicionário’ de estritos círculos esotéricos) mas como resultado de heurísticas múltiplas de ‘usabilidade’⁸³ que desafiam eventuais tentações epistémicas de enquadrar o consumo de AF em contextos de determinismo causal. A merecer futura exploração analítica é, no entanto, ainda de crer que a ausência de um processo de etiquetagem pública destes produtos contribua, igualmente, para explicar a perceção de baixo risco que lhes está associada e o correspondente uso “desdramatizado” em contexto da vida quotidiana.

Organização grupal

Em estreita conexão com as reflexões, atrás desenvolvidas, revela-se que os consumidores de alimentos funcionais não buscam modos de inclusão grupal (inexistência de formatos de associação específicos, homogeneização discursiva ou praticas reguladas por códigos de conduta) nem integram comunidades alimentares que partilham as mesmas “alimentalities” (BildtgArd, 2008:107;110). Não é, sequer, legítima a generalização das características dos seus utilizadores já que existem claras diferenças entre utilizadores de diferentes AF, de acordo com bibliografia disponível (Urala & Lähteenmäki, 2007:2). Conforme abordado no capítulo 5 constituem grupos desprovidos de pertenças ideológicas. Enquanto nos movimentos sociais contemporâneos, ligados à alimentação, como as associações de vegans e

⁸³ Termo aqui importado da ciência computacional (Jakob Nielsen, 1990;1994) que identificou 10 princípios com potencial explicativo para os processos cognitivos facilitados na relação entre utilizador e objetos ou sistemas. Disponível em: <https://dl.acm.org/citation.cfm?id=191729>

vegetarianos, movimentos a favor do comércio justo, ou do bem-estar animal, ou da produção local, se pode observar uma certa apropriação moral ou, como refere Sage, a recuperação de um sentido de moralidade no sector alimentar e agrícola (Sage, 2003:49), os consumidores de alimentos funcionais não integram redes alimentares alternativas valorativas de conceitos morais e ideológicos associados ao ‘bom alimento’ nem se envolvem em práticas discursivas, no domínio público, a propósito dos méritos relativos a cada tipologia de alimento (Sage, 2003:49). A ausência de conexões sistémicas, entre os utilizadores de AF, revela dinâmicas de consumo individualizadas, de carácter privado e portanto ‘apolíticas’ (Goodman & Dupuis, 2002:17) enquanto desengajadas de movimentos sociais formais, de afirmação ou resistência, no âmbito do sistema alimentar. Enquanto o resultado de um consumo reflexivo, mesmo se socio demograficamente estratificado (Ward et al., 2011:15), os alimentos funcionais são uma expressão dos processos de agência de sujeitos comprometidos com objetivos individuais de saúde e bem-estar correspondendo a modos de ação social ‘capilares’ e difusos (Goodman & Dupuis, 2002:19).

Cidadania Responsável

As opiniões formuladas no decurso dos grupos focais deverão, naturalmente, ser interpretadas enquanto expressões fragmentadas de narrativas mais substantivas. Estas refletem os impactos, no plano das subjetividades reflexivas, da mitologia neoliberal e do seu proselitismo sobre as responsabilidades partilhadas (Griesler & Veresiu, 2014: 842) e das dinâmicas sociais, por ela desencadeadas, como resposta a alterações históricas e societárias gigantescas: (i) incremento da esperança média de vida; (ii) incapacidade dos sistemas de segurança social de suportar, de forma sustentável, os encargos com a saúde e bem-estar dos cidadãos e (iii) desenvolvimento, sem precedentes, das tecnologias de informação e do respetivo potencial para induzir processos de capacitação e autonomização dos cidadãos. Procurando, de forma controlada, assegurar um progressivo processo de delegação de responsabilidades, do estado e corporações para os indivíduos, a ideologia neoliberal procura afirmar um ideal-tipo de cidadão do 3º milénio: informado, responsável, moralmente comprometido, consumista e agente ativo das democracias deliberativas enquanto promotor de julgamentos e escolhas (Khoury & Chalari, 2010:201) chamados a viver a vida como se de uma empresa, integrada numa ‘economia de esperança’, se tratasse (Petersen et al., 2010:393). Toda uma retórica discursiva tem vindo a ser desenvolvida, com particular envolvimento das instituições de saúde e do complexo biomédico, de forma a incrementar a literacia dos

doentes e assim contribuir para que estes possam, mais facilmente, compreender, manter e facilitar o respetivo cuidado (Meloncon & Frost, 2015: 11).

Portugal não se exempta deste processo de criação de sujeitos dotados de um novo estatuto social: o do “bom” cidadão responsável (Griesler & Veresiu, 2014:841), consumidor ativo de produtos e serviços, que não somente assume a responsabilidade pela sua saúde mas o faz valorizando a prevenção, a alimentação saudável, as opções alimentares de produção local (Derkatch & Spoel, 2017) e/ou biológica e ainda a defesa do ambiente. A identidade da classe enquanto ‘catálogo’ de atributos tem vindo a ser substituída pela identidade do grupo de pertença definido este em função de estilos de vida e padrões de consumo (Petersen et al., 2010:395.) O Programa de Alimentação Saudável da DGS, a Estratégia Nacional para a Agricultura Biológica apresentada em Março de 2017, a regulamentação e aplicação de taxas sobre a inclusão de sal, açúcar e gordura nos alimentos são, entre outros, componentes de uma ofensiva ideológica que se enquadra naquele propósito. Os cidadãos-utilizadores, mais ou menos passivos, dos serviços do estado-providência, das corporações instaladas e do complexo industrial farmacêutico, e do seu discurso paternalista, são agora metamorfoseados em agentes-empresendedores, e modelo de virtudes cívicas, fruto de uma sofisticada meta narrativa, com carácter moralizante, que se materializa por distintas fases (personalização, capacitação e responsabilização), e que mobiliza o conhecimento especializado como instrumento legitimador. Este processo visa estabelecer o consumidor-responsável como elemento central na resolução dos desafios sociais, criando um novo *ethos* consumista (Griesler & Veresiu, 2014:843), novos momentos de indispensabilidade e fruição e novos protocolos sociais. Esta lógica de coresponsabilização configurada em processos descendentes, de capacitação-delegação, e processos ascendentes, de gratificação, que assume expressão discursiva e material nos constructos “consumidor verde” e “consumidor saudável” (Griesler & Veresiu, 2014:845-848) procura, no que respeita a gestão das trajetórias de saúde e doença, substituir a matriz social redistributiva e protetora, incarnada no designado estado-social, pela naturalização de estilos de vida salutogénicos (Sarsina et al., 2012), renovação da oferta de mercados tradicionais (ex. alimentação e alimentos funcionais) e criação de novos mercados (ex. fitness e running).

Biopolítica da Prevenção

Considero, com base nos resultados da presente investigação, que o consumo de alimentos funcionais pode constituir um oportuno fenómeno social com potencial para iluminar as zonas

de sombra do que pode ser designada como biopolítica da prevenção do século XXI. Esta, ao ‘refocar’ os processos preventivos em saúde, numa lógica predominantemente individualizada, deslocou o equilíbrio na gestão das antinomias danos vs. proteção: do eixo risco-proteção para o eixo risco-segurança. Ao fazê-lo estimula, e suporta, aquele que alguns autores, como Rosalyn Diprose, classificam como um novo paradigma de gestão do risco que infiltrou a gestão da saúde pública, nos países ocidentais, designado de “Pré-esvaziamento”⁸⁴ (Diprose, 2008:141). Mobilizando conceitos da área da segurança, nomeadamente o papel vigilante de cada cidadão, na identificação de situações suspeitas, ou o medo como catalisador da ação, para a área da saúde, erige a precaução como norma e os cidadãos como agentes pró-ativos na antecipação de ameaças corporais e suporte de um estado de permanente alerta social. Esta abordagem de vigilância ativa sobre os futuros danos na saúde, os quais podem ser antecipadamente prevenidos/evitados, coloca a ênfase interventiva cada vez mais a montante (autodiagnóstico, autoavaliação, busca de alternativas alimentares etc.) da trajetória ‘pré-clínica’ ou do estado de ‘proto-doente’ como lhe chamou De Swan (1990: 60) relevando o papel do indivíduo vs. a sociedade (sistemas de segurança e apoio social) e da esfera privada vs. o espaço público (Diprose, 2008:144). De forma cada vez mais generalizada os processos de cognição associados à saúde são contrastados com ‘preocupações’ (Archer, 2013: 6) relativas aos alimentos ingeridos, higiene, atividade física e ambiente tentando prolongar o estado de ‘ainda-não-doente’ (de Swaan, 1990: 57). A urgência em conhecer e intervir baseia-se na necessidade de construir proteções contra o medo de uma, antecipada, degradação corporal sendo que desenvolvimentos corporais normais, como o envelhecimento, são percecionados como danos a evitar ou a atrasar o respetivo surgimento. Esta biopolítica da prevenção tenderá a criar novas clivagens sociais, supostamente afastadas das ‘antigas’ determinantes sociais (classe, escolaridade, desigualdade no acesso etc.), e cristalizadas em cidadãos ‘responsáveis’ por um lado e ‘vítimas’, corpos que sofrem e necessitam de atenção quanto à sua saúde, por outro (Castiel et al., 2016: 100).

Esta biopolítica da prevenção conta com o contributo da indústria farmacêutica, e o respetivo marketing do medo (Moynihan et al., 2002: 889), das campanhas de dramatização social desenvolvidas pelas autoridades de saúde, ou impostas por via regulamentar, das quais uma das mais conhecidas é a inclusão, nas embalagens dos maços de tabaco, de imagens chocantes (Diprose, 2008: 143) e, ainda, da tutela do regime médico a qual assegura o funcionamento do sistema de vigilância médica consagrando, no seu conjunto, um conjunto

⁸⁴ “Pre-emption” no original

de sinais e alertas preditivos, aquilo que Swaan designou de *'distant early warning system'* (de Swaan, 1990: 60) mobilizadores dos indivíduos para a ação. Esta biopolítica pressupõe, não só, a mobilização ativa dos doentes e proto – doentes mas, em particular, uma crescente capacitação daqueles para a *'autogestão'* dos processos preventivos e mesmo clínicos. Esta proposta de *'delegação'* de poder, por parte da medicina, tem conhecido interessantes evoluções conceptuais: de um processo de decisões partilhadas, sob a designação de *'cuidados centrados no doente'* (Richards et al., 2015) para a *'saúde colaborativa'* (Millenson, 2017:1). O conceito de *'cuidados centrados no doente'*, desenvolvido na última década do século XX, encontra-se, passados poucos anos, sob questionamento pelas instituições da biomedicina porquanto incapaz de responder ao avanço avassalador da digitalização, de todas as esferas da vida, e ao novo quadro social que daí resulta, em que se admite que o médico virá a desempenhar um papel mais modesto (Millenson, 2017:2), na gestão do bem-estar dos indivíduos, se é que algum (Godlee, 2017.1). Quanto às dinâmicas sociais, em gestação, a grande interrogação relaciona-se com os futuros contornos de um novo ecossistema de cuidados de saúde com novos atores e novas relações (Millenson, 2017:2) e o papel que o modelo de *'saúde colaborativa'* nele desempenhará.

Seria, no entanto, ilusório admitir que o complexo médico poderia abdicar do respetivo poder por razões de altruísmo social; o que se verifica é que o fenomenal desenvolvimento das tecnologias de informação está a obrigar a processos adaptativos que visam manter a capacidade de influência da biomedicina metamorfoseando-se esta da prescrição autocrática para a negociação qualificada. Como é explicitamente referido numa publicação dedicada ao tema pelo BMJ (British Medical Journal), um dos mais conceituados jornais médicos, se as competências dos clínicos se mantêm, os fluxos de conhecimento alteraram-se:

“O valor da medicina depende do conhecimento e nas últimas duas décadas o fluxo do conhecimento foi submetido a uma mudança significativa; dum sistema fechado para uma rede aberta” (deBronkart, 2015:19)

A biopolítica preventiva ao combinar cidadãos *'emancipados'* do saber médico (deBronkart, 2015:21) com instituições e médicos colaborativos assegura, em simultâneo, as condições para uma maior responsabilização dos cidadãos (e a conseqüente desresponsabilização institucional) e a disseminação da fenomenologia da medicalização, agora, não imposta, de acordo com o aforismo *“o médico sabe melhor que ninguém”* (deBronkart, 2015:19), mas integrando de forma reticular o quotidiano digital e conectado dos

cidadãos (Fig. 2.7). Esta biopolítica afirma-se, no plano das dinâmicas sociais, pela transferência para os processos preventivos, de autovigilância e autogestão, dos mecanismos cognitivos e práticos já, hoje, exercidos por milhões de doentes com doença crónica e as rotinas e automatismos que foram incorporando e um saber “de experiência feito” que foram assimilando. Afirma-se no plano político pelo incremento das políticas públicas e privadas, nacionais e transnacionais, de desenvolvimento de instrumentos e técnicas capazes de incrementar a capacidade autogestionária acima mencionada conforme orientações expressas emitidas pela Comissão Europeia (European Commission, 2014) na sequência do Green Paper desta instituição com objetivos identificados no que respeita o binómio saúde e mobilidade (European Commission, 2014).

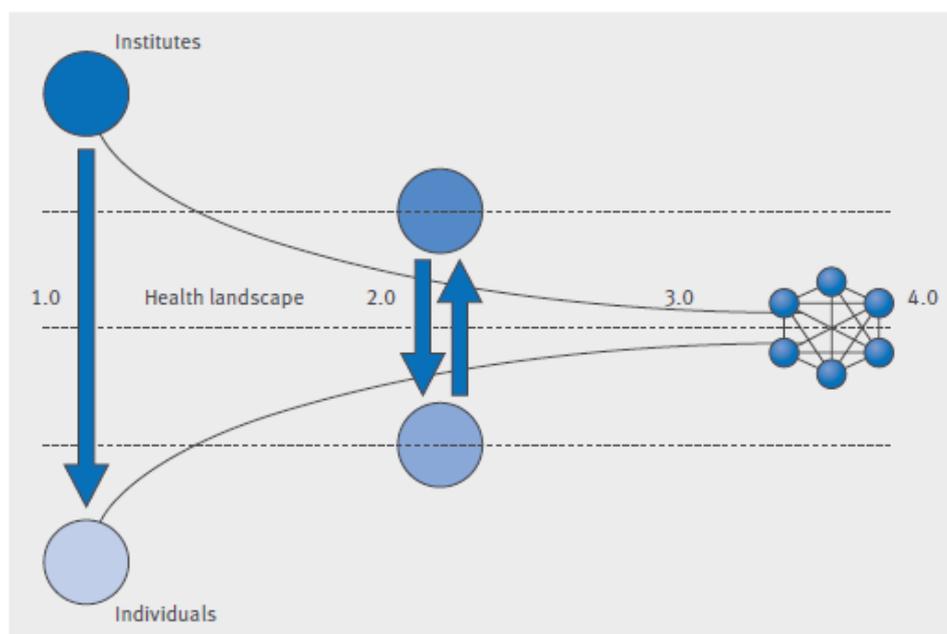


Figura 2.7 - Território da saúde: relação instituições-indivíduos

Fonte: BMJ; 14 February 2015. SPOTLIGHT, page 19

Naturalmente que outras dimensões, que se afastam da perspetiva sociológica, podem ser invocadas, em particular se a adesão, e em alguns casos entrega, dos indivíduos a este estado de vigilância aumentada (de Swaan, 1990: 60) se inscreve em abordagens micro, próximas da psicologia da saúde como a “Protection Motivation Theory” (PMT), que valoriza o medo como a principal motivação (Milne et al., 2000), ou o “Health Adherer Effect” (indivíduos que mais aderem à prescrição médica são igualmente aqueles que mais adotam comportamentos promotores de saúde tais como alimentação saudável, atividade física).

O conjunto sistêmico de normas, orientações, regulamentos e uma pletera de opções e escolhas, que estruturam as identidades dos consumidores, confronta-se com saliências tecnológicas de alcance, dificilmente imaginável, (autodiagnóstico e monitorização; inteligência artificial; fármaco e nutri genômicas; internet das coisas; reprogramação do ADN etc.). Admite-se que daqui resultarão novas dinâmicas sociais geradoras de um novo agente social (simultaneamente utente/cliente/doente/consumidor e expert) e novas tendências de consumo que poderão vir a configurar um novo contrato social para a saúde: a saúde passa a ser a capacidade de cada um se ajustar, ao meio, e se autogerir (Sarsina et al., 2012:3). A área alimentar, porque integrante do quotidiano dos cidadãos, e perímetro da mais imediata intervenção, será palco de permanentes tensões entre as estratégias da indústria agroalimentar e os equipamentos e tecnologias percussores de consumos autónomos, por um lado, e, por outro, novas ambiguidades de esperança veiculadas por sujeitos empenhados e estimulados a construir e preservarem corpos mais saudáveis, resistentes e esteticamente aprimorados:

“ Dieting is probably the strictest form of self-coercion, day by day, hour by hour, in which people in modern society engage. (de Swaan, 1990: 59)”

O futuro dos alimentos funcionais é, assim, incerto já que convivem dinâmicas sociais, e de mercado, não coincidentes. A crescente tendência de valorização da rotulagem simples e transparente (“clean label”) associa-se a uma recusa, ou resistência, aos alimentos com composição nutricional complexa sobretudo se estiverem presentes compostos marcadamente artificiais ou perçecionados como tal. A fortificação de alimentos “normais” com minerais, vitaminas, probióticos, ómega 3 e outros ingredientes aproxima-se, perigosamente, desta nebulosa cognitiva em consequência das perçções negativas geradas pela adição de componentes com ressonâncias químicas e do progressivo favorecimento, sobretudo por parte das gerações mais novas (geração Z também conhecida como iGeneration)⁸⁵, de abordagens minimalistas no que respeita os alimentos ingeridos e sobretudo processados. Na medida em que a tendência “clean label” evoluirá para “clean food” o conceito de ‘natural’ tenderá, mais uma vez, a transmutar-se por oposição ao “cultivado/produzido em laboratório” tornando, eventualmente, mais intensa a competição dos alimentos funcionais com os super alimentos, enquanto escolha saudável. Por outro lado a fortificação de alimentos-veículo, com ingredientes bioativos, apresenta um largo campo de aplicação já que o processo de enriquecimento dos ovos, com Ómega 3, pela via da intervenção na alimentação das galinhas, pode ser extensivo a outras espécies animais, que possam ser reproduzidos e criados em

⁸⁵ Habitantes que nasceram após 1995

espaços controlados, como é o caso da aquacultura⁸⁶. Os desafios alimentares, sobretudo das sociedades ocidentais, podem vir a gerar um contexto em que a ingestão de alimentos funcionais não corresponde, unicamente, a uma escolha autónoma do utilizador/consumidor mas a um condicionamento na oferta o que parece evidente no caso dos produtos marinhos em que, por razões de escassez de recursos ou condicionantes de sustentabilidade, o consumo de peixe criado em aquacultura tende a ultrapassar o consumo daquele em estado selvagem.

Pistas de Investigação futura

Constituindo os alimentos funcionais um objeto não somente dotado de grande plasticidade mas integrado num contexto social, de um dinâmico experimentalismo terapêutico, a presente investigação sugere as seguintes pistas para reflexão futura: (i) de que forma profissões em consolidação (ex. Nutricionistas) promovem e se associam a este tipo de produtos; (ii) de que forma vai evoluir o *continuum* bem-estar – prevenção – doença e de que formas se revestirá o ‘convívio’ entre o alimento funcional e outras ofertas da modernidade, em particular, no contexto de uma progressiva convergência entre as indústrias farmacêutica e agroalimentar.

Apesar da expressão social que o consumo de alimentos funcionais assume, em Portugal, e do processo de afirmação social dos nutricionistas, enquanto profissão que promove os referenciais da alimentação saudável e ‘correta’, não é conhecido qualquer estudo ou publicação⁸⁷ que revele as atitudes ou disposições prescritivas destes profissionais relativamente ao objeto investigado nesta tese. Esta realidade não é muito distinta daquela observada, em particular, na Europa refletindo-se em reduzida, e não muito recente, bibliografia publicada (Marset, et al., 2012: 632). Comparativamente, a bibliografia relativa ao continente americano é mais abundante (Lee, et al, 2000; Sheeshka & Lacroix, 2008; Hasler & Brown, 2009). A exploração analítica e teórica do papel, presente e futuro, dos Nutricionistas portugueses na fenomenologia do alimento funcional é tanto mais relevante enquanto, potencialmente, reveladora das racionalidades que dominam a profissão no que respeita a delimitação do perímetro de atuação e respetivas fronteiras com outros profissionais que procuram intervir na área alimentar, como seja o caso dos médicos de família, a

⁸⁶ EU- Horizon 2020 – SEAFOODTOMORROW - Project ID: 773400. Um dos subprojectos, sob coordenação portuguesa, do IPMA, propõe-se o desenvolvimento de produtos marinhos fortificados com ingredientes (ex. vitaminas) adequados para segmentos populacionais específicos (Idosos, jovens e grávidas). Disponível em: http://www.cordis.europa.eu/project/rcn/212397_en.html

⁸⁷ Pesquisa na Internet, no dia 09 de Setembro de 2017, revelou a ausência de qualquer referência sobre o tema.

construção da credibilidade e respeitabilidade, o julgamento crítico das tecnologias alimentares e o papel do alimento na gestão do bem-estar, saúde e doença. E será, seguramente, estimulante enquadrar essa investigação no contexto de pesquisa internacional, já efetuada, a qual apresenta resultados desalinhados no que respeita as opiniões dos técnicos da nutrição quanto aos potenciais benefícios do consumo de alimentos funcionais *versus* a adesão a uma dieta considerada saudável (Marset, et al., 2012: 642), a recomendação de AF a consumidores saudáveis, numa lógica preventiva, *versus* a utilização estrita em contextos de doença ou a própria utilização para uso pessoal (Sheeshka & Lacroix, 2008: 125). De particular interesse analítico será o mapeamento das racionalidades associadas ao AF no que respeita a substância do conceito – benefícios para a saúde a partir de um único produto e do respetivo componente funcional (Urala & Lähteenmäki, 2007:1) – no confronto com o cânone dos nutricionistas o qual desvaloriza o componente individual a favor de uma alimentação rica e variada (Patch et al., 2004:24). A realidade americana, por seu lado, revela um contexto de significativa medicalização da atividade profissional dos Dietistas/Nutricionistas expressa na Declaração da Associação Americana de Dietistas (AAD) sobre os alimentos funcionais (Hasler & Brown, 2009) a qual enuncia os compromissos dos dietistas na utilização do alimento como “terapêutica nutricional médica”⁸⁸ e, nessa lógica, a utilização de AF constitui um importante componente da respetiva prática profissional (2009:736). Importa sublinhar que, segundo a AAD, o conceito de alimento funcional engloba 4 categorias distintas (alimentos convencionais, alimentos modificados – fortificados ou enriquecidos, nutrição clínica e alimentação especial – infantil, sem alergénios) e que alguns estudos do início do século XXI já indicavam significativa adesão dos dietistas americanos aos alimentos funcionais, convencionais, enquanto integrantes de uma abordagem terapêutica não convencional (Lee, Georgiou, & Raab, 2000). Seguramente que a juventude da criação da respetiva Ordem explicará o atual foco na afirmação institucional (definição de códigos e normas), profissional (indispensabilidade da sua presença nos cuidados de saúde primários e secundários do SNS) e social (acesso aos *media*) e a inexistência de documentos programáticos, ou estratégicos, que clarifiquem o posicionamento dos nutricionistas portugueses perante desafios candentes da pós-modernidade alimentar como é o caso da relação dos alimentos funcionais com uma alimentação saudável, ao contrário de organizações mais maduras e consolidadas como é o caso da Academia Americana de Nutrição e Dietética que em Janeiro de 2017 publicou a respetiva “Visão”, para os próximos

⁸⁸“ medical nutrition therapy (MNT)” no original

10-15 anos, quanto ao caminho selecionado para a afirmação da profissão (Kicklighter, et al., 2017). A ausência desta informação torna ainda mais relevante a exploração empírica e analítica das subjetividades que enformam a atual prática dos nutricionistas portugueses a qual, segundo alguns autores, constituía tão-somente um apêndice da prática médica na institucionalização do modelo estético (Lopes, 2006:168).

Na justa medida em que uma visão holística dos cuidados de saúde, para além dos parâmetros biomédicos, se vai reforçando enquanto dinâmica social, alguns autores sugerem que tal terá repercussões na relação dos nutricionistas com os seus clientes já que as dimensões associadas ao bem-estar podem constituir suporte para uma abordagem nutricional, centrada no cliente, facilitando pontes entre os imperativos biomédicos e as subjetividades dos sujeitos (McMahon et al., 2016:76). Mais do que uma prática baseada na evidência, e o respetivo arsenal de tabelas nutricionais, modelos de cálculo de dietas, rastreios metabólicos e antropométricos, o nutricionista, num território crescentemente medicalizado (Patch et al, 2004:24), será desafiado a ir para além de um mero tradutor de factos científicos (McMahon et al., 2016:83) assumindo-se como um *personal-coach* nutricional de sujeitos dotados de novas autonomias, e saberes, num quadro de relações de poder distintas das atuais (baseadas na assimetria do conhecimento técnico) a gerar tensões e dinâmicas a justificar o interesse sociológico.

A tradicional segmentação dicotómica entre saúde e doença foi, durante muito tempo, percecionada e vivenciada na lógica da normalidade biológica; era ‘normal’ que, no contexto de vidas mais curtas, os quadros de saúde se associassem a escalões etários mais jovens, e em crescimento, e os quadros de doença a escalões etários mais avançados e em diferentes estádios de degradação corporal. Os desenvolvimentos sociais, económicos, técnicos e científicos vieram, progressivamente, a prolongar a esperança média de vida (80,62 anos para o total da população portuguesa segundo os últimos dados revelados pelo INE) ampliando o espaço intermédio, entre dois contextos polarizados, o qual tem vindo a ser preenchido por uma paleta alargada de fluxos voláteis, marcados pelo consumismo e particularismo, que se procuram prolongar no tempo atrasando (prevenindo) a inexorável chegada da doença, período em que o mal-estar passa a condicionar as identidades e a dominar as subjetividades. De facto, como sublinham Graça Carapinheiro e Tiago Correia, “não é possível traçar, numa linha contínua, a divisão entre saúde e doença” (2015:7). Entre um estado, quase puro, de saúde absoluta e um estado, impuro, de doença têm vindo a impor-se processos, e intervalos espaço-temporais, de auto preservação holística do ‘bem-estar’ os quais, pela sua natureza, são permeáveis aos apelos do hiperconsumo e às preocupações de “manutenção sanitária”

(Lipovetsky, 2009 [2006]:246) assim como às ideologias veiculadoras dos imperativos da prevenção e do designado ‘autocuidado’. O conceito de ‘bem-estar’ é um constructo que não suporta uma definição única mas remete para um conceito mais holístico, que o de estrita saúde física, e associado a subjetividades avaliativas do curso e trajetória de vida dos sujeitos (Ares et al., 2014:61). A natureza multidimensional do conceito associado a saúde e escolha alimentar, no discurso público da última década (McMahon et al., 2016:76), e a representações tão distintas quanto ‘saúde’, ‘felicidade’, ‘tranquilidade’, ‘paz’, ‘prazer’ e ‘conforto’ (Ares et al., 2014:63), apresenta potencial para se constituir enquanto domínio de investigação sociológica e de exploração analítica e teórica da complexidade e amplitude dos processos reflexivos na pós-modernidade. Investigação recente, sobre o tema, revela o percecionado, importante, contributo (indireto) do alimento para o bem-estar *via* o respetivo contributo direto para a saúde física sugerido pela saliência cognitiva atribuída ao contributo dos ‘bons’ (ex. frutos e vegetais) e ‘maus’ alimentos (ex. gordura, sal, açúcar e frituras) (Ares et al., 2014:64). Apesar de ingredientes funcionais (ex. probióticos) não terem sido, neste estudo, espontaneamente, associados a bem-estar (Ares et al., 2014:64), podendo especular-se que tal se deve à reduzida notoriedade destas categorizações técnicas, fora dos círculos especializados, o papel da crescente oferta de alimentos funcionais constituirá, seguramente, terreno fértil para a investigação sociológica, em particular da medicalização da vida diária, já que a valorização da componente ‘saúde’ pode constituir indicador da presença e penetração social do modelo médico mas, por outro lado, a associação de bem-estar a ‘qualidade de vida’, e a respetiva associação á componente emocional e intelectual, pode contribuir para “desmedicalizar” o conceito (Ares et al., 2014:65).

Apesar de ser aceite como um conceito difícil de definir e mensurar (Ares et al., 2014:65) o Instituto Nacional de Estatística (INE) produz um índice de bem-estar⁸⁹ o qual se desagrega em 10 domínios de análise que procuram ‘emoldurar’ as condições materiais de vida das famílias e a qualidade de vida (fig. 3.7) e que pode constituir material empírico relevante para futuras análises sociológicas.

⁸⁹ Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indbemestar

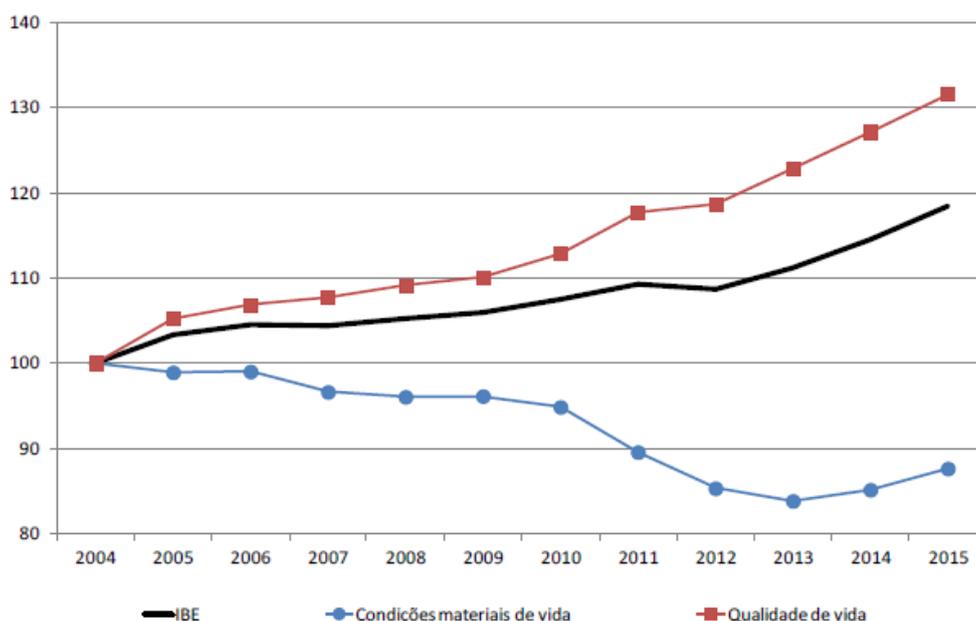


Figura 3.7 - Índice de bem-estar 2004 - 2014

Fonte: INE

A reflexão sociológica, presente e futura, suscitada pela presente Tese e as múltiplas ramificações, analíticas e teóricas, conexas podem contribuir para um novo estatuto epistemológico do alimento e, quiçá, o revigoração da ‘nutrição, saúde e bem-estar’ enquanto domínio sociológico amplo progredindo do “interesse sociológico no alimento para as sociologias do alimento” (Poulain, 2017[2002]:113-116).

Notas finais

A presente investigação procura corresponder a um espaço de problematização original, e teoricamente informada, no contexto de uma contemporaneidade marcada pela tensão entre duas grandes dinâmicas sociais estruturantes: autonomia dos atores/sujeitos vs. a regulação institucional. No âmbito de uma realidade alimentar complexa, cheia de patamares e dimensões, alimentada por um quadro de ecletismo informacional, procura fornecer um quadro analítico/explicativo da expressão do consumo de AF, entre a população portuguesa, e os distintos modos de relação estabelecidos entre os consumidores/utilizadores e a variedade de produtos disponíveis. Objeto com estatuto ambíguo, na dupla fronteira entre alimento e medicamento e entre o natural e o processado, colocou desafios epistemológicos e metodológicos, já anteriormente sublinhados por Noémia Lopes (2015:151), os quais se procurou resolver, desde logo, pela parametrização do campo de análise, construção e

delimitação do eixo central da pesquisa assim como a definição de categorias analíticas, com potencial para capturar as finalidades de uso, e indicadores de frequência de consumo capazes de suportar inferências teoricamente orientadas.

Não tendo como substrato um pensamento coletivo, comum, o consumo de AF é organizado por um conjunto de dimensões cognitivas e práticas que, em contextos sócio - espaciais, específicos, mobilizam e articulam diferentes recursos que asseguram relações de continuidade (consumo regular) ou descontinuidade (consumo esporádico) entre utilizador e produto e alimentam saberes que constroem e reconstroem a experiência quotidiana. O cruzamento dos resultados empíricos com o questionamento teórico revela modos de relação plural, dos utilizadores com os AF, mesclando lógicas/motivações mais ideologizadas (prevenção) com outras mais pragmáticas (regulação imediata do trânsito intestinal) ou de carácter experimentalista. Estes modos de relação constituem a expressão material de 3 racionalidades identificadas: Aspiracional, instrumental e pragmática. Ilumina ainda, por um lado, como a disseminação da medicalização se perpetua pela reactualização do papel terapêutico do alimento, já enunciado por Hipócrates e, por outro, como a utilização do AF corresponde a uma ampliação dos recursos terapêuticos disponíveis, questionando margens e fronteiras e, por essa via, estimulando processos instrumentais na gestão do corpo e do binómio saúde-doença, numa lógica de preservação ou conquista do ‘estar bem’, enquanto negociação permanente do indivíduo com a sociedade. Este processo negocial, que modela o percurso social do utilizador de AF, e recria ou readapta a respetiva identidade, convoca, em permanência, subjetividades alimentadas por um jogo de invisibilidades no interior do corpo já que a prevenção do invisível (ex. colesterol) se faz com recurso a instrumentos invisíveis (ex. micronutrientes adicionados ao alimento veículo).

Apesar de se admitir que os alimentos funcionais podem corresponder a terrenos periféricos, ou marginais, da sociologia da saúde (tomando esta como núcleo, central, a dominância médica) propõe-se a presente investigação, enquanto exercício de decifração sociológica, de um fenómeno historicamente recente, constituir um contributo substantivo para sublinhar o papel das ciências sociais, e em particular da sociologia, na reflexão sobre saúde e corpo no Portugal contemporâneo. Conceitos desenvolvidos na presente Tese tais como ‘triangulação terapêutica’, ‘práticas proto-medicalizadas’ ou ‘biopolítica da prevenção’ podem reforçar o arsenal conceptual da sociologia, numa lógica de banda larga, na sua missão de descodificar o corpo ‘sentido’ no corpo ‘pensado’.

A alargada paleta de consumos de saúde, em contexto de uma sociedade portuguesa em acelerado processo de mutação, não somente no que respeita os hábitos alimentares, mas

igualmente quanto a uma relação mais exigente com o corpo, e mais submissa ao poder das redes sociais e do universo digital, exige um olhar sociológico menos comprometido com molduras teóricas dicotômicas e, nessa medida, mais capaz de mapear, no plano das percepções, racionalidades e atitudes, as dinâmicas dos grupos sociais, mais expressivos, mas igualmente as subtilezas do indivíduo não categorizável, pluralista, mobilizador de distintos recursos em distintos arranjos espaço-temporais, utilizador ávido de objetos seja uma lógica instrumental ou simbólica. Um olhar sociológico capaz de compreender o potencial epistémico das áreas de intersecção entre os domínios da Sociologia da Saúde, da Alimentação e do Consumo. A lógica dos silos analíticos, embora conhecendo relevantes exceções (ex. Noémia Lopes – Culturas de Performance e Mónica Truninger – Alimentação e Consumo) continua a marcar presença na sociologia portuguesa debilitando a capacidade desta de problematizar, teórica e metodologicamente, novas dinâmicas sociais que se caracterizam pela sua transversalidade e fragmentação.

A relação, descomplexada, de um volume assinalável de consumidores com os alimentos funcionais sinaliza as disposições, assim como os processos de deliberação reflexiva, para uma gestão integral e multidimensional dos estados de saúde e bem-estar e para a disseminação da medicalização catalisada pelo progresso tecnológico, sobretudo no que respeita os meios de diagnóstico e autodiagnóstico, e a consequente ‘patologização’ dos mais comuns episódios quotidianos. O alimento funcional enquanto objeto empírico e teórico, poliédrico, simboliza o poder transformador da tecnologia/forças do mercado na transformação de um objeto ordinário num objeto extraordinário, dotado de propriedades e simbologias, que alimentam o autocentramento do *homo consumens* como lhe chamou Bauman (2006 [2003]:94).

O “hedonismo experiencial” (experiências que promovem prazer de que fala Lipovetsky (2009: 55) cria então um paradoxo: indivíduos mais livres mas, simultaneamente, prisioneiros de soluções técnicas, atores sociais da vida consumista que “favorece a leveza e a velocidade” (Bauman, 2006 [2003]: 72). Para estes o consumo emocional e simbólico de produtos de saúde, e das marcas que os veiculam, constitui um ato natural na lógica dos corpos produtivos que se apropriam do quotidiano, “dominando-o” em seu favor.

Bibliografia

- European Commission. (2010). *Functional Foods*. Brussels: Directorate-General for Research. FP7 cooperation-Food 24194 EN, disponível em:ftp://ftp.cordis.europa.eu/pub/fp7/kbbe/docs/functional-foods_en.pdf.
- European Commission. (2014). *Healthcare in your pocket: unlocking the potential of mHealth*. Obtido de http://europa.eu/rapid/press-release_IP-14-394_en.htm
- European Food Information Council. (2011). *FOOD TODAY 11/2011. Controlo da Segurança Alimentar na União Europeia*. Obtido de <http://www.eufic.org/article/pt/artid/Controlo-Seguranca-Alimentar-Uniao-Europeia/>
- Abraham, J. (2010). The Sociological Concomitants of the Pharmaceutical Industry and Medications. In C. E. Bird, P. Conrad, A. A. Fremont, & S. Timmermans (eds.), *Handbook of Medical Sociology (sixth edition)* (pp. 290-308). Nashville: Vanderbilt University Press.
- Aiello, M. (2011). Functional Foods: Between New Consumption Trends and Renewed Perceptions of Health. *Italian Sociological Review*, 1, 3, pp. 45-58.
- Allsop, J., Jones, K., & Baggott, R. (2004). Health consumer groups in the UK: a new social movement? *Sociology of Health & Illness*, Vol. 26(6), pp. 737-756.
- Anderson, E. (2014). *Everyone eats. Understanding Food and Culture, Second Edition*. New York: New York University Press.
- Anisimova, T. (2016). Integrating Multiple Factors Affecting Consumer Behavior Toward Organic Foods: The Role of Healthism, Hedonism, and Trust in Consumer Purchase Intentions of Organic Foods. *Journal of Food Products Marketing*, VOL. 22, NO. 7, pp. 809–823.
- Annunziata, A., & Vecchio, R. (2011). Factors Affecting Italian Consumer Attitudes Toward Functional Foods. *AgBioForum*, 14(1), pp. 20-32.
- Annunziata, A., Vecchio, R., & Kraus, A. (2015). Awareness and preference for functional foods: the perspective of older Italian consumers. *International Journal of Consumer Studies* 39, pp. 352–361.
- Archer, M. (2013). Reflexivity. *Sociopedia.isa*, pp. 1-14.
- Ares, G., & Gámbaro, A. (2007). Influence of gender, age and motives underlying food choice on perceived healthiness and willingness to try functional foods. *Appetite* 49, pp. 148-158.
- Ares, G., Saldamando, L. D., Giménez, A., & Deliza, R. (2014). Food and wellbeing. Towards a consumer-based approach. *Appetite*, 74, pp. 61–69.
- Arksey, H. (1994). Expert and lay participation in the construction of medical knowledge. *Sociology of Health & Illness* Vol. 16 No. 4, pp. 448-468.
- Bachelard, G. (1966 [1949]). *Le Rationalisme Appliqué*. Obtido de http://classiques.uqac.ca/classiques/bachelard_gaston/rationalisme_applique/rationalisme_applique.pdf
- Bäckström, A., A.-M.Pirttilä-Backman, & Tuorila, H. (2003). Dimensions of novelty: a social representation approach to new foods. *Appetite*, Volume 40(3), pp. 299-307.
- Bardin, L. (2016 [1977]). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Baron, J. H. (2009). Sailors' scurvy before and after James Lind – a reassessment. *Nutrition Reviews* Vol. 67(6), pp. 315–332.

- Bauer, M. W. (2009). The evolution of public understanding of science - discourse and comparative evidence. *Science, technology and society*, 14 (2), pp. 221-240.
- Bauman, Z. (2006 [2003]). Dentro e fora da caixa de ferramentas da sociabilidade. In Z. Bauman, *Amor Líquido* (pp. 94-99). Lisboa: Relógio d'Água.
- Bauman, Z. (2006). *Amor Líquido: sobre a Fragilidade dos Laços Humanos*. Lisboa: Relógio d'Água.
- Bauman, Z. (2007). *Consuming Life*. Cambridge: Polity Press.
- Bech-Larsen, T., & Grunert, K. G. (2003). The perceived healthiness of functional foods. A conjoint study of Danish, Finnish and American Consumers' perception of functional foods. *Appetite* 40, pp. 9-14.
- Bech-Larsen, T., & Scholderer, J. (2007). Functional foods in Europe: consumer research, market experiences and regulatory aspects. *Trends in Food Science & Technology* 18, pp. 231-234.
- Beck, U. (2002 [1986]). *Risk Society. Towards a New Modernity*. London: Sage Publications Ltd.
- Bender, D. E., & Ewbank, D. (1994). The focus group as a tool for health research: issues in design and analysis. *Health Transition Review*, vol.4(1), pp. 63-79.
- Berger, A. A. (2010). *The Objects of Affection: Semiotics and consumer culture*. New York: Palgrave Macmillan.
- Berger, P., & Luckmann, T. (2010). *A Construção Social da Realidade, 3ª edição*. Lisboa: Dinalivro.
- BildtgArd, T. (2008). Trust in food in modern and late-modern societies. *Social Science Information*, Vol 47(1), pp. 99-128.
- Blum, S. (2013). *The Immune System Recovery Plan*. New York: Scribner.
- Boudon, R. (1979). *La Logique du Social*. Paris: Hachette.
- Bourdieu, P. (1984 [1979]). *Distinction. A Social Critique of the Judgement of Taste*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- British Medical Association. (2015). *Self Care: question & answer*. Obtido de www.bma.org.uk/-/.../plg_selfcare_jan2015.pdf
- Bryman, A. (2006). Integrating quantitative and qualitative research: how is it done? *Qualitative Research*, vol.6(1), pp. 97-113.
- Buchler, S., Smith, K., & Lawrence, G. (2010). Food risks, old and new. Demographic characteristics and perceptions of food additives, regulation and contamination in Australia. *Journal of Sociology*, Volume 46(4), pp. 353-374.
- Cappellini, B., Parsons, E., & Harman, V. (2015). 'Right Taste, Wrong Place': Local Food Cultures, (Dis)identification and the Formation of Classed Identity. *Sociology*, Vol. 50(6), pp. 1089-1105.
- Carapinheiro, G. (2005). Do Bio-Poder ao Poder Médico. *Estudos do Século XX*, nº 5, pp. 379-394.
- Carapinheiro, G., & Correia, T. (2015). Introdução. Diálogos com a sociologia da saúde e da doença. In C. Carapinheiro, & T. Correia (Orgs.), *Novos temas de saúde, novas questões sociais* (pp. 1-15). Lisboa: Mundos Sociais.
- Castells, M. (2000). *La era de la información: economía, sociedad y cultura, Volumen I: La Sociedad Red, segunda edición*. Madrid: Alianza Editorial S.A.
- Castells, M. (2011). A Network Theory of Power. *International Journal of Communication* 5, pp. 773-787.
- Castells, M., & Ince, M. (2004). *Conversas com Manuel Castells, 1ª edição*. Porto: Campo das Letras.
- Castiel, L. D., Moraes, D. R., & Paula, I. J. (2016). Terapeuticalização e os dilemas preemptivistas na esfera da saúde pública individualizada. *Saúde e Sociedade*, vol.25 (1), pp. 96-107.

- Chen, M.-F. (2013). Influences of health consciousness on consumers' modern health worries and willingness to use functional foods. *Journal of Applied Social Psychology*, 43, pp. E1–E12.
- Chowdhury, R. et al. (2014). Association of Dietary, Circulating and Supplement Fatty Acids with Coronary Risk: A Systematic Review and Meta-analysis. *Annals of Internal Medicine*, 160(6), pp. 398-406.
- Clamote, T. C. (2012). *Retóricas de capacitação na saúde: equívocos sociológicos*. Obtido de Plataforma Barómetro Social: <http://barometro.com.pt/archives/644>
- Cockerham, W. C., Rutten, A., & Abel, T. (1997). CONCEPTUALIZING CONTEMPORARY HEALTH LIFESTYLES: Moving Beyond Weber. *The Sociological Quarterly*, 38:2, pp. 321-342.
- Collin, J. (2015). On social plasticity: the transformative power of pharmaceuticals on health, nature and identity. *Sociology of Health & Illness Vol.38 No.1*, pp. 73-89.
- Conrad, P. (2005). The Shifting Engines of Medicalization. *Journal of Health and Social Behavior*, Vol 46, pp. 3-14.
- Conrad, P. and Valerie Leiter. (2004). Medicalization, Markets and Consumers. *Journal of Health and Social Behaviour*, 45 (Extra Issue), pp. 158-76.
- Conrad, P., & Stults, C. (2010). The Internet and the Experience of Illness. In C. E. Bird, P. Conrad, A. M. Fremont, & S. Timmermans (eds), *Handbook of Medical Sociology (sixth edition)* (pp. 179 - 191). Nashville: Vanderbilt University Press.
- Costa, A. F. (1999). *Sociedade de Bairro. Dinâmicas Sociais da Identidade Cultural*, 2ª edição, 2008. Lisboa: Celta Editora.
- Coveney, C., Gabe, J., & Williams, S. (2011). The Sociology of Cognitive Enhancement: Medicalisation and Beyond. *Health Sociology Review* 20(4), pp. 381-393.
- Coveney, J. (2006 [2000]). *Food, morals, and meaning: the pleasure and anxiety of eating*, 2nd edition. London: Routledge.
- Coveney, J. (2014). *Food*. Oxon; New York: Routledge.
- Crawford, P., Brown, B., Nerlich, B., & Koteyko, N. (2010). Nutritional altruism and functional food: lay discourses on probiotics. *Sociology of Health & Illness Vol. 32 No. 5*, pp. 745–760.
- Crawford, R. (1980). Healthism and the Medicalization of Everyday Life. *International Journal of Health Services*, 10(3), pp. 365-388.
- Crowe, K. M., & Francis, C. (2013). Position of the academy of nutrition and dietetics: functional foods. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, Volume 113(8), pp. 1096-1103.
- de Jonge, J., van Kleef, E., Frewer, L., & Renn, O. (2007). Perception of risk, benefit and trust associated with consumer food choice. In L. Frewer, & T. H. (Eds.), *Understanding consumers of food products* (p. 139). Cambridge: Woodhead Publishing Limited.
- de Swaan, A. (1990). Expansion and limitation of the medical regime. In A. de Swaan, *The Management of Normality: Critical Essays in Health and Welfare* (pp. 57-71). London: Routledge.
- deBronkart, D. (2015). SPOTLIGHT. From patient centred to people powered: autonomy on the rise. *BMJ*;350:h148, pp. 19-21.
- Delormier, T., Frohlich, K. L., & Potvin, L. (2009). Food and eating as social practice – understanding eating patterns as social phenomena and implications for public health. *Sociology of Health & Illness Vol. 31 No. 2*, pp. 215–228.
- Derkatch, C., & Spoel, P. (2017). Public health promotion of "local food": Constituting the self-governing citizen-consumer. *Health*, 21(2), pp. 154-170.

- DGS. (2015). *A Saúde dos Portugueses. Perspetiva 2015*. Obtido de <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/a-saude-dos-portugueses-perspetiva-2015.aspx>
- Di Pasquale, J., Adinolfi, F., & Capitano, F. (2011). Analysis of Consumer Attitudes and Consumers' Willingness to Pay for Functional Foods. *Int. J. Food System Dynamics* 2(2), pp. 181-193.
- Diplock, A., Aggett, P., Ashwell, M., Bornet, F., Fern, E., & Roberfroid, M. (1999). Scientific concepts of functional foods in Europe: consensus document. *British Journal of Nutrition*, 81(S1), pp. S1-S27.
- Diprose, R. (2008). Biopolitical technologies of prevention. *Health Sociology Review*, vol.17 (2), pp. 141-150.
- Douglas, M. (1996 [1973]). *Natural symbols: explorations in cosmology*, 2nd ed. London: Routledge.
- Dubois, L. (1996). L'aliment, un futur miracle de la biotechnologie? *Sociologie et sociétés*, vol.28, n°2, pp. 45-57.
- Dubois, M. (2000). L'individualisme méthodologique: Principes de la sociologie de l' action. In M. Dubois, *Premières Leçons sur la Sociologie de Raymond Boudon* (pp. 21-42). Paris: PUF.
- Dunn, R. G. (2008). *Identifying Consumption. Subjects and Objects in Consumer Society*. Philadelphia: Temple University Press.
- EC. (2006). *Health and food*. Obtido de Special Eurobarometer 246 / Wave 64.3 – TNS Opinion & Social: http://ec.europa.eu/health/ph_publication/eb_food_en.pdf
- EC. (2006). Regulation (EC) No 1924/2006 of the European Parliament and of the Council of 20 December 2006 on nutrition and health claims made on foods. *Official Journal European Union L*, pp. 9-25.
- Eden, S. (2011). Food labels as boundary objects : How consumers make sense of organic and functional foods. *Public Understanding of Science* 20(2), pp. 179–194.
- Ellison, N. B., Steinfield, C., & Lampe, C. (2007). The Benefits of Facebook “Friends:” Social Capital and College Students’ Use of Online Social Network Sites. *Journal of Computer-Mediated Communication*, Vol 12, pp. 1143–1168.
- Elwyn, G., Lloyd, A., Joseph-Williams, N., Cording, E., Thomson, R., Durand, M.-A., & Edwards, A. (2013). Option Grids: Shared decision making made easier. *Patient Education and Counselling* Vol. 90 (2), pp. 207-212.
- Espanha, R. (2009). *Saúde e Comunicação numa Sociedade em Rede - o caso português*. Lisboa: Monitor.
- European Commission. (2014). *Green Paper on mobile health ("mHealth")*. Obtido de <https://ec.europa.eu/digital-single-market/en/news/green-paper-mobile-health-mhealth>
- Fainzang, S. (2003). Les médicaments dans l'espace privé. *Anthropologie et Sociétés*, vol.27 (2), pp. 139-154.
- Falk, P. (1994). *The consuming body*. London: SAGE.
- Featherstone, M. (2010). Body, Image and Affect in Consumer Culture. *Body & Society*, vol 16, Issue 1, pp. 193-231.
- Fenko, A., Leufkens, J.-M., & Hoof, J. J. (2015). New product, familiar taste: Effects of slogans on cognitive and affective responses to an unknown food product among food neophobics and neophilics. *Food Quality and Preference*, 39, pp. 268–276.
- Fischler, C. (1979). Gastro-nomie et gastro-anomie.Sagesse du corps et crise bioculturelle de l'alimentation moderne. *Communications*, 31, pp. 189-210.

- Fischler, C. (1988). Food, Self and Identity. *Social Science Information* 27, pp. 275-293.
- Fleck, L. (1946). Problems of the science of science. In R. Cohen, & T. Schnelle (eds.), *Cognition and Fact - Materials on Ludwik Flek* (pp. 113-127). Boston: D. Reidel Publishing Company, 1986.
- Fox, J. (Maio de 2015). From “Economic Man” to Behavioral Economics. *Harvard Business Review*, pp. 1-9.
- Franceschi, F., Bernabeib, R., Malferteiner, P., & Gasbarrinid, G. (2014). The diet of Templar Knights: Their secret to longevity? *Digestive and Liver Disease* 46, pp. 577-578.
- Furst, T., Connors, M., Bisogni, C. A., Sobal, J., & Falk, L. W. (1996). Food Choice: A Conceptual Model of the Process. *Appetite*, 26, pp. 247-266.
- Gabe, J., Harley, K., & Calnan, M. (2015). Healthcare choice: Discourses, perceptions, experiences and practices. *Current Sociology Monograph, Vol.63(5)*, pp. 623-635.
- Galesi, D. (2014). Towards the Genomization of Food? Potentials and Risks of Nutrigenomics as a Way of Personalized Care and Prevention. *Italian Sociological Review, (4)2*, pp. 173-187.
- Garbin, H. B., Neto, A. d., & Guilam, M. C. (2008). The internet, expert patients and medical practice: an analysis of the literature. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação vol.4*, pp. 579-588.
- Gerhardt, U. (1987). Parsons, role theory and health interaction (Capítulo 5). In G. Scambler, *Sociological Theory and Medical Sociology* (pp. 111-133). Londres e Nova Iorque: Tavistock Publications.
- Giddens, A. (1984). *The Constitution of Society. Outline of the Theory of Structuration*. Berkeley and Los Angeles: University of California Press.
- Giddens, A. (1991). *Modernity and Self-Identity. Self and Society in Late Modern Age*. Stanford, California: Stanford University Press.
- Giddens, A. (2006 [1999]). *O mundo na era da globalização, 6ª edição*. Lisboa: Editorial Presença.
- Giddens, A. (2007). Sociologia do Corpo: Saúde, Doença e Envelhecimento. In *Sociologia, 5ª ed.* (pp. 146-71). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Gingras, J. (2010). The passion and melancholia of performing dietitian. *Journal of Sociology, Volume 46(4)*, pp. 437-453.
- Godlee, F. (2017). EDITOR'S CHOICE. Are you ready for “collaborative health”? *BMJ*;358:j3257, p. 1.
- Goodman, D., & Dupuis, E. M. (2002). Knowing Food and Growing Food: Beyond the Production-Consumption Debate in the Sociology of Agriculture. *Sociologia Ruralis, Vol 42, Number 1*, pp. 5-22.
- Green, J. (2007). The Use of Focus Groups in Research into Health. In M. Saks, & J. Allsop (orgs.), *Researching Health. Qualitative, Quantitative and Mixed Methods* (pp. 112-132). London: SAGE.
- Griesler, M., & Veresiu, E. (2014). Creating the Responsible Consumer: Moralistic Governance Regimes and Consumer Subjectivity. *Journal of Consumer Research, Vol.14*, pp. 840-857.
- Grundmann, R. (2017). *The Problem of Expertise in Knowledge Societies*. Obtido de Minerva, 55(1):25-48: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11024-016-9308-7>
- Guerra, I. C. (2006). *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo - Sentidos e formas de uso*. Cascais: Príncipia.
- Häman, L., Barker-Ruchti, N., Patriksson, G., & Lindgren, E.-C. (2015). Orthorexia nervosa: An integrative literature review of a lifestyle syndrome. *International Journal of Qualitative Studies of Health and Well-being, 10*, pp. 1-15.

- Hasler, C. M., & Brown, A. C. (2009). Position of the American Dietetic Association: Functional Foods. *Journal of the American Dietetic Association, Vol 109(4)*, pp. 735-746.
- He, F. J., Li, J., & MacGregor, G. A. (2013). Effect of longer term modest salt reduction on blood pressure: Cochrane systematic review and meta-analysis of randomised trials. *BMJ, 346*:f1325.
- Heer, A. J. (2002). Communication barriers in the market for functional foods. The dilemma of using health claims in business-to-consumer. In M. Ginman, & E. V. (eds.), *Communicating Health and New Genetics: Workshop Proceedings, 17-18th September 2001* (pp. 57-84.). Tampere: Finnish Information Studies 20, Åbo.
- Helman, Cecil G. (1994). *Cultura, Saúde e Doença (2ª ed.)*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Hess, D. J. (2004). Medical modernization, scientific research fields and the epistemic politics of health social movements. *Sociology of Health & Illness, vol. 26, issue 6*, pp. 695-709.
- Hoffman, R., & Gerber, M. (2015). Food Processing and the Mediterranean Diet. *Nutrients, 7*, pp. 7925-7964.
- Hughner, R. S., & Kleine, S. S. (2004). Views of health in the lay sector: a compilation and review of how individuals think about health. *Health, Vol 8(4)*, pp. 395-422.
- IFIC. (2016). *2016 Food and Health Survey: "Food Decision 2016: The Impact of a Growing National Food Dialogue"*. Obtido de International Food Information Council Foundation: <http://www.foodinsight.org/articles/2016-food-and-health-survey-food-decision-2016-impact-growing-national-food-dialogue>
- Isik, N. E. (2017). Reviews: Everyday life. *International Sociology Reviews, vol.32(5)*, 609-613.
- Jacobson, M. F., & Silverglade, B. (1999). Functional foods: health boon or quackery? Regulations are needed to govern their composition and advertising. *BMJ; Volume 519*, pp. 205-206.
- Jong, N. d., Verhagen, H., Wolfs, M. C., Ocké, M. C., Klungel, O. H., & Leufkens, H. G. (2007). Functional foods: the case for closer evaluation. *BMJ; Volume 334*, pp. 1037-1039.
- Jovanovic, M. (2014). Selling Fear and Empowerment in Food Advertising. A case study of functional foods and Becel® Margarine. *Food, Culture and Society, volume 17, issue 4*, pp. 641-663.
- Kamerow, D. (2004). Editor's choice. Food, functional food. *BMJ USA; Volume 4*, p. 70.
- Katan, M. B. (2004). Health claims for functional foods. Regulations vary between countries and often permit vague claims. *BMJ; Volume 328*, pp. 180-181.
- Kaur, N., & Singh, D. P. (2017). Deciphering the consumer behaviour facets of functional foods: A literature review. *Appetite, Vol 112*, pp. 167-187.
- Kelle, U. (2001). *Sociological Explanations between Micro and Macro and the Integration of Qualitative and Quantitative Methods*. Obtido de FQS 2 (1), Art. 5: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/966/2109>
- Khoury, A., & Chalari, A. (2010). Reflexivity and the Regulation of GM Food and Feed in the EU. *The International Journal of Interdisciplinary Social Sciences, Volume 4, Number 11*, pp. 199-209.
- Kicklighter, J. R., Dorner, B., Hunter, A. M., Kyle, M., Prescott, M. P., Roberts, S., . . . Byrne, C. (2017). Visioning Report 2017: A Preferred Path Forward for the Nutrition and Dietetics Profession. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics, Vol 117(1)*, pp. 110-127.
- Kim, K., Cheong, Y., & Zheng, L. (2009). The current practices in food advertising. The usage and effectiveness of different advertising claims. *International Journal of Advertising, 28(3)*, pp. 527-553.

- KPMG. (Abril de 2015). *Nutraceuticals: The future of intelligent food*. Obtido de KPMG: <https://home.kpmg.com/uk/en/home/insights/2015/04/nutraceuticals-the-future-of-intelligent-food.html>
- Lahire, B. (2004 [2002]). *Retratos sociológicos: disposições e variações individuais*. Porto Alegre: ARIMED Editora S.A.
- Lähteenmäki, L. (2013). Claiming health in food products. *Food Quality and Preference* 27, pp. 196–201.
- Landstöm, E., Hursti, U.-K. K., Becker, W., & Magnusson, M. (2007). Use of functional foods among Swedish consumers is related to health-consciousness and perceived effect. *British Journal of Nutrition*, 98, pp. 1058–1069.
- Landström, E. (2008). *To Choose or not to Choose Functional Foods, that is the Question. Swedish Consumers' and Health-care Professionals' Attitudes to and Use of Functional Foods*. Uppsala, Sweden: Acta Universitatis Upsaliensis. Digital Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the faculty of Social Sciences 45.
- Lang, T. (2007). Functional foods. Their long term impact and marketing need to be monitored. *BMJ*; 334, pp. 1015-16.
- Lawrence, G., & Burch, D. (2010). The 'Wellness' Phenomenon: Implications for Global Agri-food Systems. In T. Wallington, G. Lawrence, & K. Lyons (Eds), *Food Security, Nutrition and Sustainability* (pp. 175-187). London: Earthscan.
- Lee, Y.-K., Georgiou, C., & Raab, C. (2000). The Knowledge, Attitudes, and Practices of Dietitians Licensed in Oregon Regarding Functional Foods, Nutrient Supplements, and Herbs as Complementary Medicine. *Journal of the American Dietetic Association*, Vol 100(5), pp. 543-548.
- Lehenkari, J. (2003). ON THE BORDERLINE OF FOOD AND DRUG: Constructing Credibility and Markets for a Functional Food Product. *Science as Culture*, 12:4, pp. 499-525.
- Lévi-Strauss, C. (1964). *Mythologiques 1. Le Cru et le Cui*. Paris: Librairie Plon.
- Lipovetsky, G. (2009[2006]). Para além do estatuto: o consumo emocional. In G. Lipovetsky, *A Felicidade Paradoxal: Ensaio sobre a Sociedade de Hiperconsumo* (pp. 33-50). Lisboa: Edições 70.
- Lodar, E. (Fevereiro de 2015). Editor's choice. Big food, big pharma: is science for sale? *BMJ*, 350: h795.
- Lopes, N. M. (2004). Medicamentos e percepções sociais do risco. *Actas dos Ateliers do V Congresso Português de Sociologia. Atelier: Saúde*. Universidade do Minho: Braga.
- Lopes, N. M., & Rodrigues, C. F. (2015). Medicamentos, Consumos de Performance e Culturas Terapêuticas em Mudança. *Sociologia, Problemas e Práticas*, nº 78, pp. 9-28.
- Lopes, N., Clamote, T., Raposo, H., Pegado, E., & Rodrigues, C. (2012). O natural e o farmacológico: padrões de consumo terapêutico na população portuguesa [The natural and the pharmacological: patterns of therapeutic consumption in the portuguese population]. *Saúde e Tecnologia vol.8*, pp. 5-17.
- Lopes, N., Clamote, T., Raposo, H., Pegado, E., & Rodrigues, C. (2014). Medications, youth therapeutic cultures and performance consumptions: a sociological approach. *Health*, pp. 1-19.
- Lopes, Noémia. (2015). Comentário: novas ideologias terapêuticas e de gestão do bem-estar. O caso dos psicofármacos e dos alimentos funcionais. In G. Carapinheiro, & T. Correia (Orgs.), *Novos Temas de Saúde, Novas Questões Sociais* (pp. 147-154). Mundos Sociais.

- Lopes, P. (2006). *A modernidade alimentar: in (e)volução simbólica do acto alimentar*. Lisboa: Edições Colibri.
- Luhmann, N. (2000). *Familiarity, Confidence, Trust: Problems and Alternatives*. Obtido de Gambetta, Diego (ed.) *Trust: Making and Breaking Cooperative Relations*. Electronic edition, Department of Sociology, University of Oxford, chapter 6, pp. 94-107: <http://www.sociology.ox.ac.uk/papers/luhmann94-107.pdf>
- Luís, L. S. (2010). “*Para mim é o 46 se faz favor*”: *A neofilia e neofobia no consumo de alimentos*. Obtido de Fórum Sociológico, Série II, 20: <http://sociologico.revues.org/523>
- Lupton, D. (1992). Discourse analysis: a new methodology for understanding the ideologies of health and illness. *Australian Journal of Public Health, Vol.16(2)*, pp. 145-150.
- Lupton, D. (1996). *Food, the Body and the Self*. London: Sage.
- Lupton, D. (2012). M-health and health promotion: The digital cyborg and surveillance society. *Social Theory & Health Vol. 10, 3*, pp. 229–244.
- M. Dreyer and O. Renn. (2007). Developing a coherent European food safety policy; the challenge of value-based conflicts to EU food safety governance. In L. Frewer, & T. H. (Eds.), *Understanding consumers of food products* (p. 540). Cambridge: Woodhead Publishing Limited.
- Machado, F. L. (2009). Meio século de investigação sociológica em Portugal - uma interpretação empiricamente ilustrada. *Sociologia, Vol. 19*, pp. 283-343.
- Marset, J. B., Casas-Agustench, P., Sánchez, N. B., & Salas-Salvadó, J. (2012). Knowledge, interest, predisposition and evaluation of functional foods in Spanish dietitians-nutritionists and experts in human nutrition and dietetics. *Nutrición Hospitalaria, 27(2)*, pp. 632-644.
- Martin, B., & Richards, E. (1995). Scientific Knowledge, Controversy, and Public Decision Making. In S. Jasanoff, G. E. Markle, J. C. Petersen, & T. Pinch (eds.), *Handbook of Science and Technology Studies* (pp. 506-526). California: SAGE.
- Martirosyan, D. M., & Singh, J. (2015). A new definition of functional food by FFC: what makes a new definition unique? *Functional Foods in Health and Disease; 5(6)*, pp. 209-223.
- Marx, K. (1974). *O Capital (Livro I) -1º vol*. Coimbra: Centelha.
- Marx, K. (2004). Manifesto do Partido Comunista. In M. B. Cruz, *Teorias Sociológicas. Os Fundadores e os Clássicos, I vol. 4ª ed.* (pp. 61-71). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Maturo, A. (2012). Medicalization: Current concept and future directions in a Bionic Society. *Men Sana Monographs, 10(1)*, pp. 122-133.
- McClean, S., & Shaw, A. (2005). From Schism to Continuum? The Problematic Relationship Between Expert and Lay Knowledge - An Exploratory Conceptual Synthesis of Two Qualitative Studies. *Qualitative Health Research, vol.15 (6)*, pp. 729-749.
- McConnon, A., Fletcher, P., Cade, J., Greenwood, D., & Pearman, A. (2004). Differences in perceptions of functional foods: UK public vs. nutritionists. *Nutrition Bulletin, 29*, pp. 11-18.
- McIntosh, W. A. (1996). *Sociologies of Food and Nutrition*. New York: Plenum Press.
- McMahon, A. T., O’Shea, J., Tapsell, L., & Williams, P. (2014). DIETETIC AND PROFESSIONAL PRACTICE. What do the terms wellness and wellbeing mean in dietary practice: an exploratory qualitative study examining women’s perceptions. *Journal of Human Nutrition and Dietetics, 27*, pp. 401–410.

- McMahon, A.-T., Tay, P. C., Tapsell, L., & Williams, P. (2016). BEHAVIOUR CHANGE. Building bridges in dietary counselling: an exploratory study examining the usefulness of wellness and wellbeing concepts. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 29, pp. 75–85.
- Meloncon, L., & Frost, E. A. (2015). Charting an Emerging Field: The Rhetorics of Health and Medicine and Its Importance in Communication Design. *Communication Design Quarterly* 3.4, pp. 7-14.
- Menrad, K. (2003). Market and marketing of functional food in Europe. *Journal of Food Engineering* 56, pp. 181-188.
- Michaëlsson, K., Wolk, A., Langenskiöld, S., Basu, S., Lemming, E. W., Melhus, H., & Byberg, L. (2014). Milk intake and risk of mortality and fractures in women and men: cohort studies. *BMJ*, 349:g6015.
- Miele, M. (2006). Consumption culture: the case of food. In P. Cloke, T. Marsden, & P. Mooney (Eds.), *The Handbook of Rural Studies* (pp. 344-354). London: SAGE.
- Millenson, M. L. (2017). Essay. When “patient centred” is no longer enough: the challenge of collaborative health. *BMJ*;358:j3048, pp. 1-3.
- Mintzes, B. (2002). Direct to Consumer advertising is medicalising normal human experience. *BMJ*, 324, pp. 908-11.
- Monteiro, P. (2015). Novos consumos terapêuticos. Contextos e determinantes. In G. Carapineiro, & T. Correia (Org.), *Novos temas de saúde, novas questões sociais* (pp. 129-137). Lisboa: Mundos Sociais.
- Monteiro, P. J. (2010). *Parafarmácias nos Hipermercados em Portugal: novos territórios para novos consumos terapêuticos?* Obtido de ISCTE, Dissertação de Mestrado: <http://hdl.handle.net/10071/2591>
- Mouzellis, N. (1992). The Interaction Order and the Micro-Macro Distinction. *Sociological Theory*, vol. 10 (1), pp. 122-128.
- Moynihan, R., Doran, E., & Henry, D. (2008). Disease Mongering is Now Part of the Global Health Debate. *PLoS Med* 5(5): e106. doi:10.1371/journal.pmed.0050106.
- Moynihan, R., Heath, I., & Henry, D. (2002). Selling Sickness: The Pharmaceutical Industry and Disease Mongering. *BMJ*, 324, pp. 886-891.
- Nestle, M. (2013). Part Five: Inventing techno-foods. In M. Nestle, *Food Politics: How the food industry influences nutrition and health, Tenth Anniversary Edition* (pp. 295-297). California: University of California Press.
- Nestle, M., & Bragg, M. (2016). Politics of Government Dietary Advice: The Influence of Big Food. In J. Germov, & L. Williams (eds.), *A Sociology of Food and Nutrition: The Social Appetite, 4th edition*. Oxford: Oxford University Press.
- Niva, M. (2006). Can we predict who adopts health-promoting foods? Users of functional foods in Finland. *Scandinavian Journal of Food and Nutrition*, 50(1), pp. 13-24.
- Niva, M., & Mäkelä, J. (2007). Finns and functional foods: socio-demographics, health efforts, notions of technology and the acceptability of health-promoting foods. *International Journal of Consumer Studies*, Volume 31, Issue 1, pp. 34–45.
- Nutraceuticals World. (Janeiro 1, de 2015). Global Functional Foods Market Worth More than \$43 Billion. *Nutraceuticals World Vol.18(1)*, 6. Obtido de Rodman Publishing:

- <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=d1737603-07fc-428e-afac-3a133a873452%40sessionmgr111&vid=1&hid=110>
- Ohama, H., Ikeda, H., & Moriyama, H. (2006). Health foods and foods with health claims in Japan. *Toxicology* 221, pp. 95–111.
- OMS. (2014). *Guideline: fortification of food-grade salt with iodine for the prevention and control of iodine deficiency disorders*. Obtido de World Health Organization, Geneva: http://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/fortification_foodgrade_saltwithiodine/en/
- Özen, A. E., Bibiloni, M. d., Pons, A., & Tur, J. A. (2014). Consumption of functional foods in Europe; a systematic review. *Nutrición Hospitalaria*, 29(3), pp. 470-478.
- Özen, A. E., Pons, A., & Tur, J. A. (2012). Worldwide consumption of functional foods: a systematic review. *Nutrition Reviews* Vol. 70(8), pp. 472–481.
- Paddock, J. (2015). Positioning Food Cultures: ‘Alternative’ Food as Distinctive Consumer Practice. *Sociology* 50(6), pp. 1039–1055.
- Parreira, D., Serra, M. C., & Dias, M. G. (2015). *Doseamento de vitamina D em produtos lácteos consumidos em Portugal*. Obtido de Boletim Epidemiológico - Observações. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge: <http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/ComInf/Noticias/Paginas/DoseamentodevitaminaDemprodutoslácteos.aspx> - 41KB - 27-07-2015
- Patch, C. S., Tapsell, L. C., & Williams, P. G. (2004). Dietetics and functional foods. *Nutrition & Dietetics*, 61(1), pp. 22-29.
- Patrick, A. R., Shrank, W. H., Glynn, R. J., Solomon, D. H., Dormuth, C. R., Avorn, J., . . . Brookhart, M. A. (2011). The Association between Statin use and Outcomes Potentially Attributable to an Unhealthy Lifestyle in Older Adults. *Value in Health*, 14, pp. 513-520.
- Petersen, A., Davis, M., Fraser, S., & Lindsay, J. (2010). EDITORIAL. Healthy living and citizenship: an overview. *Critical Public Health*, Vol. 20 (4), pp. 391-400.
- Pires, R. P. (2007). Árvores Conceptuais. Uma reconstrução multidimensional dos conceitos de acção e de estrutura. *Sociologia, Problemas e Práticas*, n.º 53, pp. 11-50.
- Poulain, J.-P. (2017[2002]). *The Sociology of Food: Eating and the Place of Food in Society*. London: Bloomsbury Academic.
- Pozzo, D. N. (2012). O perfil do consumidor de alimentos funcionais: um estudo bibliográfico das tendências mundiais. *Revista Cadeia Produtiva*, v.1, n.1, pp. 1-15.
- Quartilho, M. J. (2016). *O Processo de Somatização: Conceitos, Avaliação e Tratamento*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Radin, A. (2017). Reviews: Sociology of the person. *International Sociology Reviews*, vol. 32(5), pp. 604-608.
- Raposo, H. A., & Caetano, L. A. (2011). Um olhar interdisciplinar sobre os suplementos alimentares: reconfiguração dos papéis profissionais no contexto das novas tendências de consumo terapêutico [An interdisciplinary view over food supplements]. *Saúde & Transformação Social, Florianópolis*, v.1, n.3, pp. 12-22.
- Rayner, L., & Easthope, G. (2001). Postmodern consumptions and alternative medications. *Journal of Sociology*, 37 (2), 157-76.
- Richards, T., Coulter, A., & Wicks, P. (2015). Time to deliver patient centred care. *BMJ*;350:h530, pp. 1-2.

- Rosenberg, C. E. (2002). The Tyranny of Diagnosis: Specific Entities and Individual Experience. *Milbank Quarterly*, Vol. 80, No. 2, pp. 237-260.
- Sage, C. (2003). Social embeddedness and relations of regard: alternative 'good food' networks in south-west Ireland. *Journal of Rural Studies* 19, pp. 47–60.
- Samaniego-Vaesken, M. d., Alonso-Aperte, E., & Varela-Moreiras, G. (2012). Vitamin food fortification today. *Food & Nutrition Research* 56:5459, pp. 1-9.
- Sarsina, P. R., Alivia, M., & Guadagni, P. (2012). *Traditional, complementary and alternative medical systems and their contribution to personalisation, prediction and prevention in medicine—person-centred medicine*. Obtido de The EPMA Journal, 3:15: <http://www.epmajournal.com/content/3/1/15>
- Schneider, T. (2005). *Functional foods: are they sociologically interesting?* . Obtido de TASA Conference, University of Tasmania: https://tasa.org.au/wp-content/uploads/2011/01/rural_schneider.pdf
- Scrinis, G. (2008). Functional foods or functionally marketed foods? A critique of, and alternatives to, the category of 'functional foods'. *Public Health Nutrition: 11(5)*, pp. 541-545.
- Scrinis, G. (2008). On the Ideology of Nutritionism. *Gastronomica: The Journal of Food and Culture*, Vol. 8, No.1, pp. 39-48.
- Scrinis, G., & Lyons, K. (2010). Nanotechnology and the TechnoCorporate Agri-food Paradigm. In G. Lawrence, K. Lyons, & W. T. (eds), *Food Security, Nutrition and Sustainability* (pp. 252-270). London: Earthscan.
- Serafini, M., Stanzione, A., & Foddai, S. (2012). Functional foods: traditional use and European legislation. *International Journal of Food Sciences and Nutrition*, 63(S1), pp. 7-9.
- Sheeshka, J., & Lacroix, B. J. (2008). Canadian Dietitians' Atitudes Toward Functional Foods and Nutraceuticals. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, Vol 69(3), pp. 119-125.
- Shilling, C. (1993). *The body and social theory*. London: SAGE Publications Ltd.
- Siegrist, M., Shi, J., Giusto, A., & Hartmann, C. (2015). Worlds apart. Consumer acceptance of functional foods and beverages in Germany and China. *Appetite*, 92, pp. 87–93.
- Siegrist, M., Stampfli, N., & Kastenholz, H. (2008). Consumers' willingness to buy functional foods. The influence of carrier, benefit and trust. *Appetite* 51, pp. 526-529.
- Silva, I. C. (2010). Entre constrangimento e criatividade: práticas de consumo em Portugal Continental. *Sociologia: Revista do Departamento de Sociologia da FLUP*, Vol. XX, pp. 167-190.
- Silva, L. F. (2006). A saúde e o saudável nas racionalidades leigas: o caso da alimentação. In G. Carapinheiro (Org.), *Sociologia da Saúde. Estudos e perspectivas* (pp. 165-195). Coimbra: Pé de Página, Editores, Lda.
- Silva, L. F. (2011). *As agendas temáticas da sociologia da saúde em Portugal* . Obtido de Sociologia online, nº 3: http://revista.aps.pt/cms/files/artigos_pdf/ART4e663562f0538.pdf
- Silva, L. F. (2012). *O destino como projecto? Racionalidades leigas de promoção da saúde*, *Forum Sociológico [online]*, 22, Editor: CESNOVA. Obtido de <http://sociologico.revues.org/696>
- Simmel, G. (2004). A teoria do conhecimento da ciência social. In M. B. Cruz, *Teorias Sociológicas. Os Fundadores e os Clássicos* (pp. 533-50). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Simojoki, M., Luoto, R., Uutela, A., Jr., J. D., McLaughlin, J. K., & Puska, P. (2004). Consistency of use of plant stanol ester margarine in Finland. *Public Health Nutrition: 7(1)*, pp. 63–68.

- Simpson, S. H., Eurich, D. T., Majumdar, S. R., Padwal, R. S., Tsuyuki, R. T., Varney, J., & Johnson, J. A. (2006). *A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality*. Obtido de BMJ Online First <http://www.bmj.com/content/bmj/333/7557/15.full.pdf>
- Star, S. L. (2010). This is Not a Boundary Object: Reflections on the Origin of a Concept. *Science, Technology, & Human Values* 35(5), pp. 601-617.
- Star, S. L., & Griesemer, J. R. (1989). "Institutional Ecology, 'Translations' and Boundary Objects: Amateurs and Professionals in Berkeley's Museum of Vertebrate Zoology, 1907-39. *Social Studies of Science* Vol. 19, pp. 387-420.
- Stein, A. J., & Rodriguez-Cerezo, E. (2008). *Functional Food in the European Union*. JRC Scientific and Technical Reports, EUR 23380 EN. Disponível em: <http://ftp.jrc.es/EURdoc/JRC43851.pdf>.
- Stratton, L. M., Vella, M. N., Sheeshka, J., & Duncan, A. M. (2015). Food neophobia is related to factors associated with functional food consumption in older adults. *Food Quality and Preference*, Vol 41, pp. 133–140.
- Thompson, A. K., & Moughan, P. J. (2008). Innovation in the foods industry: functional foods. *Innovation: Management, Policy & Practice*, 10(1), pp. 61-73.
- Tritter, J. (2007). Mixed Methods and Multidisciplinary Research in Health Care. In M. Sacks, & J. Allsop (orgs.), *Researching Health. Qualitative, Quantitative and Mixed Methods* (pp. 301-318). London: SAGE.
- Truninger, M. (2010). *O campo vem à cidade: agricultura biológica, mercado e consumo sustentável*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.
- Truninger, M. (2013). The Historical Development of Industrial and Domestic Food Technologies. In A. Murcott, W. Belasco, & P. Jackson (Eds), *The Handbook of Food Research* (pp. 82-108). London: Bloomsbury.
- Turner, P. G., & Lefevre, C. E. (2017). *Instagram use is linked to increased symptoms of orthorexia nervosa*. Obtido de Springer: www.Springerlink.com
- U.Kjaernes, & L.Holm. (2007). Social factors and food choice: consumption as practice. In L. Frewer, & T. H. (Eds.), *Understanding consumers of food products* (p. 512). Cambridge: Woodhead Publishing Limited.
- Urala, N., & Lähteenmäki, L. (2003). Reasons behind consumers' functional food choices. *Nutrition & Food Science, Volume 33 (4)* , pp. 148-158.
- Urala, N., & Lähteenmäki, L. (2007). Consumers changing attitudes towards functional foods. *Food Quality and Preference*, 18, pp. 1–12.
- Van Buul, V. J., & Brouns, F. J. (2015). Nutrition and Health Claims as Marketing Tools. *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*, 55:11, pp. 1552-1560.
- Van der Geest, S., & White, S. (1989). The charm of medicines: metaphors and metonyms. *Medical Anthropology Quarterly*, 3 (4), pp. 345-67.
- Vaquinhas, I. (2012). Quando a gordura começou a deixar de ser formusura... Os caminhos de um novo paradigma estético nos finais dos século XIX- inícios do século XX. *Separata da Revista de História das Ideias, Vol. 33. Faculdade de Letras, Coimbra*, pp. 241-259.
- Varraso, R., Chiuve, S. E., Fung, T. T., Barr, R. G., Hu, F. B., Willett, W. C., & Camargo, C. A. (2015). Alternate Healthy Eating Index 2010 and risk of chronic obstructive pulmonary disease among US women and men: prospective study. *BMJ*, 350:h286.

- Vecchio, R., Loo, E. J., & Annunziata, A. (2016). Consumers' willingness to pay for conventional, organic and functional yogurt: evidence from experimental auctions. *International Journal of Consumer Studies*, Vol 40, pp. 368–378.
- Vella, M. N., Stratton, L. M., Sheeshka, J., & Duncan, A. M. (2014). *Functional food awareness and perceptions in relation to information sources in older adults*. *Obtido de Nutrition Journal*, 13:44: <http://www.nutritionj.com/content/13/1/44>
- Verbeke, W. (2005). Consumer acceptance of functional foods: socio-demographic, cognitive and attitudinal determinants. *Food Quality and Preference* 16, pp. 45-57.
- Verbeke, W. (2006). Functional foods: Consumer willingness to compromise on taste for health? *Food Quality and Preference*, 17, pp. 126–131.
- Vicentini, A., Liberatore, L., & Mastrocola, D. (2016). Functional Foods: Trends and Development of the Global Market. *Italian Journal of Food Science*, Vol 28, No 2, pp. 338-351.
- Vuckovic, N. (1999). Fast Relief: Buying Time with Medications. *Medical Anthropology Quarterly* 13(1), pp. 51-68.
- Ward, P. R., Henderson, J., Coveney, J., & Meyer, S. (2011). How do South Australian consumers negotiate and respond to information in the media about food and nutrition? *Journal of Sociology*, Volume XX(X), pp. 1-19.
- Ward, P., Coveney, J., & Henderson, J. (2010). Editorial: A sociology of food and eating: Why now? *Journal of Sociology*, Volume 46(4), pp. 347-351.
- Watrous, M. (2016). *PepsiCo's portfolio transformation driving growth*. *Obtido de Food Business News*: http://www.foodbusinessnews.net/articles/news_home/Financial-Performance/2016/09/PepsiCos_portfolio_transformat.aspx?ID={D679ACC4-369C-40AF-B9FF-28BDF8C6E752}
- Watson, D. B., Moreira, T., & Murtagh, M. (2009). Little bottles and the promise of probiotics. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, 13 (2), pp. 219-234.
- Webber, D. E., & Williams, J. R. (2006). A Discussion Paper on the Future of Self Care and its Implications for Physicians. *World Medical Journal*, 52 (3), pp. 66-72.
- Weber, M. (1946[1919]). Science as a vocation. In H. H. Gerth, & C. W. Mills (eds), *Max Weber: Essays in Sociology* (pp. 129-156). New York: Oxford University Press.
- Weber, M. (2004). Classes, Status e Partidos. In M. B. Cruz, *Teorias Sociológicas. Os Fundadores e os Clássicos, I Vol., 4ª ed.* (pp. 737-52). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Weber, M. (2010). *A Ética Protestante e o Espírito do Capitalismo*. Oeiras: Editorial Presença.
- Weenen, T. C., Ramezanpour, B., Pronker, E. S., Commandeur, H., & Claassen, E. (December de 2013). *Food-Pharma Convergence in Medical Nutrition – Best of Both Worlds?* *Obtido de PLOS ONE*, Volume 8, Issue 12: www.plosone.org
- Weiner, K., & Willb, C. (2015). Materiality matters: Blurred boundaries and the domestication of functional foods. *BioSocieties Vol. 10*, 2, pp. 194–212.
- Williams, P., & Ghosh, D. (2008). Health claims and functional foods. *Nutrition & Dietetics*, 65 (Suppl.3), pp. S89-S93.
- Williams, S. J. (1995). Theorising class, health and lifestyles: can Bourdieu help us? *Sociology of Health & Illness Vol. 17 No.5*, pp. 577-604.

Williams, S. J., Martin, P., & Gabe, J. (2011). The pharmaceuticalisation of society? A framework for analysis. *Sociology of Health & Illness Vol. 33(5)*, pp. 710-725.

Zola, I. K. (1972). Medicine as an institution of social control. *Sociological Review, 20 (4)*, pp. 487-504.

Anexos A

Anexo A1 – Questionário - Observatório da Nutrição e Alimentação em Portugal-1ª Edição (ONAP) – secção do questionário usada na Tese

3.9 - Utiliza/utilizou algum dos seguintes alimentos para prevenir uma doença ou assegurar bem-estar?

3.9.1 - Iogurtes para a regulação do trânsito intestinal:

Nunca De vez em quando uma ou duas vezes por mês Semanalmente Diariamente NS/NR

3.9.2 - Bebidas (ex. água, leite) e cereais enriquecidos com fibras:

Nunca De vez em quando uma ou duas vezes por mês Semanalmente Diariamente NS/NR

3.9.3 - Leite, Ovos e cereais enriquecidos com ácidos gordos Ómega 3:

Nunca De vez em quando uma ou duas vezes por mês Semanalmente Diariamente NS/NR

3.9.4- Lacticínios para a redução do colesterol:

Nunca De vez em quando uma ou duas vezes por mês Semanalmente Diariamente NS/NR

3.9.5 - Leite para a regulação do trânsito intestinal:

Nunca De vez em quando uma ou duas vezes por mês Semanalmente Diariamente NS/NR

3.9.6 - Leite sem lactose:

Nunca De vez em quando uma ou duas vezes por mês Semanalmente Diariamente NS/NR

3.9.7 - Lacticínios enriquecidos em cálcio para a saúde óssea:

Nunca De vez em quando uma ou duas vezes por mês Semanalmente Diariamente NS/NR

3.9.8 - Carne de Aves por recomendação médica ou motivos de saúde:

Nunca De vez em quando uma ou duas vezes por mês Semanalmente Diariamente NS/NR

Anexo A2 – Questionário de recolha de dados sociodemográficos



QUESTIONÁRIO DE RECOLHA DE DADOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS

SEXO

- Feminino
 Masculino

IDADE _____ Anos

QUAL O GRAU MAIS ELEVADO DE ENSINO QUE COMPLETOU?

- Não frequentou a escola ou não concluiu o 1º ciclo
 1º Ciclo (4º ano de escolaridade)
 2º Ciclo (6º ano de escolaridade)
 3º Ciclo (9º ano de escolaridade)
 Ensino Secundário (11º ano de escolaridade)
 Curso profissional/artístico posterior ao 11º ano
 Curso médio/Frequência Universitária/Bacharelato
 Licenciatura
 Superior a Licenciatura

QUAL A SUA PRINCIPAL ACTIVIDADE OU SITUAÇÃO?

- Empresário/Dono de uma empresa
 Trabalha por conta de outrem
 Trabalha por conta própria/Independente

- Estudante
 Desempregado
 Reformado/Pensionista
 Vive de rendimentos
 Trabalha em casa, sem remuneração (exemplo: dona de casa)

TEM ALGUMA(S) DOENÇA(S) CRÓNICA(S)?

- Não
 Sim. Qual/Quais

INDIQUE OS ALIMENTOS FUNCIONAIS QUE CONSUMIU NA ÚLTIMA SEMANA:

- Iogurtes enriquecidos (ex. com Bifidus)
 Leite fermentado (ex. Danacol, Benecol)
 Margarinas e Cremes para Barrar (ex. Becel)
 Leite enriquecido (ex. com cálcio, fibras ou ácidos gordos Ómega 3)
 Sumos enriquecidos (ex. com vitamina C e/ou D)
 Água enriquecida com fibras
 Cereais enriquecidos com fibras
 Ovos enriquecidos com ácidos gordos Ómega 3
 Outro. Qual?

 Não consumiu

Anexo A3 – Guião de Entrevista dos grupos Focais

Áreas de pesquisa	Desenvolvimento	Objectivos / Técnicas
<p>0. Introdução Agradecimento</p> <p>Confidencialidade</p> <p>Consentimento informado</p> <p>Informação sobre gravação</p> <p>Normas de um FG</p> <p>Pedido de não haver intervenções sobrepostas</p>	<p>- Em primeiro lugar quero agradecer a vossa presença nesta sessão. As vossas opiniões e ideias são fundamentais para este projecto académico de investigação - Doutoramento numa instituição universitária (ISCTE). O objectivo desta reunião é falarmos sobre alimentos <u>enriquecidos</u>.</p> <p>- Foram contactados por uma empresa mas os dados serão tratados com objectivos académicos. No final o tratamento não é feito de forma individualizada nem será usado para qualquer outro fim que não seja esta investigação.</p> <p>- Ler e distribuir o formulário do consentimento informado</p> <p>- Não sei se já participaram numa reunião deste tipo? Sim? Não? Bom o essencial é que falem livremente e não se sintam condicionados por terem uma opinião diferente da opinião geral. Não há respostas/certas nem erradas, nem minoritárias/maioritárias; não tenham problemas em ser francos e abertos; o que nos interessa é a vossa opinião sincera e a vossa experiência individual.</p> <p>- Conforme foram informados esta nossa conversa vai ser gravada em áudio já que muita coisa interessante vai aqui ser dita nestas 1h30 horas e eu não tenho memória para tudo para depois produzir um relatório com uma síntese do que me falaram.</p> <p>- Pedia-vos um favor: por vezes entusiasmo-nos na conversa e temos tendência para falarmos ao mesmo tempo que outros participantes ou trocar comentários com o participante do lado. Pedia-vos que isto não</p>	<p>Sessões decorrem nas instalações da IMR</p> <p>Assegurar que no recrutamento os participantes são informados de que a sessão será gravada</p>

<p>1.Introdução:</p> <p>Tema Geral: regimes alimentares</p>	<p><i>acontecesse porque depois na gravação não se percebe o que foi dito e perde-se a informação que aqui se recolheu com as vossas opiniões e testemunhos. Para que a conversa fosse mais fluida gostaria também que pusessem os telemóveis em silêncio.</i></p> <p>Vamos então, começar?</p> <p>- <i>A alimentação, para uns, é uma obrigação para nos mantermos activos, para outros dá prazer, para outros ainda é um pretexto para estar junto de familiares ou amigos e para outros é ainda algo mais; o que pensam sobre isto?</i></p> <p>- <i>Falem sobre os cuidados ou preocupações que têm em relação à vossa alimentação:</i></p> <p>- <i>Porque têm essas preocupações? Motivos de saúde? Prevenção?</i></p> <p>- <i>Para além da alimentação relatem outros cuidados que tenham com o vosso corpo.</i></p> <p><i>Explorar: ex. actividade física/ descanso/ horas de sono, hidratação, etc.</i></p> <p>- <i>Relatem o que fazem em termos de atividade física.</i></p> <p><i>Que requisitos alimentares requer esse tipo de prática desportiva?</i></p>	<p>10mn</p> <hr/> <p>20mn</p>
<p>Clarificar o que são alimentos funcionais</p> <p>2.Alimentos funcionais</p>	<p><i>Falem, PF, da vossa relação com os alimentos funcionais. (dar exemplos com imagens).</i></p> <p><i>Explorar:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>a) O que são para vós alimentos funcionais?</i> <i>b) Que tipos de alimentos funcionais consomem?</i> <i>c) Como iniciaram o consumo? Quem contribuiu para tal?</i> <i>d) Razões de consumo</i> <i>e) Tempo de experiência</i> <i>f) Frequência de consumo</i> <i>g) Qual a última vez que consumiram? O que consumiram? E com que finalidade?</i> <i>h) Que produtos funcionais já abandonaram? Porquê?</i> <i>i) Consideram que estes alimentos são fenómenos de moda ou correspondem a comportamentos já consolidados? Porque pensam assim?</i> <i>j) Consumiriam um alimento funcional que não tivesse sabor agradável, mesmo sabendo que poderia fazer bem?</i> <p><i>Genericamente que aspetos positivos associam aos alimentos funcionais? E que aspetos negativos?</i></p>	<p>30mn</p>

<p>3. Lógicas de adesão</p>	<p><i>Que características devem ter os alimentos funcionais para merecerem a vossa aceitação?</i></p> <p><i>Que utilidade e pertinência atribuem aos alimentos funcionais?</i></p> <p><i>Que vantagens e características procuram comparar entre várias alternativas de alimentos funcionais?</i></p> <p><i>Que benefícios procuram obter com os alimentos funcionais?</i></p> <p><i>Como escolhem os alimentos funcionais que consomem</i></p> <p><i>Os conteúdos seguintes devem ser explorados a partir das “perguntas abertas anteriores”</i></p> <p>Para quem tem patologias</p> <p>-Falem sobre a influência das patologias clínicas no hábito ou necessidade de consumir alimentos funcionais.</p> <p><i>Que outros produtos utilizam para agir nessa patologia? (ex. Medicamentos ou Suplementos)</i></p> <p><i>Como fazem a interação dos alimentos funcionais com esses outros produtos?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Alternam? Porquê?</i> • <i>Complementam? Porquê?</i> <p><i>Relatem a vossa experiência com os resultados obtidos com o consumo de alimentos enriquecidos (Vêem resultados?)</i></p> <p><i>Explorar:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Eficácia</i> • <i>Benefícios físicos</i> • <i>Benefícios imateriais/emocionais</i> • <i>Impacto financeiro nos gastos</i> <p>Para quem procura prevenir uma doença no futuro</p> <p>Falem sobre os motivos que contribuem para que utilizem os alimentos funcionais como forma de prevenção.</p> <p><i>Em que baseiam a vossa decisão? Como formaram a opinião de que estes alimentos são preventivos? Em que baseiam a vossa decisão?</i></p>	<p>20mn</p>
-----------------------------	---	-------------

	<p>Que fontes de informação utilizaram?</p> <p>Que tipos de prevenções pretendem obter?</p> <p>Em que medida os alimentos funcionais são preventivos?</p> <p>Utilizam outras soluções para obter prevenção? Quais?</p> <p><i>Como fazem a interligação dessas soluções com os produtos funcionais?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Alternam? Porquê?</i> • <i>Complementam? Porquê?</i> <p><i>Relatem a vossa experiencia com os resultados obtidos com o consumo dos alimentos funcionais (Vêem resultados?)</i></p> <p><i>Explorar:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Eficácia</i> • <i>Benefícios físicos</i> • <i>Benefícios imateriais/emocionais</i> • <i>Impacto financeiro nos gastos</i> <p>Para quem procura alcançar um maior bem-estar e corrigir situações incomodativas (ex. regulação do trânsito intestinal)</p> <p>- Falem sobre os motivos que contribuem para que utilizem os alimentos funcionais para obter bem – estar e/ou corrigir situações incomodativas.</p> <p>Em que medida os alimentos funcionais são preventivos?</p> <p>Como formaram a opinião de que estes alimentos resultam? Em que baseiam a vossa decisão?</p> <p>Que fontes de informação utilizaram?</p> <p>Que tipos de situações corrigir?</p> <p>Utilizam outras soluções para obter os resultados pretendidos? Quais?</p> <p>Como fazem a interligação dessas soluções com os produtos funcionais?</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Alternam? Porquê?</i> • <i>Complementam? Porquê?</i> <p>Relatem a vossa experiencia com os resultados obtidos com o consumo dos alimentos funcionais.</p>	<p>15mn</p>
--	---	-------------

<p>4. Conhecer as expectativas</p>	<p><i>Explorar:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Eficácia</i> • <i>Benefícios físicos</i> • <i>Benefícios imateriais/emocionais</i> • <i>Impacto financeiro nos gastos</i> <p>Que relações podem ser estabelecidas entre os alimentos funcionais e os medicamentos? Complementaridade? Substituição?</p> <p>Que relações podem ser estabelecidas entre os alimentos funcionais e os suplementos alimentares? Complementaridade? Substituição?</p> <p>O que esperam dos alimentos funcionais?</p> <p>Que papéis podem desempenhar os produtos funcionais no vosso estilo de vida?</p> <p>Descrevam o tipo de envolvimento que têm com os alimentos funcionais. Como pensam que vai evoluir?</p> <p>Como descrevem o grau de confiança que atribuem aos produtos funcionais?</p> <p>O que é necessário os alimentos funcionais possuírem para serem confiáveis?</p> <p>Que fatores valorizam nos alimentos funcionais?</p> <p><i>Explorar:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> a) <i>Composição e Características físicas</i> b) <i>Informação nas embalagens</i> c) <i>Quantidade por embalagem</i> d) <i>Marca</i> e) <i>Recomendação de Terceiros</i> f) <i>Origem</i> g) <i>Sabor</i> h) <i>O alimento dito 'Normal' já fazer parte da dieta habitual</i> i) <i>(...)</i> <p>Como medem ou sentem os efeitos dos alimentos funcionais?</p> <p>Como valorizam esses efeitos?</p> <p>Para quem não reconhece eficácia: Quando chegou a essa conclusão? Porque chegou a essa conclusão? Porque continua a consumir?</p> <p>Falem sobre a intenção de continuarem a ser consumidores destes produtos? Para quem não perspectiva continuidade: quais as razões</p>	<p>15mn</p>
------------------------------------	--	-------------

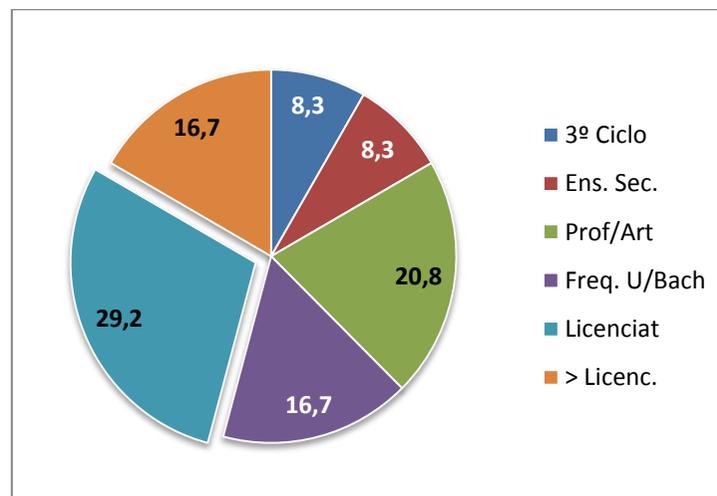
Anexo A4 – Dados sociodemográficos dos participantes nos Grupos Focais

IDADE	
SEXO	MÉDIA
Homens	43,3
Mulheres	43,4
TOTAL	43,3

Distribuição etária muito equilibrada entre homens e mulheres. A idade média de 43,3 anos é consistente com os dados que resultam quer do Estudo ONAP quer da base de dados de transações com o Cartão-cliente da cadeia de hiper e supermercados, assim como com as investigações já publicadas. Parece ser no intervalo 35-45 anos que surgem os primeiros diagnósticos de doença em fase inicial ou reconhecimento de sintomas a recomendar intervenção preventiva.

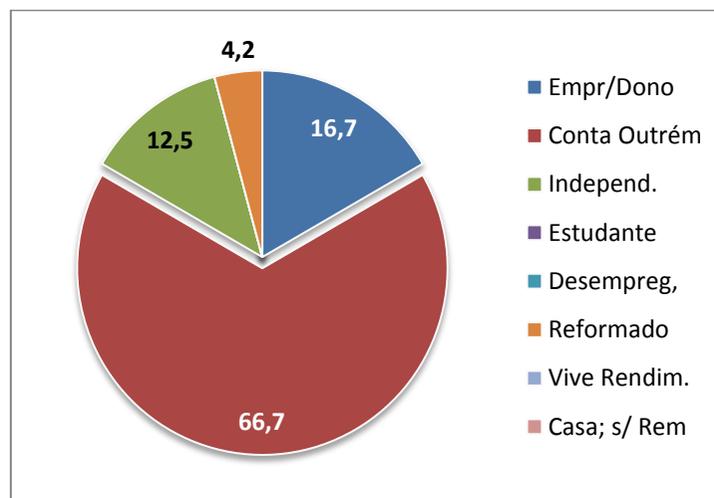
ESCOLARIDADE											
		N/Freq.	1º Ciclo	2º Ciclo	3º Ciclo	Ens. Sec.	Prof/Art	Freq. U/Bach	Licenciat	> Licenc.	TOTAL
MÉDIA											
	Mulheres	0	0	0	16,7	8,3	25,0	8,3	25,0	16,7	100
	Homens	0	0	0	0	8,3	16,7	25,0	33,3	16,7	100
	TOTAL	0	0	0	8,3	8,3	20,8	16,7	29,2	16,7	100

Quanto ao grau de ensino completado verifica-se a preponderância dos graus mais elevados sendo que Licenciatura + Superior a Licenciatura correspondem a 45,9% dos casos, reafirmando a associação entre consumo de Alimentos Funcionais e graus de escolaridade mais elevados a qual pode ser considerada como lógica se se atender aos níveis de literacia nutricional habitualmente mobilizados.



ATIVIDADE											
MÉDIA		Empr/Dono	Conta Outrém	Independ.	Estudante	Desempreg,	Reformado	Vive Rendim.	Casa; s/ Rem		TOTAL
	Mulheres	8,3	83,3	8,3	0	0	0	0	0		100
	Homens	25,0	50,0	16,7	0,0	0,0	8,3	0,0	0,0		100
	TOTAL	16,7	66,7	12,5	0,0	0,0	4,2	0	0		100

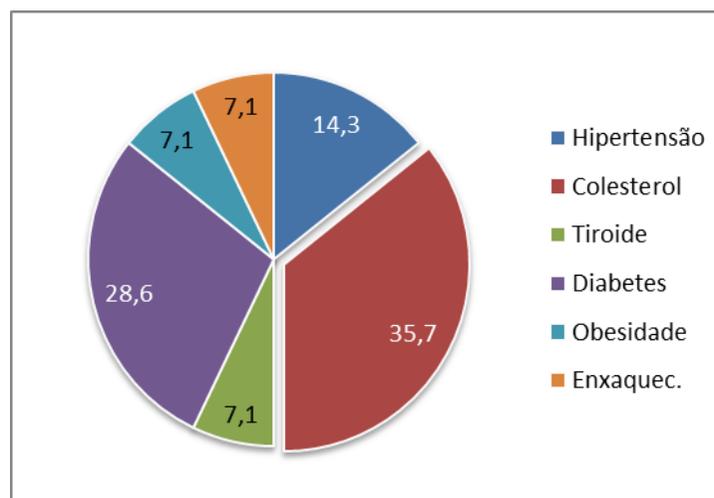
O emprego por conta de outrem surge como a situação mais prevalente (66,7%) sublinhando-se no entanto o facto de todos os participantes se encontrarem em situação de empregabilidade ao que não será estranho a circunstância dos Alimentos Funcionais apresentarem preços, em média, mais elevados que os produtos similares, não enriquecidos.



DOENÇA											
		Não	Sim	Hipertensão	Colesterol	Tiroide	Diabetes	Obesidade	Enxaquec.		
MÉDIA											TOTAL
	Mulheres	50	50	12,5	37,5	12,5	25	0	12,5		100
	Homens	58,3	41,7	16,7	33,3	0,0	33,3	16,7	0,0		100
	TOTAL	54,2	45,8	14,3	35,7	7,1	28,6	7,1	7,1		100,0

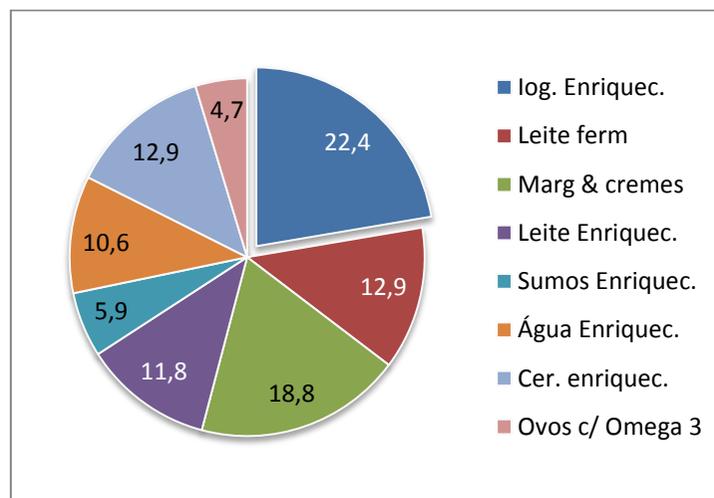
Sendo suposto que os grupos das mulheres e homens fossem homogêneos quanto à presença de doença crónica verifica-se uma distorção no caso dos homens pois, no Grupo 3, 2 homens que mencionaram a presença de doença, no recrutamento, não o manifestaram na ficha talvez pela formulação de "doença crónica" remeter para a percepção de doença com elevada gravidade.

Verifica-se a preponderância do colesterol elevado, seguido da diabetes tendo-se registado casos de doenças concomitantes.



ALIMENTOS FUNCIONAIS CONSUMIDOS											
		log. Enriquec.	Leite ferm	Marg & cremes	Leite Enriquec.	Sumos Enriquec.	Água Enriquec.	Cer. enriquec.	Ovos c/ Omega 3		TOTAL
MÉDIA	Mulheres	23,4	19,1	19,1	10,6	4,3	10,6	10,6	2,1		100
	Homens	21,1	5,3	18,4	13,2	7,9	10,5	15,8	7,9		100
	TOTAL	22,4	12,9	18,8	11,8	5,9	10,6	12,9	4,7		100

Destaque para os iogurtes enriquecidos (22,4%) sendo o produto mais consumido por ambos os sexos. Resultou dos Grupos Focais que a utilização destes produtos tem como objectivo quer a prevenção quer a resolução imediata de desconfortos associados à regulação do trânsito intestinal (em particular, obstipação). As margarinas são o 2º grupo de produtos mais consumidos por ambos os sexos como substituto da manteiga numa refeição diária como é o pequeno-almoço. O consumo mais elevado de leite fermentado (ex. Danacol; Benecol) por parte das mulheres talvez esteja associado a uma maior presença de colesterol elevado. Significativo o reduzido consumo de ovos c/ Ómega 3 por parte das mulheres, aparentemente associado a crenças de menor eficácia percebida (o ovo não é directamente enriquecido com ómega 3 sendo as galinhas alimentadas com ração suplementada com aquele ingrediente)



Anexo A5 – Documentos de Regulação Ética

A.5.1 – Declaração de Confidencialidade (transações com cartão cliente)

COMPROMISSO DE CONFIDENCIALIDADE

Eu, abaixo assinado, Paulo Jorge E. Monteiro, comprometo-me a observar o mais rigoroso sigilo sobre todas as informações relacionadas com o meu projecto de Investigação "Alimentar a Saúde. O alimento funcional como recurso terapêutico" no âmbito do Doutoramento em Sociologia do Instituto Superior de Ciências do Trabalho e Empresa (ISCTE-IUL), o qual será desenvolvido com base em dados de clientes da [redacted] a que tiver acesso para a prossecução deste projecto, que tem como objectivo a identificação de padrões de comportamento através da caracterização do gasto em produtos alimentares e do perfil de cliente, através da exploração de uma base de dados, sendo este compromisso válido perante pessoas alheias.

O presente compromisso é válido perante a [redacted] Instituto Superior de Ciências do Trabalho e Empresa (ISCTE-IUL) e terceiros, alheios ao meu Doutoramento e manter-se-á mesmo após o término da minha relação com o Instituto Superior de Ciências do Trabalho e Empresa (ISCTE-IUL).

Mais declaro estar ciente da importância da observância do sigilo para o Instituto Superior de Ciências do Trabalho e Empresa (ISCTE-IUL) e para a [redacted] e que a revelação de toda e qualquer informação a que tiver acesso no decorrer da execução do Projecto poderá ser considerada falta disciplinar muito grave.

Lisboa, 05 de Junho de 2014.



Paulo Jorge E. Monteiro

A.5.2 – Consentimento informado dos participantes nos Grupos Focais



CONSENTIMENTO INFORMADO

Declaro que aceito participar numa **Entrevista**, a realizar no âmbito do projeto académico de Doutoramento “*O Alimento Funcional como Recurso Terapêutico: Percepções e Desafios Sociais*”, e sob a égide duma instituição universitária: CIES/ISCTE-IUL.

A informação recolhida é registada de modo **confidencial**, destina-se exclusivamente a tratamento estatístico e/ou qualitativo, no âmbito científico do referido projeto, e qualquer eventual publicação de excertos da entrevista será feita sob **anonimato do entrevistado**.

(nome do participante)

(assinatura do participante)

Data: __/__/2016

Anexo A6 – Imagens de alimentos funcionais

A.6.1 – Apresentadas aos participantes dos Grupos Focais





SEG TER QUA QUI SEX SÁB DOM

Benecol

Benecol

Benecol

Benecol

Benecol

Benecol

Benecol

Benecol

parte integrante de uma dieta e um estilo de vida saudáveis

Benecol.
Provado que **Reduz o Colesterol**

redução do colesterol

10%

Benecol

Provado que **Reduz o Colesterol**

Marango

O éster de estanol vegetal de Benecol[®] (1,5 - 2,4 g por dia)
redução do colesterol em 7-10% após 2-3 semanas

3 semanas







A.6.2 – Campanha da Becel em Setembro/Octubro 2017



Anexo A7 – Listagem de publicações sobre A. Funcionais (2002-2017)

Ano	Autor(es)	Título	Publicação	Área Temática	Resumo
2002	José A. Mestre Prates e Cristina M. R. Pereira Mateus	Componentes com actividade fisiológica dos alimentos de origem animal	Revista Portuguesa de Ciências Veterinárias 97 (541) 3-12	Artigo Revisão. Medicina Veterinária	Revisão da literatura sobre os componentes alimentares de origem animal que têm sido relacionados com benefícios para a saúde humana, de modo a contribuir para a divulgação deste novo tópico junto dos médicos veterinários e de outros cientistas dos alimentos. Apesar do estudo dos alimentos funcionais se encontrar apenas no seu início, acumulam-se os indícios científicos de que os alimentos funcionais de origem animal podem contribuir significativamente para a melhoria da saúde humana.
2004	Martins, F. e Pinho, O.	Alimentos funcionais: Conceitos, definições, aplicações e legislação	Alimentação Humana. Revista da Sociedade Portuguesa de Ciências da Nutrição e Alimentação, Vol. 10(2) 67-78	Ciências da Nutrição	O mercado dos alimentos funcionais está a crescer rapidamente e abrange diversos tipos de alimentos, tais como leite e produtos lácteos, cereais, bolachas, matérias gordas para barrar e bebidas, entre outros. As alegações nutricionais e de saúde são importantes na rotulagem deste tipo de alimentos.
2005	Lígia Rodrigues, Isabel Rocha e Duarte Torres	Alimentos funcionais - uma área estratégica para a BIOTEMPO	Boletim de Biotecnologia. Órgão oficial da Sociedade Portuguesa de Biotecnologia 82(1) 3-12	Biotecnologia	No âmbito da sua Unidade de Biotecnologia Alimentar e Farmacêutica a BIOTEMPO tem-se dedicado ao desenvolvimento de novas tecnologias para a produção de ingredientes para alimentos funcionais, tendo elegido esta área como estratégica para o desenvolvimento da empresa.
2007	Jorge Pimentel do Nascimento	Motives Driving Functional Food Consumption among Portuguese Students	Tese Mestrado - ISCTE http://hdl.handle.net/10071/667	Marketing	O estudo quantitativo revela que os estudantes Portugueses só adotam hábitos de consumo frequente de cereais e sumos funcionais, quando acreditam que quer as suas necessidades de prazer, quer de bem-estar podem ser satisfeitas. Relativamente aos iogurtes, os consumidores mais frequentes parecem aspirar a um estilo de vida independente, procurando produtos alimentares que os ajudem a tomar conta de si

					próprios.
2008	J.M. Martins & O.P. Bento	As leguminosas como alimentos funcionais: o caso das dislipidémias e das doenças cardiovasculares	Revista de Ciências Agrárias, 30(1): 385-399.	Ciências Agrárias	A dieta mediterrânica é rica em alimentos funcionais. As leguminosas, um dos alimentos-chave desta dieta, têm visto o seu papel na prevenção de dislipidémias, diabetes e cancro do cólon mencionado por muitos autores.
2008	José Miguel Lopes Camolas	Alimentos Funcionais e Diabetes	Revista Factores de Risco, Nº11 OUT-DEZ 2008 Pág. 70-72	Nutrição	Discutem-se as modificações do estilo de vida, nomeadamente do padrão alimentar e da atividade física, como um ponto central da abordagem terapêutica da diabetes tipo 2. Define-se o conceito de alimentos funcionais e do seu potencial interesse na prevenção e tratamento da obesidade, da insulinoresistência e da diabetes tipo 2. Conclui-se que existe alguma evidência científica que suporta o potencial papel de alguns alimentos na prevenção desta doença.
2008	Carla Medeiros	Alimentos funcionais. A saúde numa embalagem	Moisés de Lemos Martins & Manuel Pinto (Orgs.) (2008) <i>Comunicação e Cidadania - Actas do 5º Congresso da Associação Portuguesa de Ciências da Comunicação</i> 6 - 8 Setembro 2007, Braga:	Ciências da Comunicação	Este estudo centra-se na publicidade aos alimentos funcionais. O corpus de análise é constituído por 70 anúncios retirados da Televisão, da Publicidade Exterior, da Imprensa e da Rádio entre os dias 1 de Janeiro e 30 de Junho de 2007. O objetivo principal desta análise é compreender a forma como estes produtos são publicitados.
2008	Duarte Torres	Alimentos funcionais na prevenção e tratamento de doença cardiovascular: recomendações	Revista Factores de Risco, Nº9 ABR-JUN 2008 Pág. 76-80	Nutrição	Num contexto de prevenção primária e tratamento de doença cardiovascular, várias organizações, com competência nesta matéria, recomendam a incorporação de alimentos fortificados com fitoesteróis ou fitoestanois como forma de aumentar o efeito hipocolesterolimante de uma dieta saudável.
2008	Duarte Torres, Nuno Faria Lúcia Rodrigues e Isabel Rocha	Ingredientes para alimentos funcionais – uma área de futuro?	Engenharia Química - Indústria, Ciência e Tecnologia, 8 (1º trimestre) 21-25. Disponível em: http://hdl.handle.net/1822/7853	Biotecnologia	Os prebióticos são ingredientes alimentares não digeríveis, geralmente oligossacáridos, que exercem um efeito benéfico no indivíduo estimulando seletivamente o crescimento e/ou atividade de espécies bacterianas existentes no cólon, melhorando a saúde do hospedeiro. O projeto "BIOLIFE - Ingredientes para alimentos funcionais" visa o desenvolvimento de processos alternativos de produção de prebióticos.
2008	Hélder Paulo da Silva Oliveira	O consumo de alimentos funcionais – atitudes e comportamentos	Tese de Mestrado – Universidade Fernando Pessoa. Disponível em: http://hdl.handle.net/10284/1067	Ciências da Comunicação	Surgiu uma nova área de investigação nas ciências dos alimentos e da nutrição: a dos alimentos funcionais. Esta dissertação pretende fazer uma análise da atitude dos consumidores portugueses

					face aos alimentos funcionais. Mais concretamente, procurou-se saber qual o conhecimento dos consumidores sobre os produtos funcionais, que crenças têm sobre a sua eficácia, que hábitos de consumo têm e quais os critérios que utilizam para a compra destes produtos.
2008	Ofélia Pereira Bento	Alimentos Funcionais - um mercado em expansão?	I Encontro Luso-Angolano de Economia, Sociologia e Desenvolvimento Rural. Universidade de Évora. Universidade de Évora. Évora (Portugal): 321-333 Disponível em: http://www.dzoo.uevora.pt/	Artigo de Revisão Ciências Agrárias	Atualmente, produtos como os iogurtes com os seus lactobacilos ou o chá com os seus antioxidantes constituem exemplos bem sucedidos da indústria agroalimentar neste domínio dos alimentos funcionais. Foi-se desenvolvendo, assim, um mercado global de alimentos funcionais que tem crescido, nos últimos anos, a uma taxa de cerca de 10% face à taxa de 2% verificada para os restantes alimentos e bebidas.
2009	Guiné, R., Lima, M. J., & Barroca, M. J.	Role and health benefits of different functional foods components	Instituto Politécnico de Viseu: http://www.ipv.pt/millennium/Millennium37/3.pdf	Indústria Alimentar	Functional food components are potentially beneficial components found naturally in foods or added to them as functional ingredients, and include carotenoids, dietary fiber, fatty acids, flavonoids, isothiocyanates, phenolic acids, plant stanols and sterols, polyols, prebiotics and probiotics, phytoestrogens, soy protein, vitamins and minerals.
2010	Hélder da Silva Oliveira, Paulo Ribeiro Cardoso	O marketing dos alimentos funcionais: reflexões sobre o mercado e os consumidores	Universidade Fernando Pessoa. Disponível em: www.bocc.ubi.pt	Ciências da Comunicação	O presente artigo procura analisar alguns dos traços importantes deste mercado assim como sistematizar as dimensões essenciais que caracterizam as crenças e atitudes dos consumidores face a estes produtos.
2011	Nuno Faria, Duarte Torres, Isabel Rocha e Lígia Rodrigues	Biotempo: Alimentos Funcionais & Nutrição	Boletim de Biotecnologia, 16-22 Órgão da Sociedade Portuguesa de Biotecnologia	Biotecnologia	No seguimento do projeto BIOLIFE, a BIOTEMPO tem vindo a desenvolver as suas atividades na área dos alimentos funcionais, nomeadamente dos prebióticos.
2011	Jorge Ramiro Ortega Afonso	Produtos alternativos de vinho. Vinificação de vinho adicionado de <i>Pausinystalia yohimbe</i>	Tese de Mestrado – Instituto Superior de Agronomia. Disponível em: http://hdl.handle.net/10400.5/4175	Ciências Agrárias	Assiste-se ao crescimento do interesse por alimentos funcionais, e mais concretamente por vinhos funcionais. Neste campo ainda existem muito poucos estudos, embora já se associe capacidades benéficas do vinho para a saúde humana, como é o caso dos polifenóis.
2012	Mariana Leonor da Conceição Ferrão	Percepção dos consumidores Portugueses sobre os alimentos funcionais	Tese de Mestrado – Escola Superior de Hotelaria e Turismo do Estoril. Disponível em: http://comum.rcaap.pt/handle/123456789/4412	Segurança e Qualidade Alimentar	As tendências mundiais da alimentação dos últimos anos indicam um interesse acentuado dos consumidores em certos alimentos que, para além do valor nutritivo, aportam benefícios para as funções fisiológicas do organismo humano.

					Tem-se assistido a um aumento da oferta, variedade e qualidade dos produtos alimentares, assim como ao aperfeiçoamento de estratégias de marketing para promover tais produtos. Estas variações nos padrões de alimentação, geraram uma nova área de desenvolvimento nas ciências dos alimentos: os alimentos funcionais.
2012	Ana Raquel Gonçalves Leal	Biomoléculas em cogumelos silvestres do Nordeste de Portugal: função nutricional e medicinal	Dissertação Mestrado. Escola Superior Agrária de Bragança. Disponível em: https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/7877	Biotecnologia	A procura de alimentos que tenham a capacidade de melhorar a nossa saúde e reduzir o risco de doenças tem vindo, progressivamente, a ganhar interesse. Os cogumelos podem ser um exemplo desses alimentos, apresentando ainda a vantagem de serem reconhecidos como uma iguaria. Esta característica pode colocar os cogumelos na interface farmacologia- nutrição.
2012	Sara Romeiro, Mayumi Delgado	A Saúde numa Chávena de Café	Revista NUTRÍCIAS 15: 20-23 Órgão da Associação Portuguesa de Nutricionistas (APN)	Nutrição	O café é alvo de estudo por diversas instituições científicas que procuram comprovar os seus benefícios na saúde, dos quais se destacam: patologias do foro neurológico, cardíaco, oncológico, hepático, endócrino, renal e ósseo. Como tal, é considerado um alimento funcional, com efeitos positivos para a saúde para além das características nutricionais.
2012	Noémia Lopes et al.	O natural e o farmacológico: padrões de consumo terapêutico na População portuguesa	SAÚDE & TECNOLOGIA . NOVEMBRO 2012 #8 P. 5-17.	Sociologia da Saúde	Neste artigo identificam-se os padrões de consumo terapêutico na população portuguesa, visando dar conta de um novo padrão emergente nas sociedades modernas, aqui designado de <i>Pluralismo Terapêutico</i> , noção com a qual se categoriza o uso conjugado ou alternado de recursos farmacológicos e naturais nas trajetórias terapêuticas dos indivíduos.
2013	Sofia Alexandra Esperança Baptista	Tendências de mercado - Bebidas funcionais	Dissertação de Mestrado – Escola Superior de Hotelaria e Turismo do Estoril. Disponível em: http://hdl.handle.net/10400.26/6295	Qualidade e Segurança Alimentar em Restauração	O presente estudo teve como principais objetivos o conhecimento sobre a perceção dos consumidores portugueses sobre o tema Alimentos Funcionais e as motivações que levam ao seu consumo, bem como o tipo de bebida que procuram para o efeito.
2014	Ana Filipa Campos Pereira	Potenciais alimentos funcionais com base em extractos de vinho de uva ou de videira	Dissertação de Mestrado – Universidade Fernando Pessoa. Disponível em: http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/4509/1/PPG_22943.pdf	Ciências Farmacêuticas	Pretende-se, para além de realizar uma revisão bibliográfica sobre alimentos funcionais no geral, conhecer a composição dos constituintes extraídos do vinho de uva ou da videira, que possam ser incorporados em alimentos já existentes, de forma a trazer benefícios para a saúde e bem-estar do indivíduo.
2014	Mónica Torres Tavares	Desenvolvimento de uma	Dissertação de Mestrado – Universidade dos Açores,	Tecnologia e	No presente trabalho foi desenvolvido um iogurte

		tecnologia de produção de iogurtes funcionais com leite de cabra contendo fibra de <i>Beta vulgaris</i> e frutos de <i>Vaccinium cylindraceum</i>	Departamento de Ciências Agrárias. Disponível em : http://hdl.handle.net/10400.3/3094	Segurança Alimentar	funcional utilizando matérias-primas selecionadas e provenientes da RAA, destinado sobretudo a pessoas de terceira idade que geralmente apresentam maior risco de deficiências nutricionais do que os jovens e os adultos, acrescido às alterações fisiológicas associadas ao processo de envelhecimento.
2014	Vera Lúcia Dinis Berbereia	Promoção do uso de Alimentos Promotores de Saúde na Dieta de Grupos Socioeconómicos Desfavorecidos	Dissertação do Mestrado – Universidade dos Açores, Departamento de Ciências Agrárias. Disponível em: https://repositorio.uac.pt	Tecnologia e Segurança Alimentar	Os grupos populacionais em dificuldade socioeconómica têm sido considerados como grupos de risco para uma alimentação inadequada e consequentemente para contrair doenças crónicas. A introdução de Alimentos Promotores da Saúde ou alimentos funcionais, na dieta pode constituir uma solução preventiva na redução da prevalência destas doenças.
2014	Paulo Jorge Monteiro	Alimentar a Saúde. O alimento funcional como recurso terapêutico	Actas do VIII Congresso Português de Sociologia. Disponível em: www.aps.pt/viii_congresso/VIII_ACTAS/VIII_COM0108.pdf	Sociologia da Saúde	A presente Comunicação, no âmbito de um Projeto de Doutoramento em curso, propõe-se explorar um espaço de problematização original para a Sociologia da Saúde e os desafios metodológicos colocados por objetos que se encontram fora das fronteiras tradicionais, em particular os alimentos funcionais na conformação híbrida das dimensões nutricional, organoléptica e sanitária. Esta última, por ativação do simbólico na sua finalidade de uso, promove uma nova função social do alimento.
2015	Paulo Jorge Monteiro	Alimentos Funcionais: Enquadramento sociológico e hábitos de consumo	CIES e-Working Paper N.º 200/2015. Disponível em: http://cies.iscte-iul.pt/np4/?newsId=453&fileName=CIES_WP200_Monteiro.pdf	Sociologia da Saúde	Os alimentos funcionais constituem um produto da ciência e do marketing e alimentam um ethos consumista alavancado por uma crescente reflexividade, conhecimento e ativismo por parte dos consumidores dos cuidados de saúde. Em Portugal são quase inexistentes os dados quantitativos e qualitativos sobre esta temática e a investigação em curso cruzará os resultados de um grande inquérito nacional, com 1200 inquiridos e que inclui uma secção específica sobre os AF, com a análise de uma base de dados de 500.000 transações, na tentativa de construir perfis de consumo dos AF em Portugal. Pesquisa qualitativa posterior, por meio de grupos focais, tentará revelar as lógicas e modos de adesão dos consumidores a esta opção da modernidade reflexiva, de fronteira entre o alimento e o

					medicamento.
2015	Paulo Jorge Monteiro	Novos consumos terapêuticos. Contextos e determinantes	Livro “Novos Temas de Saúde, Novas Questões Sociais”, Graça Carapineiro, Tiago Correia (Org.). Editora Mundos Sociais, Cap. 13, pp.129-137	Sociologia da Saúde	Num contexto de significativa farmacologização da sociedade quais as lógicas que suportam a mobilização, pelos indivíduos, dos alimentos funcionais enquanto recurso terapêutico?
2015	Inês Isabel Panasqueira Naia	Produção de alimentos funcionais inovadores a partir de tremçoço e ervilha com base no método de produção de tempeh de soja	Dissertação de Mestrado – Instituto Superior de Agronomia. Disponível em: https://www.repository.utl.pt	Engenharia Alimentar	O tempeh é um alimento indonésio fermentado pelo fungo <i>Rhizopus oligosporus</i> , cuja produção é benéfica no que diz respeito à melhoria da digestibilidade proteica e do valor nutricional de leguminosas
2017	Paulo Jorge Monteiro	Convergências sociais e medicalização	Plataforma Barómetro Social. 4ª Série de 2016 de Artigos de Opinião (Dezembro de 2016) . Instituto de Sociologia da Universidade do Porto	Sociologia da Saúde	O que é novo na bio-medicalização é que esta dispensa a patologização (reconfigurar realidades sociais comuns em doença) disseminando-se pelos territórios do bem-estar, vida saudável e qualidade de vida, suficientemente amplos e densos de oportunidades.



Escola de Sociologia e Políticas Públicas

O alimento funcional como recurso terapêutico:
Perceções e desafios sociais

Paulo Jorge Esguedelhado Monteiro

Tese especialmente elaborada para obtenção do grau de
Doutor em Sociologia

ANEXOS

Dezembro, 2017

Índice

ANEXO B – GRUPOS FOCALIS - TRANSCRIÇÕES	3
Grupo Focal – Pré-Teste – Lisboa, 8 de Junho 2016	4
Grupo Focal – Homens – Lisboa, 25 de Julho de 2016.....	38
Grupo Focal – Mulheres – Lisboa, 01 de Agosto de 2016.....	67
Grupo Focal – Misto 1 – Lisboa, 09 de Agosto de 2016.....	103
Grupo Focal – Misto 2 – Lisboa, 17 de Agosto de 2016.....	119
ANEXO C – GOOGLE TRENDS	149
Google Trends – A Nível Mundial – Categorias.....	150
Google Trends – Portugal – Categorias.....	151
Google Trends – Portugal – Categorias vs. Produtos.....	152
Google Trends – Portugal – Produtos	153
ANEXO D – ESTUDO ONAP – RELATÓRIO ESTATÍSTICO PERFIS DE CONSUMO	154
Introdução.....	155
Os Dados	155
Perfis de Consumo de Alimentos Funcionais.....	159
Tabelas de frequências (absolutas e percentagens)	174
Partição de 6 classes da classificação não-hierárquica - Tabelas de cruzamento, testes de qui- quadrado e medidas de associação	179
Planos Fatoriais 1-2 parcelares da ACM.....	232
Características mais relevantes nos fatores 1 e 2 da ACM - variáveis ativas e suplementares	244
ANEXO E – ESTUDO ONAP – RELATÓRIO ESTATÍSTICO. CARACTERIZAÇÃO DOS CONSUMOS.....	249
NOTAS METODOLÓGICAS PRÉVIAS	250
APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS	252
ANEXO F – BASE DE DADOS CARTÕES CLIENTE – GRÁFICOS	293
ANEXO G – CARTÃO CLIENTE – RELATÓRIO ESTATÍSTICO – PERFIS DE CONSUMO	304
Introdução.....	305
Análise de perfis por Sexo.....	306
Análise de perfis por Idade.....	318
ANEXO H – GRUPOS FOCALIS – PERFIS DE CONSUMO.....	329
Introdução.....	330
Metodologias.....	330
Análise de perfis de consumo dos indivíduos	331
Tabelas	338

ANEXO B – GRUPOS FOCAIS - TRANSCRIÇÕES

Julho – Agosto 2016

(H – Homens/ M – Mulheres)

Grupo Focal – Pré-Teste – Lisboa, 8 de Junho 2016

(8 minutos e 43 segundos)

Quando estamos a falar de alimentos funcionais falamos de alimentos deste tipo, o Activia, que tem adicionado outros componentes para atingir determinado objetivo. Estamos a falar do Compal Essencial, que para além da fruta tem adicionado outras vitaminas. Assim como esta margarina que tem ómega 3, ou destes ovos de galinhas que foram alimentadas com ómega 3. Este Benecol, Danacol, que são leites fermentados para proteger o coração e estes sumos aos quais são adicionados outros elementos, como por exemplo fibras. Bom, alimentos funcionais são alimentos a que foram adicionados artificialmente outros componentes. O que vamos conversar aqui é um pouco perceber porque usar com estes aditivos. Para vocês o que é que é a alimentação e o que tipo de preocupações é que têm com a vossa alimentação?

(10 minutos)

M – Para mim a alimentação é uma fonte de prazer mas ao mesmo tempo uma preocupação constante em não ingerir alimentos que me façam mal.

M – A alimentação para mim é a base de tudo. É o meu combustível e preocupo-me com o que ingiro. Faço também alguma pesquisa para conhecer todo o tipo de alimentação que existe. Tenho alguma curiosidade e tento perceber tudo o que existe. Gosto de variar, de inovar e experimentar receitas e alimentos novos; a alimentação para mim é quase que uma obrigação, tenho que cumprir quatro objetivos até ao fim da minha vida, e a alimentação é um deles.

Nem lhe vou perguntar os outros, só quero saber da alimentação.

M – Portanto é essencial e é a única coisa que eu faço bem em toda a terapêutica.

Tiago, e para si?

H – Eu também tenho bastante cuidado com a alimentação. Sempre fui desportista e a alimentação para mim, não é um modo de vida, mas tento ter cuidado com os alimentos e com algumas coisas. Com os estudos que são feitos e com o que se vai descobrindo, acho que muitas das doenças que vamos tendo podem derivar de certos alimentos e de coisas não tão saudáveis que vamos tendo no mercado alimentar.

Tiago, será que é por aí que vem a frase “Pela boca morre o peixe”?

H – Também, eu acho que sim.

É capaz de explorar melhor o que quer dizer com: “Uma parte das doenças vem da alimentação”.

H – Sim. Está tudo tão alterado e industrializado que nada é natural. É tudo quase rações, tudo aquilo está alterado. Antigamente era tudo mais cuidado, hoje em dia a agricultura é uma coisa massiva. Para dar para todos teve que se inventar muita coisa, não é... pesticidas, herbicidas, tudo e mais alguma coisa e a genética do próprio alimento. Na minha maneira de ver as coisas e eu não sou escravo da alimentação, nem pouco mais ou menos, mas tenho bastantes cuidados com o excesso de sal e açúcar e sinto bastante diferença naquilo que faço, como tenho uma atividade física bastante...

Ok, já vamos falar sobre essa parte da alimentação e outras coisas. E a Emília?

M – Eu sou extremamente cuidadosa com a alimentação e digo extremamente porque sou mesmo, não só comigo mas com a minha família. Porque a minha mãe vive comigo há muitos anos e é hipertensa assim como o meu marido. E eu sou muito cuidadosa com a alimentação, faço os possíveis para só comprar dentro daquilo que é possível, por exemplo em relação aos ovos, só compro ovos biológicos e naturais, porque acredito que isso exista. Em relação aos sumos, raramente compro, só mesmo em casos excepcionais, porque têm muito açúcar adicionado além do açúcar da fruta. Apesar de dizer que é 100% de fruta, aí não acredito. Em relação ao leite também tenho cuidado com leites enriquecidos, não é sempre porque acho que aquilo de ser todos os dias não é bem assim, com o cálcio, as vitaminas e isso assim... Tenho muito cuidado com o açúcar e com o sal e normalmente tudo o que seja enlatados como com muita moderação.

(15 minutos)

Muito bem, dá para perceber que de facto todos, de uma forma geral, têm cuidado com aquilo que ingerem.

Margarida, se me permite, há pouco disse que preocupa-se em escolher ingredientes que não façam mal, o que quer dizer?

M – Quer dizer alimentos que não tenham gorduras animais, o que não quer dizer que não coma carne, mas escolho carne sem gordura. Como principalmente peixe grelhado – gosto muito – e depois quando se trata de barrar o pão tento sempre que seja com margarinas

vegetais, nomeadamente a Becel com sabor a manteiga. Leite bebo daquele que é retirada a lactose, cai melhor no aparelho digestivo. Mas gosto muito de comer.

Se a Margarida diz que se preocupa em não utilizar alimentos que fazem mal, é porque há outros que não fazem bem? Há um contraponto a isto?

M – Sim, há. Há alimentos que fazem mal, nomeadamente as gorduras e os açúcares. E depois há outros que podem fazer bem, por exemplo a Becel – que tem sabor a manteiga e depois fica mais agradável – o Benecol que controla o colesterol quando a pessoa não quer tomar os medicamentos, o Activia que tem uma ação muito benéfica nos intestinos; portanto esse tipo de alimentos que eu acho que fazem bem.

A Emília também mete o Actimel no meio disto tudo?

M – Eu também costumo beber o Actimel.

Mas mete-o neste grupo?

M – Sim.

Por causa da “bolha”?

M – Não, é porque faz bem à flora intestinal.

É de facto... Enfim, já deu para perceber que são todos muito preocupados com a alimentação, o que é bom sinal, e que outro tipo de cuidados é que têm com o corpo? Ali o Tiago já mencionou que faz atividade física, as vossas preocupações com o corpo reduzem-se à alimentação ou tem outro tipo de preocupações, como por exemplo a atividade física.

M – Eu faço caminhadas todos os dias, faço ioga e meditação.

É a crise que a faz meditar?

M – Não, eu é que acho que me faz bem, eu acho que todos nós deveríamos tentar fazer.

Tiago, já deu para perceber que faz atividade física com alguma regularidade.

H – Sim, cinco a seis vezes por semana.

E é por isso que tem algum cuidado com a alimentação?

H – Por exemplo de há um ano para cá tirei o leite da minha alimentação, bebia quase um litro de leite por dia nos batidos de proteína, e tirei isso. Não sei se é psicológico ou não mas sinto-me melhor com isso.

Mas tirou e substituiu por aqueles produtos para desportistas?

H – Eu sempre tive cuidado com a minha alimentação, tenho um metabolismo bastante acelerado e portanto posso comer tudo e mais alguma coisa que acabo por destruir tudo. Tenho dificuldade em ganhar peso só com a alimentação.

(20 minutos)

E a Tânia?

M – Eu infelizmente, antes gostava de fazer exercício físico, fazia na escola e numa atividade depois das aulas. Psicologicamente agora anda mais difícil porque passou a ser uma obrigação, e assim não faço por gosto. Mas obrigo-me a pagar uma mensalidade no ginásio apesar de ir lá de três em três meses, mas não consigo desistir para mentalmente pensar que ainda vou fazer. Eu gostava de fazer exercício físico mas arranjo desculpas de falta de tempo e de organização familiar para não fazer. Mas sinto falta disso.

Aqui a Margarida fala em...

M – Eu só tento fazer a minha vida corrente a pé. Tento ir fazer as compras a pé e assim, não tenho...

Subir umas escadas em vez de elevador... Muito bem. Bom, falando um pouco mais em pormenor dos alimentos ditos funcionais, é uma designação que se generalizou e que tem aquilo tudo que já aqui falámos – o Actimel, Danacol - no fundo estamos a falar de alimentos aos quais foi adicionado... Há dois tipos de alimentos chamados funcionais: os quais foi retirado alguma coisa – o leite sem lactose é um exemplo – e nós vamos aqui falar dos outros alimentos funcionais, os alimentos aos quais foi adicionado ou enriquecido com alguma coisa de forma a ter outro tipo de intervenção. O que é para vós os alimentos funcionais e como é que começaram a tomar? Alguém vos disse, pesquisaram sobre eles, como há pouco disse a Tânia; se consomem muito, quando. Falem-me um pouco.

H – As campanhas de marketing, a indução.

No seu caso que tipo de produtos funcionais é que toma?

H - Por exemplo, eu tento tirar as gorduras do meu organismo. Discordo com a questão dos produtos que fazem bem e os produtos que fazem mal, para mim é os produtos que fazem

menos mal. As gorduras fazem sempre mal, em vez de termos uma manteiga com 90% de gordura se calhar temos uma com 20 ou 30%; não acho que seja uma coisa que faz bem mas é uma coisa que faz menos mal ao nosso organismo. Neste novo século, muitos dos produtos que ingerimos é por campanhas de marketing, as pessoas vão muito por modas. Há uns anos era a moda dos detox agora é dos produtos sem isto ou sem aquilo e as pessoas vão na onda.

Mas no seu caso, deste conjunto que falámos, toma algum com regularidade?

H – Sim, o Activia para regular a minha flora intestinal.

E porque começou a tomar Activia? É um daqueles influenciados pelo marketing?

H – Não só.

Ou é como a Emília que gosta de provar as novidades?

H – Eu sou um pouco como a Tânia, sou uma pessoa que pesquisa muito e tenho algum conhecimento em relação a isso.

M – Eu primeiro experimento e depois é que pesquiso.

H – **Com a informação que nos vai chegando também é uma questão de experimentarmos e ver se funciona para nós. Para mim funciona, se calhar para outras pessoas já não.** Eu tenho um irmão gémeo, e há coisas que comigo funcionam e com ele não, por exemplo. Agora, se calhar e com as campanhas que chegam a casa também ajudam um pouco a fazer com que nós experimentemos as coisas. Há poucas pessoas, e eu falo por mim, que apesar de serem bastante ativas e preocupadas em querer saber – até com os meus amigos falo sobre questões a nível alimentar – foi uma das coisas que me chegou a casa e me fez experimentar aquilo. E dou-me bem. A nível de manteigas, por exemplo, por acaso uma das que eu consumo é a Becel – tanto a Pro-Active como a outra de sabor a manteiga – porque faz menos mal do que as outras.

(25 minutos)

M – Se não tiver colesterol a Pro-Active não é muito indicada.

H – Como assim?

M – Se não tem colesterol...

Mas no caso do Tiago é porque tem que pôr alguma coisa no pão e portanto em vez de pôr uma que faz pior...

H – Sim, se calhar em vez de ir buscar outra...

Ok.

E a Emília diz isso porquê?

M – Porque normalmente o que dizem, e o que eu tenho conhecimento, é que o Pro-Active é para pessoas com o colesterol alto.

Há dois tipos, é isso?

M – Há.

E quer me explicar quais são?

M – Só sei que há dois tipos, a Becel normal e a Pro-Active que é para quem tem colesterol.

Se eu tiver aqui uma normal e uma Pro-Active, para além do nome acha que tem alguma diferença entre elas?

M – Tem. Não sei exatamente qual é agora, mas tem.

M – Mas eu sei que tem porque eu antes de comprar vejo sempre as características do produto; e sei que aquela está indicada para o colesterol. Por isso eu compro essa porque tenho pessoas que têm esse problema.

Deixe-me fazer aqui uma pergunta, acredita nesses benefícios da Becel?

M – A Becel normal é para todos lá em casa, e a Pro-Active é para a pessoa que tem colesterol.

Mas qual é o benefício? É para tirar ou para pôr?

M – Para tirar os benefícios da manteiga, não é.

E no corpo?

M – E no corpo também, o benefício de tirar o colesterol

Mas as duas servem para a mesma coisa?

M – Não. A Becel normal todas as pessoas podem usar, crianças e tudo. E a Pro-Active já não é bem assim.

O meu colesterol são 160...

M – Está um bocadinho elevado.

Mas pelo padrão norte-americano está baixo, para o europeu está assim-assim. Vamos fazer o seguinte, eu tenho 125, devo comer Becel ou não?

M – Pode comer.

Posso ou devo?

M – Deve. Porque é que deve estar a comer a Pro-Active?

E se tiver 245?

M – Aí deve ir ao médico, seguir as orientações e tomar o Danacol, etcetera, etcetera. Esses cuidados todos.

Esses é se eu tiver 245...

M – E é o que eu penso.

Por isso é que eu estou a perguntar a si. O que a Emília me está a dizer é que há um antes e um depois?

M – Sim, há um antes e um depois. Eu não vou estar a tomar aquilo porque é direcionado para pessoas com colesterol.

Muito bem.

M – É um género de medicamento.

M – Não é bem.

Tânia, diga-me como é que olha para estes alimentos enriquecidos?

M – Penso que em vez de investir na farmácia estou a investir no frigorífico mas para a minha saúde. Há certos alimentos que são muito mais caros, mas vai permitir reduzir – já que por alimentação saudável e atividade física não consigo – pelo menos com aqueles alimentos consigo ter um complemento à minha saúde, mas apenas em determinadas ocasiões. Por exemplo, eu não consumo diariamente determinados produtos. Foi um choque para mim quando o meu colesterol, em Março, estava a 204. Aí fui logo atacar com tudo e ver como podia mudar a alimentação para reduzir.

Mas quem é que lhe deu essa indicação?

M – A médica.

Portanto não lhe passou a medicação, mas disse para ter cuidado com a alimentação.

M – Disse: “Vê lá o que é que tu andas a ingerir porque nunca tinha acontecido nada assim tão repentino”. E eu nessas alturas faço o esforço económico de comprar determinados produtos, agora neste caso foi do colesterol, mas por exemplo se eu estiver com problemas

intestinais ela diz-me para não beber leite, ou tomar uns iogurtes para ajudar. E eu então vou experimentando esses alimentos e recorro ao ver se funcionam comigo ou não. Para mim é um investimento na saúde, prefiro dar 5€ por uma manteiga ou 2,5€ por quatro iogurtes do que depois ter que tomar mais medicação.

(30 minutos)

E a Margarida?

M – Eu penso que até certa idade, e desde que se seja saudável, não há necessidade destes alimentos. Deve variar-se muito os alimentos, inclusivamente a manteiga porque tem lípidos solúveis que não existem noutros alimentos, portanto acho que se deve variar. Agora a partir de certa idade tem que se começar a ter cuidado e principalmente quando aparecem alguns distúrbios e aí acredito que estes alimentos podem ajudar bastante.

M – Por acaso eu não concordo com a Margarida, acho que a alimentação deve ser feita desde pequenina.

M – Eu também acho que devemos ter uma alimentação variada, um bocadinho de tudo.

M – Mas há coisas que são completamente desnecessárias, por exemplo em relação aos sumos acho que as crianças não devem beber. Os meus não bebiam, e tenho um com 25 e outro com 35. Não quer dizer que não bebiam esporadicamente, mas em casa não bebiam.

M – Mas há sumos e há refrigerantes...

H – Sim.

M – Por exemplo isto [Compal], ou os cereais que também têm uma dose de açúcar.

M – Há alguns exemplos daqueles que nos mostrou no início que ficamos a pensar... Por acaso eu sou consumidora de grande parte desses produtos, mas por exemplo em relação ao meu filho que se eu não consigo que ele coma uma maçã – ainda não tem os dentes da frente – vou levar aqui...

M – Faz um batido de maçã pura.

M – Eu acabo por optar por esses alimentos que me facilitam no dia-a-dia, uma vez que eu não consigo ter uma gestão do tempo que me permita fazer esses batidos na hora e opto por determinados alimentos porque penso que não são tão maus. Agora, não são tão maus como o quê?

Muito bem, como é que chegaram a este tipo de produtos? O Tiago aparentemente pesquisa e informa-se, a Tânia diz que a médica pediu para ter cuidado com o que se come, a Margarida há pouco até disse que o Danacol é para quem não quer tomar os medicamentos...

M – Eu foi através da informação veiculada pela televisão.

Portanto não foi alguém que já tomava nem o médico; foi espontaneamente.

M – Exatamente.

A Tânia quando disse que tinha 204 de colesterol, foi ao ir ao médico?

M – Análises de rotina de três em três meses.

E a médica alertou-a.

M – Sim.

Não lhe deu medicação mas alertou-a e disse especificamente que deveria substituir a manteiga por isto... Deu-lhe indicações específicas ou disse genericamente para ter cuidado com o que comia?

M – Neste caso em específico ela alertou-me. Mas há uma equipa multidisciplinar, composta por nutricionistas. Esses nutricionistas estão sempre a dar dicas e agora têm lá um computador e mostram os produtos que temos que comprar. Portanto os próprios nutricionistas estão sempre a dar-nos dicas e muitas das minhas opções alimentares vêm da equipa multidisciplinar. Nutricionistas, dietistas e até mesmo a médica.

(35 minutos)

De uma forma geral, o que acham positivo dos alimentos funcionais? Quando pensam neste tipo de alimentos o que é que vos vem à cabeça? Porque é que acham que são positivos?

M – Prevenção.

M – Direcionados para problemas específicos.

M – Em minha casa somos três, e podemos incluir a casa da minha mãe, que são mais três. Porque eu sou muito ativa e dou muito a minha opinião na escolha dos alimentos que consomem. Faço sempre uma crítica quando abro o frigorífico e tento com o meu conhecimento transmitir-lhes essa experiência. E eu não acho – é a minha opinião – que esses produtos são só para quem tem problemas de saúde ou aquela situação naquela altura. Outras

pessoas que não têm essas condicionantes também podem consumir esses alimentos, porque se faz bem a mim também deverá fazer bem a eles, e acabo até por falar com colegas de trabalho, mesmo que não tenham alguma condicionante pedagógica.

H – As pessoas têm vindo cada vez mais a estar conscientes da alimentação, é algo bastante importante que nós temos. O exercício físico é muito importante mas a alimentação é a base de tudo, cerca de 80% da nossa vida saudável vem daí.

M – E as pessoas acabam por pensar que se faz bem a ela ou a outro também me irá fazer bem a mim. Até quem é saudável também consome, até com o medo de vir a ter esses problemas.

Mas Tânia, diga-me o seguinte, há pessoas que nem têm esses problemas e consomem. Porquê? Olham para este tipo de alimentos e pensam que também não há de fazer mal? Isto tem produtos que foram adicionados à margarina, por exemplo...

M – Eu não como. Se for um produto para um determinado produto que eu não tenho, eu não como.

E se tiver esse problema?

M – Aí provavelmente consumiria.

Só consome em função do problema, é isso? Se vir que um produto é para hipertensos, não consome?

M – Não. Mas para a hipertensão, por exemplo, eu também não como sal ou como muito pouco. Como muitos legumes, não como carnes vermelhas, tenho outros cuidados.

Fazendo uma pergunta à Tânia, mesmo nessas conversas de recomendação que tem com os colegas, se fosse um medicamento certamente não o faria – digo eu – mas este tipo de alimentos recomenda porquê? Acha que estes alimentos fazem bem ou menos mal? Porque é que se sente à vontade para sugerir estes alimentos?

M – Mal não fazem, senão não estavam expostos ali, não era? Nas farmácias nós não temos acesso aos medicamentos, mesmo aqueles de venda livre estão mais ou menos guardados. Agora num supermercado nós temos acesso direto às coisas, acho que qualquer pessoa pode comer que não vai ter problema com isso.

O que me está a dizer é que o facto de estar no hipermercado é sinónimo de que à partida não irão fazer mal, é isso?

M – Sim, é.

H – Os medicamentos do Celeiro, os suplementos alimentares, os Ômega, acho que é um pouco por aí.

M – Aí já não concordo.

Mas tomam esses produtos porquê? Vamos imaginar um produto para o colesterol, por exemplo a Becel Pro-Active. Não se toma uma Becel hoje e se vê efeitos...

M – Claro que não, mas eu só vou comprar agora...

Portanto nestes casos que não se vê efeito imediato, no caso do Activia já é diferente e pode se ver efeitos mais imediatos, mas no caso da Becel e do colesterol não se vê o efeito, porquê?

(40 minutos)

M – Porque tem menos gordura. Eu leio aquilo tudo e vejo que a Becel tem pouca gordura e é vegetal, e como eu tento consumir pouca coisa de origem animal, ajuda. A Pro-Active está direcionada para um determinado público e não é porque está em promoção que se compra e leva para todos. Se tiverem crianças com 10 anos e sem problemas de colesterol não acho que seja o adequado.

M – Eu também acho isso com o Benecol, não deve ser usado por pessoas que ainda não têm uma alteração do colesterol.

Mas por exemplo o Benecol que a Margarida falou, toma Benecol?

M – Sim.

Porquê? Tem alguma doença cardiovascular ou hipertensão?

M – Não, tenho o colesterol um bocadinho elevado.

E foi o seu médico que lhe disse para tomar?

M – Não, porque não é muito elevado. Não me receitou nada, disse para fazer dieta e eu além da dieta tomo o Danacol.

Portanto para além da dieta não está a fazer medicação?

M – Não, não estou.

Algun de vós já tomou estes produtos e depois deixou de tomar? Lembram-se de alguma situação em que tenham tomado por alguma razão e depois tenham deixado de consumir?

M – Sim, o L.Casei Imunitass. Mas já não sei qual é a marca.

Há várias marcas, é uma bactéria.

M – Eu achava que estava com o sistema imunitário mais debilitado e então tomava isso em jejum. O ómega 3, comecei a ler sobre ómega 3 e a perceber que não valia a pena comer peixe todos os dias e então comecei a preferir alimentos ricos em Ómega 3. Fossem adicionados ou ricos em ómega 3. Mas em relação ao L.Casei Imunitass deixei de tomar.

Deixou de tomar...

M – Sim, porque acho que só devemos tomar durante 14 dias. Mas de vez em quando penso e compro 14...

Porque é que são 14 e não são 13?

M – Eu vi no anúncio...

No anúncio.

M – E li depois sobre isso, é uma bactéria que não devemos ter em excesso. E por isso é que são só 14 dias.

H – Duas semanas.

M – E eles fizeram questão de passar essa mensagem ao consumidor, pelo menos para mim passou.

Margarida, olhe para a Tânia. Consegue imaginar a Tânia com 55 anos?

M – Sim, consigo.

Muito bem. A Tânia tem 55 anos e adora leite. Está no supermercado e na prateleira do leite, tem lá um pacote normal e um que diz que tem mais X% de cálcio. Qual é que recomenda?

M – Eu acho que escolhia o do cálcio, com 55 anos vai começar a pensar na osteoporose.

M – Mas pode não ter.

Espere um pouco, Emília. Acha que nessa altura ela vai começar a pensar nisso, é isso?

M – Sim, acho que sim. Pode eventualmente não ter, mas há muitas probabilidades porque, como nós sabemos, há muita descalcificação.

H – Mas podemos ter uma alimentação preventiva.

E também associam estes alimentos a essa lógica de prevenção?

M – Também.

H – Sim.

M – Sim, aí não é preciso grande coisa.

M – O leite.

M – Desde que não tenha qualquer indicação contra o leite.

H – Muitos dos elementos que estamos a falar é na lógica da prevenção. Chegamos a uma altura que eu com 35 anos não como a mesma coisa que comia com 20.

E gosta de cerveja?

H – Gosto.

E se eu tiver uma cerveja espetacular que tem ómega 3?

H – Mas eu não bebo a cerveja pelo ómega 3...

M – Eu compro com cálcio, mas não compro daqueles leites que são muito enriquecidos. Gosto de coisas mais naturais.

(45 minutos)

Tiago, portanto a cerveja se eu lhe disser que tem ómega 3, não é por aí que compra?

H – Não, é pelo sabor. Até porque me pode por uma cerveja muito mais cara e eu não a beber por não gostar do sabor.

E se for um queijo tipo flamengo?

H – Com ómega 3?

Sim.

H – Se calhar posso por na minha dieta.

Portanto cerveja não mas se for queijo já pode ser, é isso?

H – Se me disser que é uma cerveja que eu gosto e que consiga por lá ómega 3, também bebo. Mas eu também não tenho o hábito de consumir cerveja todos os dias.

E gelados, gosta?

H – Gosto mas por acaso até é raro comer.

Mas nunca come?

H – Como, sim.

E se tiver um gelado com ómega 3?

H – Se calhar, e para ter uma pequena noção, eu como faço desporto tenho que rentabilizar aquilo que faço, não vou para o ginásio e saio e vou ao McDonald's, nem vou comer batatas fritas.

Não é isso que estou a perguntar. Imagine que vai comer um gelado e tem um gelado A e o gelado que também é da marca A mas com ómega 3, isso leva-o a alguma coisa?

H – Isso é relativo.

Imagine que quer comprar arroz, tem arroz normal e o outro com ómega 3. Poderia comprar o segundo?

H – Sim, se calhar.

O Tiago disse ali uma coisa que gostaria de ouvir a vossa opinião. Ele disse que toma alimentos funcionais porque é juntar o útil ao agradável. Concordam?

M – Por exemplo os gelados a mim não me diriam nada; mas no arroz diria.

Margarida diga-me uma coisa, já que gosta muito de comer, o que é que gosta muito de comer? Uma coisa doce. Leite-creme, gosta?

M – Não como muito, mas sim.

E morangos com *chantilly*?

M – Só com açúcar, com *chantilly* não tanto.

Morangos com açúcar então. Prefere o ómega 3 nos morangos ou no açúcar?

M – Eu preferia nos morangos.

Acham que de facto o alimento funcional é um pouco isto de juntar o útil ao agradável?

M – Sim, é. Porque se nós não conseguirmos compensar, por algum motivo, a opção mais correta em termos nutricionais, **ao menos estou a fazer alguma coisa e a consciência não pesa tanto.** Porque realmente a alimentação é fundamental, e eu tenho uma carga muito grande porque tenho uma grande tendência para a obesidade, inclusivamente a minha criança. Então as minhas escolhas são com algum valor nutricional acrescentado.

Muito bem, digamos que tem preocupações com o colesterol alto e imunidade. Não considera em vez de tomar um medicamento destes comprar um suplemento alimentar?

M – Sim.

M – Não.

Imagine que tem um problema nos ossos e portanto tem duas opções: tem aqui uma opção do mimoso enriquecido com cálcio e têm um suplemento alimentar também com cálcio. Entre um e o outro, a Margarida qual prefere?

M – Depende do grau do problema. Eu até tomo suplementos alimentares porque não existe no mercado nada que me garanta substituição desses mesmos suplementos. Por exemplo, para o cabelo eu tomo um suplemento porque não existe nada no mercado que me garanta que vai fortificar o cabelo.

(50 minutos)

Mas se existisse preferia?

M – Se o caso fosse muito grave, como é o meu, já teria que ser com suplementos. Mas se fosse uma pequena queda de cabelo, sim.

O que me está a dizer é que a opção pelo alimento em vez do suplemento tem que ver com a gravidade. E então situações pouco graves...

M – Podemos colmatar com esses alimentos.

Mas em situações mais graves já tem que ser com suplementos, ir à procura de outra coisa. Para uma situação pouco grave mas que para a qual não há ainda alimento funcional, aí também usa um suplemento. É isso?

M – Sim.

E Tânia, no seu caso com a imunidade, se tiver um leite com uma bactéria que promove a imunidade e um suplemento?

M - **Eu tento sempre ir aos alimentos o que preciso, mas já me aconteceu na altura em que estava com problemas de pele devido à imunidade, fui comprar o mangustão. Lá está, eu experimento.**

Para si o mangustão é um alimento ou um medicamento?

M – É um alimento de difícil acesso, às vezes há no Continente e Jumbo.

Mas foi esse que você comeu?

M – Eu não consumi o alimento porque não sabia como prepará-lo. Eu experimentei o suplemento.

Mas em líquido ou em comprimido?

M – Líquido.

E quando o estava a consumir, era medicamento ou alimento?

M – Via como um alimento, porque não gosto de tomar medicação e então vou sempre para os alimentos.

Portanto o que a Tânia me está a dizer é que a primeira tentativa é através dos medicamentos.

M – Sempre.

Se não resolver ou se não houver um alimento para o que procura é que recorre a outras coisas e o medicamento surge sempre apenas nas situações mais graves.

M – Mesmo na farmácia, eu para mim nunca é uma opção. Prefiro ir ao Celeiro ou área de saúde e perguntar às pessoas que lá trabalham o que me aconselham.

Mas Tânia, no Celeiro há empadas, rissóis, sopa e arroz...

M – Prefiro ir comer ao Celeiro do que em qualquer loja de *fast-food*.

A minha pergunta não é essa. Estão lá essas coisas, e tem o frasquinho A, B e C. Se for lá ao Celeiro, o que é que faz?

M – Eu vou sempre ao alimento, porque eu preciso de alimento. É o meu combustível e sem ele não consigo subir esta escada. Para mim é dinheiro desnecessário...

Mas por exemplo se precisasse de magnésio e pode consumir através da água do Luso tem uma variedade que diz Luso Magnésio ou pode tomar um medicamento.

M – Não, senhor. Eu vou dar o exemplo da água, quando soube que havia uma água que tem um PH muito superior e que é alcalina...

Isso agora não me interessa, interessa-me saber se tiver magnésio.

M – Mas...

Eu já percebi o que me quer dizer. Você precisa de magnésio, certo?

(55 minutos)

Um exemplo mais prático, o Luso tem o Luso Fibras, a que são adicionadas fibras á água. Mas por outro lado tem também um suplemento alimentar que promove um melhor funcionamento do trânsito intestinal. Entre o Luso Fibras e o suplemento...

M – Eu vou optar pelo Luso Fibras.

Mas permitam-me regressar aqui ao magnésio. Tem a opção de beber aquela Luso com um comprimido de magnésio ou beber a que diz Luso Magnésio. Porque é que opta pela água?

M – Eu sei que os alimentos e os rótulos nem sempre correspondem à percentagem certa, tenho sempre uma certa dúvida. Não é pelo Santal dizer que tem ameixas que promovem o trânsito intestinal que eu vou consumir, porque não faz parte da minha alimentação.

O que me está a dizer é: “Já que tenho que beber um litro e meio de água por dia, vou escolher uma água que tenha coisa mais”. É isso?

M – É.

H – Eu preferiria beber um leite com cálcio do que normal.

Está à procura de um qualquer objetivo e não altera muito os seus hábitos.

M – Mas para aquilo que eu acho que posso contribuir para o ajudar, com a minha opinião é, no outro dia vi uma manteiga que era enriquecida com linhaça, eu consumo linhaça nos iogurtes. Para que é que ia comprar a manteiga? Não preciso.

Como é que consome a linhaça nos iogurtes?

M – Em pó e misturo.

Mas Tânia, o meu iogurte que já tem linhaça.

M – Como eu tenho que variar e todos os dias tenho que comer um iogurte, está a ver que eu uso a palavra Tenho, utilizo porque é uma pressão.

Eu preciso de fazer mais uma pergunta. A minha insistência no magnésio é porque tenho um segundo sentido, como é óbvio. Imaginem que eu tenho aqui um Luso Fibra mas ao contrário daquilo que é a função normal que pensamos, tenho uma água com fibras que serve para saciar ou seja, para evitar que eu coma muito.

M – Picos glicémicos.

Isso. Na sua perspectiva, se eu tiver aqui uma Luso Fibra que serve para eu evitar que coma muito, isso é um produto funcional na lógica que o Paulo falou ao início?

M – É.

Mas não está a fazer nada no meu corpo.

M – Se calhar está.

H – Está a inibir.

Mas não está a resolver nenhum problema.

M – Está.

Qual?

H – A fome. Fechar a boca.

M – A obesidade.

H – Fechar a boca, é diferente. As nossas vontades são aquelas que o organismo pede e nós acabamos por ceder.

Então consideram funcional?

M – Sim. Por exemplo, se eu for a um café mas estou cheia de fome – apesar de saber que não deveria comer àquela hora – se calhar em vez de pedir uma água e um pastel de nata, ou uma água e qualquer coisa vou pedir uma água dessas. Porque essa água vai acabar por dar mais benefícios.

Mas a água não mata a fome. Como é que me está a dizer que eu tenho uma água com fibra que é um produto funcional porque me sacia?

(Uma Hora)

M – Mas mata. Não mata a fome mas ajuda, porque se tiver aqui uma água eu vou bebê-la antes de comer para...

H – É um inibidor.

É um inibidor. E basta isso para ser funcional, é isso?

H – Sim.

M – Tanto que não se deverá, penso eu, beber muito dessa água. Por exemplo, não se deve beber um litro e meio. Poderá beber uma garrafa das pequenas dessa água a meio da manhã para ao almoço não ter tanto apetite.

Ouvir a vossa opinião sobre, penso que foi a Tânia que disse, o experimentar não há de fazer mal. Portanto quando pensam num medicamento sabem que os mesmos podem ter efeitos secundários, este tipo de alimentos funcionais poderá ter esse mesmo tipo de efeitos secundários?

H – Mas tem. Cada organismo é um organismo.

M – Não, tem que se ter cuidados. O Benecol só se pode tomar um por dia. Há que ter...

Mas ele é tão pequeno, Margarida.

M – Pois é.

H – Um comprimido também é pequeno.

Muito bem. Então não é substituto da alimentação, é isso?

M – O comprimido não.

E o Danacol?

M – Não é substituto, é um complemento.

Então eu se me apetecer beber um iogurte, bebo primeiro um iogurte líquido e depois o Danacol.

H – Não, tira o líquido e bebe só o Danacol.

M – Mas se for magrinho, pode.

Mas eu sou...

M – Quero acrescentar aqui uma coisa. Eu consigo ver a diferença entre esses alimentos e os outros. Dando um exemplo, eu quando compro Cola-Cao para o leite e vejo lá que tem aveia, ferro ou outras vitaminas, isso para mim e para o meu conhecimento, não me convence. Porque eu sei que é os ingredientes que lá estão é que têm isso. Nos casos que estamos aqui a ver eu já acredito, porque sei que não é a manteiga que tem ferro e acredito que foi acrescentado mais alguma coisa.

E portanto acredita por aquilo que lê e ouve, é isso?

M – Depende. No caso do Cola-Cao eu sei que não acrescentaram lá nada e que eles estão a evidenciar as características que o produto tem. Aí sei que não, a margarina e a manteiga já têm e eles não estão a dizer que tem mais ferro ou menos gordura...

H – Eles acrescentaram.

M – Pois.

M – Eu acredito nos estudos.

M – Eu também, mal de nós.

M – A minha cabeça tem aqui duas situações, aquilo que a publicidade nos tenta injetar e por outro lado isso não é publicidade porque é algo que eles adicionaram e que não existia.

Portanto quando a Becel Pro-Active faz um anúncio na televisão a dizer que é um creme vegetal enriquecido com ómega 3 e reduz o colesterol, isto é publicidade.

M – É publicidade mas para mim é credível.

Mas há publicidade que não devemos acreditar.

M – Não se brinca com a saúde.

H – Há uma autoridade para isso.

Portanto se eles dizem isso é porque estão autorizados, e se estão autorizados é porque apresentaram provas.

M – Eles têm sempre o back-up de alguma associação, por exemplo esse que mostrou agora tem o coração. Creio que isso tem que ver com um grupo de médicos cardiologistas que não iriam dar o nome por algo que não acreditassem.

(Uma hora e cinco minutos)

Muito bem, acreditam no que está escrito ou num logotipo de nutricionistas ou cardiologistas.

M – Depende!

Depende do quê?

M – Nesses eu acredito, agora numa barra de cereais que me diga que tem isto ou aquilo de fibra eu já sabia que isso que lá estava. Eu como conheço os alimentos sei que aquilo que eles estão a evidenciar...

Portanto o que me está a dizer é que quando num creme vegetal metem ómega 3 acredita porque à partida esse creme não tem ómega 3 na sua constituição...

M – Tem, eu acho que tem! Não tem?

H – É uma gordura saturada, não.

M – Se eles dizem que adicionam é porque adicionaram.

E tomarão este tipo de produtos até quando? Acreditam no que lá vem e tomarão até quando?

H – Até nos sentirmos bem, até haver uma evolução no mercado.

M – Às vezes eu mantenho, porque penso que se me está a ajudar não vou querer voltar ao ponto em que estava.

M – A Becel com sabor a manteiga eu acho que vou usar sempre, porque gosto e acho que não me faz mal.

O que me está a dizer é que a vai consumir porque não lhe faz mal. Porquê?

M – Porque não tem adicionado nada que eu pense que me vai prejudicar. E pelo sabor agradável.

Embora seja um produto alterado, o que foi adicionado não a vai prejudicar, é isso?

M – Sim. E não consumo em quantidades tais que ache que me pode prejudicar, é só um bocadinho no pão.

H – Até aparecer uma manteiga que em vez de ser com 75% de redução de gordura passe a ser de 95%. É um bocado por aí, eu acho. Quando aparecer algo que não seja tão desastroso para a nossa alimentação, nós vamos experimentar. Porque lá está, nós compramos muito pelo rótulo. Por isso se aparecer uma Becel ou outra marca com 95% de redução de gordura é isso que vamos passar a usar.

M – Até pode ser 100% vegetal, que a Becel não é.

M – Até lá mantemos.

H – Sim, estão sempre em investigação, não é?

Tenho aqui uma linha e aqui [sensivelmente a meio] é a zona de fronteira, de um lado tenho alimentos e do outro tenho medicamentos. Falem-me sobre este ponto de fronteira.

M – Eu só vou aos alimentos.

H – Mas medicamentos químicos, naturais?

M – Medicamentos de farmácia é quando o médico diz que é preciso tomar.

M – Sim, eu também só tomo medicamentos receitados.

M – E até mesmo alguns suplementos alimentares também.

H – E as vitaminas que toma?

M – Foram receitadas pelo médico.

Portanto um dos carimbos do passaporte é do médico. Mais?

M – Para mim é só esse.

H – Para mim é o conhecimento. Eu não preciso que seja um médico a dizer-me para tomar aquelas vitaminas. Eu posso tomar Centrum ou outra marca qualquer porque me dei bem com aquilo ou porque alguém me disse. Não preciso que seja o médico a dizer-me.

M – Mas há medicamentos que estão na farmácia são mais credíveis do que os que são vendidos no Celeiro. Apesar de serem naturais, não foram estudados ao ponto que foram os outros. Mas isto é o que eu acho.

H – Mas todos tiveram que passar pelo INFARMED.

M – Não. Os do Celeiro não passam.

(Uma hora e dez minutos)

Venham opiniões.

M – Nem os do Celeiro nem outros naturais que andam por aí.

H – Mas há medicamentos à venda no Jumbo que passaram pelo INFARMED.

M – Assim como os chás - se for por exemplo o Centrum que se vende nas farmácias é diferente – mas há chás e chás. Por exemplo o chá de oliveira faz muito bem à tensão arterial, mas se tomar em excesso pode fazer muito mal.

M – E os suplementos alimentares por vezes diz lá que não devem ser tomados com pessoas com insuficiência renal. Há que ser saudável nesse aspeto.

Qual é então a fronteira entre uma coisa e a outra, onde é que isto se separa?

M – Eu prefiro o alimento. Os suplementos...

Não pensem só em suplementos.

M – Se eu tiver uma infeção urinária e me derem comprimidos com arango – que faz muito bem – ou um sumo eu prefiro o sumo, apesar de ser mais lento, do que os comprimidos.

M – Eu infeção urinária vou logo ao médico.

M – Eu também.

M – E tomo antibiótico.

M – Eu tive 2 ou 3 infeções nos últimos seis meses e então vou procurar um alimento para prevenção.

Aquilo que a Margarida está a dizer é que para prevenir os alimentos funcionais são uma opção, para tratar um problema é preferível recorrer aos medicamentos.

M – Quem já teve problemas urinários sabe que é impossível estar muito tempo com elas.

Mas vamos por o caso, por exemplo, da obstipação. Quando é que devo tomar um Activia ou um Actimel e quando é que eu devo passar para um medicamento?

H – No meu entender alguém que está há uma semana sem conseguir fazer não vai tentar resolver com iogurtes, se calhar vai ter que ir à farmácia buscar um laxante. Porque o iogurte não é imediato. Mas se nós temos problemas intestinais, mais vale irmos fazendo uma prevenção, regular o nosso trânsito.

Eu tenho uma bebida que me ajuda a ficar mais bronzeado. É um produto funcional?

H – Eu acho que é um produto estético.

Mas é funcional?

M – Integra-se naquele conceito que vocês me transmitiram.

(uma hora e quinze minutos)

H – Sim, tem uma segunda intenção, não é?

M – Mas o fim já não justifica o meio.

H – É como tomarmos comprimidos de betacaroteno para prolongar o nosso bronzeado ou para tomar antes de ir para a praia e não apanhar escaldão. É um pouco por aí.

M – Preferes comer cenouras?

H – Talvez.

Para mim não ficou claro, esses produtos são ou não funcionais?

M – Pelo conceito que eu percebi, são. Só que não consigo pensar como alimento.

H – É funcional no sentido que tem uma função. Mas não é um alimento que nos ajude.

Ainda em relação aos alimentos funcionais, se por um lado têm essa eficácia e prevenção, por outro também têm menos efeitos secundários em relação aos medicamentos. Quando pensam nestes alimentos o que vale mais? Pesa mais o facto que é quase como se fosse um medicamento ou o facto que é um alimento e mal também não há de fazer?

M – Para mim é um alimento, não penso que seja medicamento.

Nem por estar à procura de um resultado que até podia obter com o medicamento.

M – O meu pai tem 94 anos e durante muitos anos tomou cápsulas de alho e de gérmen de trigo, e só lhe fez foi bem.

M – Eu consigo me ver nas duas situações, há situações em que aquele alimento vai ajudar a complementar a necessidade de um medicamento. E por outro lado... Consigo ver das duas maneiras, tanto pode ser uma ajuda para o meu bem-estar como um complemento de um produto que já ingiro, depende dos produtos. Especificando, no caso da manteiga tem que ser essa a opção.

H – Mas porque tem a manteiga na sua rotina diária de alimentação.

M – Sim, claro.

H – Se nunca comesse já seria diferente.

M – Por outro lado, e no caso da água, já que agora mudei para o arroz e massas integrais para me reduzir o índice glicémico e saciar durante mais tempo, vou consumir esse produto.

H – Só um exemplo, se precisar de tomar algo com ómega 3 e tem a tal cerveja que falámos. Se não beber álcool, pondera começar a beber cerveja para ter esse benefício?

M – Não, porque não aprecio álcool.

H – Então vai precisar do medicamento.

M – Esse por acaso é um caso concreto. Quando descobri que andava a comer peixe quase todos os dias por causa do ómega 3 e depois vejo que os peixes são de aquacultura e que não

têm qualquer ómega 3. Aí sinto-me defraudada e está ao meu alcance mudar os meus hábitos alimentares e começar a consumir outras coisas.

H – Frutos secos.

M – E os peixes congelados, segundo o que ouvi dizer, são melhores do que os peixes frescos.

M – O que faço é que agora só compro peixe pescado em alto mar, que é muito mais caro.

M – É o que eu faço.

M – Em relação aos ovos que há pouco mostrou. Nunca mais vou comprar ovos que não sejam criadas ao ar livre ou enriquecidas com ómega 3, porque sei que os alimentos que essas galinhas consumiram privilegiaram a componente inicial desse alimento. Tento fazer esse exercício e pensar quando vou comprar. É muito mais caro mas já não consigo desligar.

M – Muito mais caro, mesmo.

M – Parece que até estou a cometer um crime e penso: “Ai meu Deus, os meus estão a consumir isto e eu estou a prejudica-los”.

(1 hora e vinte minutos)

M – Há pouco tempo deu uma reportagem sobre o salmão na Noruega. E também um episódio sobre galinhas que estavam em gaiolas, coitadinhas...

M – Pois, eu também tenho essa consciência. Mas não é por dizer que tem ómega 3 que eu vou comprar esses ovos, eu compro se vir que é melhor devido à alimentação das galinhas.

M – Exatamente, até posso nem saber se é verdade, mas acredito.

A Emília disse: “Não sei se é verdade mas acredito”. Acredita porquê?

M – Porque eu tenho dúvidas, tenho sempre dúvidas. Porque para mim tudo é um negócio e não sei se o que está escrito é verdade. Se as galinhas são criadas ao ar livre... isto apesar de meia-dúzia de ovos custar 3,69€.

M – Mas os produtos biológicos são outra faceta do caso. Não são testados.

M – Mas os ovos só compro desses.

Admitindo que os alimentos funcionais são um pouco mais caros do que os ditos normais, consideram continuar a usar este tipo de produtos ou haveria algo que os faria parar?

H – Se nos habituamos ao bom não queremos passar para o mau, não é?

Mesmo sendo caros, à partida não há nada que à partida vos faça dizer: “Não, há uma coisa que me faria deixar de usar...”

M – Se eu tiver que tomar medicamentos para o colesterol, aí talvez deixe de usar o Danacol.

M – Eu acho que não.

M – Porque já não tinha a necessidade.

M – O meu marido tem colesterol elevado e toma medicação, e continua a usar a manteiga recomendada e o Danacol.

Ou seja complementa.

M – Sim. No entanto não come gorduras.

Voltando à questão da Margarida, o que está a dizer é que se a situação se agravasse passava a tomar o medicamento e deixava o Benecol. Imagine a seguinte situação: Se não tomar Benecol tem que tomar um medicamento de 200mg, se tomar pode tomar um de 100mg. O que faria?

M – Continuava com o Benecol, porque aí já era um suplemento do medicamento. Já me faria tomar um medicamento menos pesado e já valia a pena.

Portanto, o que me estão a dizer é que em condições normais vão continuar a usar estes produtos. O que teria que acontecer para deixarem de os usar?

M – Falta de credibilidade no produto. Saber que algo não é verdade.

H – Mas neste produto específico?

Genericamente. No Activia, Becel, leite enriquecido, sumos... O que é que vos faria dizer que deixariam de tomar se...

M – Eu era só isso.

M – Há medicamentos que vem no jornal a dizer que foram retirados..

M – Imediatamente retirava o produto da alimentação e nunca mais comprava a marca.

Para além dos que já estão disponíveis, que alimentos funcionais é que poderia haver para ajudar em determinados aspetos?

M – Para vegetarianos e vegans, tudo o que tem leite e ovos é um drama e já há muitas pessoas a pensar muito nisso

(Uma hora e vinte e cinco minutos)

M – Eu gostava que houvesse um produto de consumo normal que tivesse uma quantidade de magnésio que de facto se sentisse o seu efeito.

E o que quer sentir?

M – Mais energia. Porque o magnésio alimenta muito os músculos.

M – E se comer uma banana, a banana tem magnésio e ajuda o coração.

M – E potássio, também.

E queria medir isso.

M – Sim, se houvesse um produto – iogurte ou qualquer coisa – que a pessoa sentisse de facto o seu efeito. Não é para usar sempre, mas pronto durante um mês. Era uma coisa que me era atrativa.

M – Para mim teria que ser algo que todos nós gostássemos culturalmente, por exemplo, um queijo. Haver um queijo que tivesse algum componente que reduzisse o colesterol; o queijo também faz parte da nossa alimentação e é muito difícil eliminá-lo da nossa alimentação.

M – Há os magros, mas têm muito sal.

M – Também o fiambre, o cuida-te. Se me apetecer comer fiambre eu vou privilegiar esse em detrimento do normal.

O que é o fiambre do “cuida-te”?

M – Sim, e as salsichas.

Mas isso é o quê?

M – Já que há essa preocupação em não ingerir alimentos processados, e o fiambre e as salsichas são dos que mais consumimos, fazia parte da minha alimentação.

Associa isso a alguma marca em concreto?

M – À Nobre. Eles agora têm as salsichas e fiambre.

E é mesmo um produto diferente?

M – Eu acho que sim, tem pouco sal. Eu deixei de consumir fiambre, mas se me apetecer – agora por exemplo na praia não sei como é que vai ser – comprar, é esses que eu vou privilegiar, porque tem a componente adicional. Também é um alimento desses, que nos vai acrescentar algo que nos protege em relação aos outros, e por isso é esse que compro. Mesmo que me custe o triplo no supermercado, mas é essa a realidade que eu tenho que viver.

Voltando aqui à questão que a Margarida colocou de tomar um alimento funcional como o Benecol, e até pode tomar durante anos, mas até sobre determinadas condições poderia deixar de tomar se tivessem numa situação mais grave. Reveem-se nesta situação? Alimentos que tomam há muito tempo e que supostamente não haveria nenhuma notícia a coloca-los em causa, mesmo que tivessem que tomar um medicamento, deixariam de o usar?

H – Eu acho que não, depois de estarem enraizados.

M – E o leite?

H – Sim, é verdade. Eu durante anos e anos bebi leite e deixei de o beber. Acho que tem que ver com o conhecimento e acesso à informação.

M – Eu não bebo leite mas como iogurtes.

Aquilo que o Tiago está a dizer é que de alguma forma o consumo deste tipo de alimentos está associado ao conhecimento que as pessoas têm? Dá para perceber que todos aqui têm algum tipo de conhecimento. Fale-me mais sobre isso, é um tipo de alimentos tão especiais que só que tem mais um bocadinho de conhecimento é que os consome?

M – Não, eu acho que toda a gente tem acesso a esse tipo de informação. Eu vou muitas vezes ao supermercado, e já me aconteceu ver senhoras de idade a dizer que ouviram falar numa manteiga para o colesterol e a pedir para indicar qual era. As pessoas estão informadas.

Porque é que acha então que, se está toda a gente informada, uns tomam depois esta decisão e outros não.

M – Porque há pessoas que não querem saber, nem ligam. O meu irmão deveria ter cuidado com a alimentação; tem alguns quando tem um pico de tensão alta e vai ao médico, depois esquece. Faz dieta durante quinze dias e depois acabou. E eu acho que as pessoas têm que tomar essa decisão para a vida toda.

M – A realidade é que a maioria não liga.

H – Eu acho que é meio-meio.

M – E eu tenho exemplos disso. Tem que ver com o tipo de supermercado que as pessoas frequentam. A minha mãe só vai ao Lidl porque é ao lado da casa dela, eu não ponho os pés.

M – Mas o Lidl também tem esses produtos.

M – Não, o Lidl não tem esse corredor só de alimentação saudável, não tem uma secção de produtos para a lactose... Enquanto o Continente e o Jumbo – o Pingo Doce começa a ter – têm. Essas pessoas que frequentam esses supermercados são milhares... Se eu não disser a minha mãe para não comprar Knorr, se eu não lhe explicar, ela vai comprar.

M – As pessoas que agora têm 70 anos foram habituados a ter um tipo de alimentação completamente diferente. As sopas não são como são feitas agora. As manteigas também não.

H – Eu acho que se deve ver as coisas ao olhar para os supermercados. Se houvesse mais pessoas informadas, os corredores de vida saudável não seriam só um, eram todos. E haveria apenas um de comida não saudável. Nós comemos aquilo que nos dão, mas se os corredores de vida saudável ficassem todos os dias vazios, porque as pessoas iam lá e compravam, haveria muito mais.

M – O problema prende-se com questões monetárias, porque eu já vi as pessoas a levar aqueles iogurtes que estão naquela validade reduzida e eu fico a olhar e a pensar “ai que horror”. As pessoas têm dois dias e não vou consumir 14 iogurtes... Eu não compro nem como, mas vejo muitas pessoas a comprar. Muitas das pessoas não é com o ordenado mínimo nacional que vão fazer uma alimentação nesses corredores.

H – Mas se houvesse mais corredores, mais oferta e o preço baixa.

M – Eu sei, mas as pessoas até podem ter conhecimento e depois têm que comprar um frango que está na promoção e não aquele que frango do campo.

M – Mas se uma pessoa tiver uma patologia vai ter que fazer esses sacrifícios.

M – Eu acho que não.

H – Eu acho que tem que ver com a oferta. Se os iogurtes custarem 10, 15 ou 20 cêntimos as pessoas vão comprar os de 10 cêntimos e os de um euro ninguém compra.

M – Eu acho que tem que ver com os supermercados e com as áreas.

Mas imaginando que existem os tais iogurtes de 20 cêntimos, e existem os tais de 1 euro mas que têm bífidos activo e L.Casei Imunitass e tudo mais... As pessoas não compram

estes porque não têm o conhecimento que vocês têm ou pelo preço e porque são mais caros?

H – Por falta de acesso à informação, eu acho que preferem comprar um medicamento ou algo diferente do que comprar iogurtes. Na cabeça das pessoas este iogurte é igual a este, só que este custa 2€ e este 1 cêntimo.

(uma hora e trinta e cinco minutos)

M – Mas é isso que estava a dizer, a partir de uma determinada idade a nossa geração está muito mais direcionada nesse sentido e passamos essa informação aos nossos filhos. A geração da minha mãe já não tem nada que ver, se ela vivesse sozinha como as minhas tias até podia ter conhecimento mas não é uma coisa tão importante.

H – A maioria das pessoas não sabe o que é são Bífidus ou L.Casei.

M – Eu penso que sim, porque por exemplo o Activia está quase sempre em promoção.

Sabem o que é isto [Imagem com quatro figuras com idades diferentes]? É a minha família, o mais velho tem 52 anos e o mais novo tem 18. Duas pessoas desta família consomem produtos aos quais foram adicionadas “coisas” – ou ómega 3, cálcio, magnésio, fibras – os outros dois não querem essas coisas. Concentrem-se nos dois que consomem os produtos aos quais foram adicionadas “coisas”, certo? O que é que esses dois ganham?

H – Qualidade de vida.

M – Para já devem ser os dois mais velhos.

M – Não, os dois mais novos.

H – Bem-estar.

M – Saúde.

M – Nós pensamos quando estamos a fazer esta alimentação de que vamos durar muito mais tempo, muito saudáveis e tudo porque é isso que nós queremos.

M – Eu penso ao contrário, penso: “Bolas, eu não sei quanto mais tempo é que vou conseguir ver ou andar, e por isso é que nestas poucas coisas que eu consigo ter controlo tento agir”. Há os dois tipos de pessoas.

Os dois elementos da minha família que vão ter mais qualidade de vida e saúde. O que ganham mais?

M – Ganham consciência que estão no caminho certo.

H – Ganham rotinas alimentares e educação. Agora é raro as pessoas comer legumes, sopas, e eu sempre fui habituado a comer sopa. Eu como sopa ao almoço e ao jantar, e há pessoas que nem comem legumes. Há pessoas que não sabem o que são certos legumes e frutas porque não ingerem.

Mais alguma coisa?

M – Ganham saúde, mas é subjetivo.

Os dois elementos pensam exatamente como vocês, mas também sabem que uma coisa boa tem quase sempre uma coisa má também, já Mao Tsé-Tung dizia isso. O que é que elas pensam que perdem por consumir estes produtos?

M – Perdem dinheiro e sanidade, porque estão a lutar contra a maioria.

(Uma hora e quarenta minutos)

M – Perdem alguns dos prazeres da vida. Não há nada como um chouricinho.

M – Não perdem nada, são opções de vida.

Querem dizer mais alguma coisa?

M – Só mesmo pelo prazer.

H – Mas também é muito relativo.

M – É uma mentalização.

M – Para mim nada, é uma maneira de estar na vida.

H – Também acho.

M – Tenho esta opção e sou feliz assim, não perco nada.

Vão comprar um produto do dia-a-dia destes, o produto do tipo X. E na prateleira do supermercado têm duas alternativas do mesmo produto, mas de marcas diferentes. O que vos leva a tirar uma e não a outra?

M – Um com menos sal...

Mas eles têm as mesmas características.

M – O sabor.

M – Eu trago o mais barato.

Portanto o preço, o sabor.

M – Para mim a credibilidade da marca também conta.

Tânia nesse caso o que é que pesa mais: o preço, o sabor ou a credibilidade da marca?

M – A credibilidade. Porque eu já me consciencializei que vou gastar mais dinheiro, que o sabor não me dá tanto gosto como comer outra coisa.

M – Mas por exemplo, segundo da Deco, o leite do Dia é dos melhores que está no mercado, e é muito barato.

M – Eu nem sequer vou às compras ao Dia.

Deixem-me fazer uma última pergunta, disse-me que era a credibilidade da marca; voltando ao mesmo exemplo do João da prateleira do supermercado com produtos com as mesmas características. A Emília já disse que escolhe o mais barato, alguém falou no sabor e, no caso da credibilidade da marca, para a Tânia é o primeiro critério ou não?

M – Noutras coisas sim, mas falando apenas dos produtos funcionais é mesmo a marca. Porque não vou acreditar que uma marca branca ou que eu não conheça realmente tenha feito aqueles estudos. É mesmo pela credibilidade da marca, em detrimento de outras características eu tenho que fazer a escolha que, para mim, é a melhor.

M – Eu concordo que existe um peso na credibilidade da marca porque eu, por exemplo, nunca compro espanhóis.

M – Mesmo que esteja mais barato...

A Margarida gosta de bolachas?

M – Mais ou menos. Não sou muito apreciadora.

Voltando ao exemplo dos quatro elementos lá de casa e quando ele disse quem é que pensam que são os elementos que usam os alimentos funcionais, houve uns que disseram que seriam os elementos mais novos e outros os mais velhos. A Margarida foi dos que disse...

M – Os mais velhos.

Os mais velhos. Porque é que acha que seriam as pessoas mais velhas a consumir os produtos funcionais?

M – Eu acho que muitos jovens não estão consciencializados para esse tipo de produtos. A não ser os desportistas e pessoas ligadas ao culto físico, os outros não. Tanto quanto me apercebo, não.

E quem disse que eram os mais jovens?

M – Eu.

Porque é que disse que, à partida, seriam os mais novos?

M – Eu disse porque em baseei nos meus filhos e nos amigos deles. Os meus sobrinhos, filhos, os amigos deles são todos muito ligados à alimentação. As futuras noras, futuros genros, é tudo muito ligada... Por isso é que eu achei que provavelmente seriam os mais novos.

(Uma hora e quarenta e cinco)

Eu tenho uma última pergunta para fazer que tem que ver com o seguinte: Imaginem que têm uma quantidade de pessoas que consomem estes produtos e que não têm ainda nenhum problema, portanto consomem estes produtos por prevenção. Desse grupo, imaginem que 50% das pessoas o que fazem é que quando vão fazer as compras, numa semana compram produtos com fibra, na outra com ómega 3, na outra é com magnésio e depois é para regulação intestinal. Ou seja, em função das várias características que aquilo tem, eles vão rodando sobre isso. E há os outros 50% que não tendo problema nenhum, fixam-se num tipo, numa funcionalidade. Uns são os de ómega 3, outros do magnésio... O que se passa com vocês?

M – Não tendo problema nenhum eu achava mais inteligente da minha parte ir variando. Tomando uns que fizessem bem a uma coisa, depois no mês seguinte o que fizesse bem a outra. Penso que era isso que eu fazia porque acabaria por ter um benefício final bom e iria acabar por colmatar essas faltas.

Tânia?

M – Eu sou dos consumidores que é por uma funcionalidade, mas também tenho em casa que não tem qualquer patologia ou preocupação com a alimentação e come de tudo. Mas eles acabam por ir de encontro aquilo que eu lhes transmito.

H – Eu também não tenho problemas de saúde e tomo porque, lá está, é uma prevenção.

Mas roda entre situações?

H – Sim, regra geral sim. Tomo produtos ricos nisto e naquilo.

M – Eu normalmente para quem tem aqueles problemas compro produtos direcionados, quando não tem – aqueles casos mais jovens - compro dependendo do preço. Imagine que os ovos brandy estão em promoção, em vez de comprar outros compro esses.

Só mesmo a última pergunta, pela vossa forma de usar este tipo de alimentos o que é que acham que acontece? Ou seja, eu tenho um problema – seja porque o médico disse que tenho o colesterol alto ou dificuldade em regular o trânsito intestinal – e portanto como este alimento funcional para esta situação. Ou acham que, como alguém disse há bocado, é uma opção de vida? Até posso ter começado a tomar o alimento funcional para uma coisa mas depois vou sabendo que há outros e vou alargando o meu consumo a outros alimentos...

M – Eu já estou tão curiosa que comprei os novos da Activia.

O que é que acham que acontece? A generalidade das pessoas toma um para resolver ou prevenir uma situação em particular ou começando por tomar um, vão descobrindo que há uma série de outros e vão alargando o consumo, mesmo que seja para situações que no imediato não.... O que é que acham?

M – Eu acho que há uma tendência para a pessoa se interessar pelos outros que podem dar benefícios.

H – Somos bombardeados com tanta informação de alimentos que fazem bem a isto e que foi descoberto que a banana faz isto, a laranja faz aquilo, aquele alimento faz bem aquilo e nós vamos ficando – não viciados – mas vamos começando a ter mais consciência.

(uma hora e cinquenta minutos)

E – Exatamente.

H – Vamos ficando mais proactivos na nossa alimentação. Acho que é um bocado por aí.

Muito bem, resta-me agradecer-vos.

Grupo Focal – Homens – Lisboa, 25 de Julho de 2016

Boa tarde começo por me apresentar Paulo Monteiro, muito gosto.

00:04:07 - Muito bem então, estamos todos. Já me apresentei menos a este senhor, Paulo Monteiro.

Muito Gosto.

Vasco, Júlio, Rafael, falta ali ainda o Miguel não é, o Vítor e o José. Vamos esperar só mais cinco minutos e depois começamos. Estão a tentar contactar o Miguel para saber se ele está perdido. (...)

00:07:10 - Podemos começar? Muito bem vou-me apresentar, Miguel não é?

Miguel – Peço desculpa.

Paulo Monteiro - Ora bem vamos então começar. Em primeiro quero agradecer naturalmente a vossa presença nesta sessão, e dizer-vos que isto trata-se de um projeto académico, e basicamente tem a ver com o meu projeto de doutoramento numa instituição universitária que é o ISCTE, e suponho que o nome não será estranho para a maioria de vocês. Portanto o objetivo desta sessão é falarmos sobre alimentos enriquecidos. Há pouco perguntava e alguns de vocês já não é a primeira vez que participam neste tipo de seções, portanto foram contactados por uma empresa, mas os dados são tratados de uma forma absolutamente confidencial, porque são tratados com o objetivo puramente académico, portanto no final não será feito um tratamento individualizado, não serão utilizados nomes, o que interessa sobretudo é conhecer e ouvir as vossas opiniões. Nesse sentido eu iria começar aqui por pedir-vos que lessem e assinassem, isto é o guião do consentimento no fundo que, digamos participar de forma consciente neste processo, todos têm caneta, não? Se alguém precisar.

Eu preciso, muito obrigado.

Eu acho que as minhas filhas já passaram aqui e já me levaram as canetas.

Será que posso pegar ali numa caneta.

Está aqui alguma caneta?

Não, ah pois, não tinha reparado.

Já agora, muito obrigado.

Já agora fica aqui também com uma, pode ser que queira tomar algum tipo de anotamento, notas.

Hoje são vinte e três?

Vinte cinco.

00:10:30 - Bom, quem é que aqui nunca participou numa sessão destas? Já todos participaram? Bom, sabem como é que, enfim como é que habitualmente corre estas sessões, não há aqui ideias certas ou erradas, as minoritárias ou maioritárias, a ideia aqui é, basicamente ouvir as vossas opiniões e portanto será tanto mais útil para a minha investigação quanto mais livremente possam falar, portanto não há aqui ideias politicamente corretas, incorretas, enfim não vou dizer nada que possa parecer estranho ou esquisito, não, enfim abertura total, esta conversa vai ser gravada, ok? Numa gravação áudio, porque enfim durante uma hora e meia é impossível eu recordar tudo o que vocês disseram e portanto suponho que não sentirão, enfim incomodados com isso. Pedia-vos só dois favores. Um, se por acaso têm telemóveis que os ponham em silêncio e dois que, enfim às vezes na conversa entusiasmamo-nos um bocadinho portanto, na medida do possível tentem não falar uns por cima dos outros, porque senão depois enfim, quando eu estou a tentar passar a gravação para o papel, às vezes é um bocadinho mais difícil, mais difícil eu fazê-lo.

00:11:46 – Bom, ok vamos então começar.

A alimentação para uns é uma obrigação, para outros é uma forma de estar em família, para outros é um prazer, para outros ainda é outras coisas, para vocês o que é a alimentação? Enfim, que cuidados, preocupações é que têm relativamente à vossa alimentação? Falem-me um bocadinho sobre isso. Alguém quer começar?

Posso começar eu, que sou a primeira letra do abecedário é o “V” não é? Para mim a alimentação, é engraçado, pode ser um prazer e pode ser uma, como é que ei-de dizer um terror ao mesmo tempo. Porque, e falo isto porque gosto imenso de comer, gosto de cozinhar, mas depois tenho estes problemas não é? Que se nota o físico e que também geneticamente a família é toda assim um bocadinho, mais vale tê-los em fotografia do que à mesa não é? Portanto uma alimentação equilibrada no sentido de, aquilo que hoje em dia se tem como equilibrada às vezes é um bocadinho complicado, não só pelos tempos que temos livres, como também quando temos livres queremos aproveitar ao máximo aquilo que no fundo a natureza nos dá, não é? E ela nos dá às vezes de uma forma um pouco mais calórica do que é

necessário. Portanto acaba por ser isso, acaba por ser um pesadelo porque temos que pensar portanto, no equilíbrio e na saúde e acaba por ser um enorme prazer porque efetivamente associado a alimentação vêm uma série de coisas, uma série de prazeres entre eles a família, a amizade, o convívio, portanto tudo isso são de alguma forma bons elementos que se portanto aglutinam à questão da alimentação.

Muito bem. Mais? O que é para vocês de facto a alimentação? Enfim pode haver muitas dimensões envolvidas.

Bem, a alimentação é tudo o que nós comemos, evitar os fritos normalmente. Mas é comer tudo. Evitar mais ou menos os fritos, porque às vezes não dá para evitar aqui como o colega disse. Temos que andar a correr de um lado para o outro, mas não dá para evitar. Em convívio come-se de tudo.

Para mim a alimentação é um prazer, mas no entanto tenho uma série de cuidados e tento. Faço um grande erro em termos de alimentação: como mais à noite do que de manhã e durante o dia. Em todo o caso tento cumprir por questões, até porque quando estou na empresa tento ir para os iogurtes magros, no inverno acabo mais por beber. Tento beber por exemplo aqueles que frequentemente... aqueles iogurtes para reduzir um bocadinho o colesterol. Aderi recentemente, que a minha filha por acaso gosta muito, ao leite de soja e com zero de matéria gorda e portanto tento ter algum cuidado. Só que depois fins-de-semana, convites, restaurantes, etc. acabo por fugir um bocadinho e portanto durante a semana tento ter algumas regras, agora no verão, agora essencialmente para mim é um prazer, não é? Mas eu no fundo acabo por controlar para depois poder em determinadas alturas comer um bocadinho mais à vontade. Mas a nível de produtos que compro tento cumprir.

00:16:02 Mais opiniões, o que é para vocês a alimentação?

Posso ser eu? Já agora. A minha alimentação é evidente que é uma obrigação de subsistência do ser humano, começando logo por aí. Mas para mim pessoalmente é um prazer, é um prazer só que é daqueles prazeres que na realidade com o decorrer do tempo e dos anos eu costumo dizer que vamos acumulando matérias que com difícil desgaste normalmente. Portanto para mim foi muito mais prazer do que é agora e digo o porquê, porque eu agora controlo muito mais. Porque como acabou de referir com o tempo começaram a vir as mazelas, ao virem as mazelas tem que se cortar e eu neste momento já estou numa de corte precisamente pelas mazelas que os excessos com que eu vivi durante bastante tempo me provocaram. E portanto neste momento tenho uma alimentação controlada, controlo-me bastante é evidente que de

vez em quando eu faço as loucuras que normais da vida, porque se não andávamos aqui só por andar, mas essencialmente eu acho que se tem que ter cuidado, muito mais hoje até porque os alimentos já não são aqueles puros que eram antigos, e portanto tem que ser ter alguns cuidados hoje com a alimentação, e eu faço por isso. Hoje já tenho algum controle sobre aquilo que como e pronto é um bocadinho nessa base.

Eu tenho uma ideia idêntica à do nosso colega, unicamente pelo delimitar da minha alimentação, por ser diabético e por ter um colesterol genético elevado, e mudou completamente as minhas vontades porque no fundo uma pessoa acaba por, não é velha, não é nova, mas acho que sou novo, demasiado novo para ter no fundo o controlo da alimentação que tenho neste momento e que não é fácil, não é? Não é fácil, nada fácil, mas que no fundo somos obrigados não sei se pelos maus alimentos que nós ingerimos. Eu quando digo maus, não falo porque é gordo, porque estamos a comer carne de porco, é porque no fundo já estamos a comer geneticamente produtos alterados e que nos acabam por fazer mal quando no fundo estes mesmos são considerados bons produtos para a alimentação. De resto acabo por ter sempre aquele diazinho o tal da restauração com os amigos, que acabamos por ir, e pomos um bocadinho o pé na poça como se costuma dizer, mas pronto acho que todos nós precisamos desses bocadinhos e mesmo que seja pouco, mas que pelo menos nos saiba bem.

Miguel?

Miguel – Falto eu. É assim, basicamente o que já foi dito aqui para mim também é um prazer enorme e acho que é uma das coisas que o nosso país tem de bom e a nossa mentalidade, levamos as horas da refeição muito a sério, coisa que em alguns países por onde passei isso não acontece. E nós temos muito o hábito, aquela hora da refeição, muitas vezes é aquela hora sagrada como o Vítor diz. Eu tenho mais cuidados com a alimentação fora das refeições principais do que propriamente das refeições principais, e foi como disse aqui o Júlio também opto já algum tempo por ter cuidado com os iogurtes que compro e principalmente com os iogurtes, porque como muita vez fora de casa, ao almoço principalmente e acaba-se sempre por fazer uma “estragação” e tento compensar dessa maneira. Mas pronto de resto é um prazer enorme comer, de uma maneira em geral sim.

00:20:34 – Enfim, para além das preocupações com alimentação relativamente à saúde, têm outro tipo de preocupações relativamente á saúde, sei lá, as horas de sono que dormem? Fazem atividade física? Enfim fazem ioga, relativamente aquilo que é a saúde, para além dos cuidados que todos de alguma forma manifestaram na doença como é o

caso do Vítor, outros enfim porque preocupações, enfim também, outras. Têm outros cuidados com o corpo com a saúde ou não?

Vou-me repetir não é? Sim, portanto a questão da higiene do sono é fundamental, até porque há coisa de uns quatro a cinco anos atrás, sofria de um mal chamado medo do sono e portanto neste momento já estou a dormir com uma máquina e realmente sinto uma diferença enorme. Além disso era fumador, deixei de fumar também e portanto em termos de qualidade de vida foi outra coisa bastante boa. Tento andar todos os dias a pé, pelo menos meia hora e infelizmente não posso fazer ginástica, nem saltos, nem outras coisas por causa de duas hérnias discais que tenho, que me impendem portanto de fazer uma série de movimentos. Já experimentei o ioga e foi muito agradável, mas depois desisti por questões de horários e por questões diversas também, muitas vezes é a preguiça não é? E ginásio já experimentei várias vezes e é uma coisa que eu não gosto, é um ambiente assim um bocado, não sei, não sou eu! Realmente prefiro andar a pé por aí fora, nem que seja de um lado para o outro, mas estar fechado dentro de uma casa não me diz nada.

Muito bem, mais?

Pronto eu ao contrário dos meus colegas que estão mais ou menos todos nas casas dos trintas e quarentas, e provavelmente cinquentas, eu tenho vinte anos, e eu com vinte anos sono, quase nenhum. Se me deitar às duas ou às três, às oito da manhã estou a pé para ir trabalhar. Exercício físico pós laboral muito. Cuidados de corpo, não vou ao ginásio, ioga não, mais o exercício físico com os amigos, “futeboladas”.

Portanto tem atividade física com alguma regularidade?

Sim. Com vinte anos tenho força, se eu fosse parado com vinte anos.

Muito bem, mais? Outros cuidados que eventualmente tenham com o corpo, enfim.

A minha saúde mental independentemente de não ter muito para o fazer, porque também não é pouco é pouquíssimo e isso acaba-se por refletir nos problemas de saúde mas pronto, não tenho outro remédio e tenho mesmo que o fazer, o trabalho obriga-me e acabo por ter que fazer, mas dentro do pouco tempo que tenho gosto de correr, adoro correr, acho que não é o bem que me faz ao corpo é o que me faz à cabeça. Faço surf e esse é o comprimido máximo que há, mas pronto dentro da atividade física são os meus dois melhores comprimidos.

Ao meu nível todos os dias no mínimo ando hora e meia porque aproveito, eu costumo dizer o seguinte não vou passear os cães, eu tenho dois cães e eles é que me vão passear. Isso é um

pretexto para mim, eu vivo ali perto do guincho e portanto ando sempre com eles e ando uma hora e meia todos os dias no mínimo que eu faço isso, e na realidade notei que começou a fazer muito bem, já faço isto há uns três anos a esta parte. Tudo o que eu comecei a melhorar foi de três anos a esta parte porque estava a entrar já no descalabro não é? E portanto isso sinto-me que me faz muito bem, a nível de sono não tenho nenhum problema, na realidade descanso bem, tenho aquele sono de adormecer e acordar normalmente, tudo bem.

O meu desporto é mais ou menos regular, não é tão regular como gostaria que fosse, faço ginásio e faço bicicleta também, faço BTT. O sono é muito melhor, tanto melhor quanto mais regular for a atividade física, essa é a grande diferença que eu noto, alias melhor em tudo inclusivamente o sono. Mas não me posso queixar, durmo sempre bem e não tenho problemas.

00:25:46 – Eu em termos de sono também. Devia dormir um pouco mais mas como os meus dias são muito compridos acabo por chegar a casa e nunca desligo ali a televisão antes da uma da manhã e depois às sete e pouco já estou a pé, mas o que durmo, durmo realmente. Não sinto, é raro sentir falta de dormir. Faço desporto, faço ginásio, faço musculação já há muitos anos, já fiz a um nível mais, hoje em dia vou lá para descontrair um bocadinho. Dou umas corridinhas junto à praia, e faço Karaté portanto já uns anos também o que me ajuda a descontrair, portanto fisicamente, depois há alturas que treino mais ou menos, agora por exemplo parei e depois regresso em força em Setembro.

E digamos aqueles que têm uma atividade física, e aqui quase todos têm uma atividade física não é? Todos praticamente com maior ou menor intensidade. Têm alguns cuidados alimentares em virtude da atividade física que têm ou não? Digamos, enfim, em função da atividade física que têm de facto, enfim comem mais um género de alimentos do que outros? Comem menos legumes do que outros? Ou não têm grandes, digamos o facto de fazerem atividade física não influencia em nada aquilo que comem ou acham que sim?

Influencia bastante e eu noto que influencia bastante. Lá está outra vez a regularidade da atividade física, eu noto que a vontade de fazer estragações de comer doces, sobremesas e coisas assim, diminuiu mais com a regularidade e eu acho que não é só a questão de epá não posso estar a estragar o treino que fiz ontem ou que vou fazer hoje, é mesmo o corpo que não pede, pronto é isso que eu noto principalmente quando tinha a atividade mais regular, pronto

essencialmente isso e depois tenho que ter cuidado quando saio do ginásio por exemplo de o que vou comer a seguir.

É complicado, nessa altura é complicado porque a vontade é um bocadinho mais intensiva.

A vontade é de comer tudo.

Mas digamos o que é que está mais no sentido de, comem algum tipo de alimentos em particular, ricos em alguma vitamina em particular porque faz exercício. Tomam suplementos alimentares quando fazem exercício?

Puxa um bocadinho pelas barras energéticas, e por essas coisas assim do género.

Era então para saber um bocadinho essa.

Barras energéticas, bebidas isotónicas.

Exatamente.

Nessas alturas sim há esse complemento.

Que eu já não uso por exemplo no ginásio, é raro tomar alguma coisa.

Aí só esteroides mesmo!

Normalmente sinto necessidade, normalmente compro umas barras com o mínimo de açúcar possível devido aos meus diabetes e já dantes utilizava as barras e o chocolate e agora já só é as barras e das barras mesmo há muitos doces mesmo. Acabo por ter que levar sempre particularmente quando vamos para dentro de água, porque temos que ingerir antes porque não dá jeito levar para dentro de água. Então acabo sempre, mesmo que não tenha vontade acabo-me por obrigar mesmo a comer uma barra uma coisa qualquer e ingerir água. Normalmente é aquilo que me leva mais na corrida tem que ser água e só água basicamente é aquilo que o corpo mais me pede. Normalmente as corridas também não são de longa duração, porque já não consigo correr o que corria, mas ao fim de uma hora, uma hora e pouco estou em casa é mais aquilo que bebo do que antes gostava de beber aquelas pastilhinhas do Isostar e não sei o quê, quando ia correr só que todas essas Isostares e géneros são muito ricos em açucares e que acabo por ir contrariar aquilo que o corpo neste momento pode-se alimentar.

Eu por falta do exercício também, portanto tenho que ter mais cuidado ainda com a alimentação, ou seja, como os meus exercícios são relativamente pequenos não é? Andar meia hora por dia ou quarenta e cinco minutos que seja, também normalmente numa companhia de

uma cadela, portanto não preciso de me, como é que hei-de dizer, de me alimentar substancialmente para isso, antes pelo contrário, devo-me alimentar menos. Agora água sim, bebo imensa água, bebo muita água, não sei cinco litros por dia se calhar, bebo imensa água uma coisa impressionante, bebo imensa água. Até já pensei que fosse diabético e tudo mas não porque os diabéticos normalmente bebem imensa água, não é? Mas não tenho diabetes, mas na família são todos diabéticos portanto não sei, pode ser que ainda apareça. E daí os cuidados também. É uma coisa que pronto, não fui criado, como é que hei-de dizer, como dizia aqui o Rafael que tem vinte anos, portanto ele já foi criado com iogurtes quer dizer, no meu tempo era açordas não é? Portanto não havia cá iogurtes. Quanto muito uma mioleirazinha para desenjoar, mas portanto o iogurte não era, não fazia parte da minha alimentação, hoje em dia já faz por necessidades óbvias não é? Portanto do controle, lá está da balança poder equilibrar não tanto para me poder desferrar aos fins-de-semana, mas mesmo para equilibrar isto porque portanto precisa mesmo, não pode sair fora do controle não é? Ali como o Vítor isto tem que andar sempre aqui dentro daqueles limites perante, não falham, não podem falhar.

Eu foi ao contrário tirei a senha número um da família.

Pois, na minha são todos. Agora vamos lá ver.

00:32:25 – Eu em alturas de lá está quando tinha vinte anos e agora tenho trinta e nove, quando tinha vinte anos podia comer de tudo praticamente e como treinava muito, mesmo as minhas preocupações estéticas eram mais limitadas, porque chegava sempre ao verão sempre bem e aquela preocupação que uma pessoa tem falando estritamente na parte estética. Hoje em dia obviamente não tem nada a ver, quando treino todos os dias e se vou alternando os pesos com o Karaté o corpo pede, não posso só beber iogurtes magros e tenho que tomar um suplemento de proteína, por exemplo um batido de proteína. Não posso tomar muito porque tenho cólicas renais de vez em quando e a proteína se não é decomposta depois o organismo, não bebo mas devia beber cinco litros de água diz o meu nefrologista, mas só consigo beber aí um litro e meio por dia.

Isso é mau! Isso é mau!

E já em esforço às vezes, mas tenho, tenho cuidado tomo sempre um suplemento multivitamínico porque acho que é fundamental, recorro muito, às vezes faço os meus próprios batidos em casa ou ponho aveia, ou ponho sementes, recorro muito às sementes de chia e as essas coisas, vou vendo até para a parte intestinal, tenho esse cuidado.

Se usa sementes de chia então o melhor é não pôr.

É? Aquilo tem um efeito.

Multiplica por dez o volume é um perigo.

Pois. Eu costumo juntar ao iogurte uma colherzinha de manhã.

Aquilo é tipo uma cinta, como é que é? Que se põem normalmente no estomago mas é ao contrário.

Já li umas coisas sobre isso.

Uma banda gástrica.

Uma banda gástrica mas ao contrário, de dentro para fora.

Bom não sei, enfim se querem dizer sobre isto mais alguma coisa.

Gostava só de dizer que há sobretudo uma grande preocupação e que temos cada vez mais informação não é? Hoje em dia não passamos indiferentes para já ao controle médico, portanto o médico de família nos obriga a fazer, portanto normalmente um controle de determinado tipo de situações, o peso, a altura, a gordura, a massa corporal, portanto todas essas coisas e por exemplo tenho uma nutricionista, não é? Depois de amanhã vou levar outra vez amarelo, mas pronto lá terá que ser. Mas depois é a informação que nos chega, através da televisão, através de todos os meus, internet e etc. E acho que há cada vez mais lojas de produtos a onde as pessoas se notam que cada vez mais há um público interessado em saber o que é que determinado tipo de substâncias são, o que é que não são. Eu ainda hoje deparei que umas amigas da minha filha vieram cá a casa porque ela fez anos e uma era intolerante à lactose, a outra não podia comer coisas com glúten, quer dizer estas coisas hoje em dia, são quer dizer, são comuns, são vulgares, parece que temos que ter antes de convidar alguém para casa, olha lá vocês comem tudo, tudo come porco, tudo come vaca, já não é uma questão de religião, é uma questão de alimentação, portanto eu acho que estamos cada vez mais, e depois andamos nos vegans e nos vegetarianos.

Não comem nem carne, nem peixe.

Exatamente, portanto temos que ter todos esses problemas e então quando andamos nos grupos de amigos, podemos fazer uma jantarada ou uma almoçarada tem que haver pratos para isto e pratos para aquilo. Portanto a alimentação acaba por ser para além do prazer é um terror, porque temos estas coisas todas não é? Estas variantes todas, de alguma forma se

parece que fazem parte da nossa vida, mas que não são assim tão fáceis como o Vítor diz não é? E quer dizer, como eu sinto, a minha mulher é diabética, a minha mãe é diabética, quer dizer tudo isso altera-nos o nosso quer dizer, aquilo que devia ser prazer não é? De estar a mesa, pode de alguma forma ser condicionado por estas coisas não é?

Eu diria que condiciona mesmo. Eu sou diabético, não era e abusava e fazia o que queria, mas agora já não faço guerra, protesto mas já não faço guerra, e portanto já estou limitado também.

A questão do colesterol e a questão disto e daquilo, portanto e depois os nutricionistas acabam por nos dar uma série de conselhos (...) e de alguma forma nos ajuda a melhorar e a fazer sentido porque a alimentação quer dizer, uma coisa é a gente viver para comer, e outra coisa é a gente comer para viver. Não são bem, bem a mesma coisa, não é? E eu acho que há cada vez mais uma preocupação, seja do Rafael com vinte ou do Vasco com cinquenta e três, em breve cinquenta e quatro pronto lá vai mais uma festa com iogurtes. Mas portanto isto acaba por ser assim, um bocado. Por outro lado o excesso de informação também nos toldam um bocadinho a visão, não é? Quer dizer acabamos por, como é que se diz aquela doença? Uma pessoa que tem essa doença e o outro pensa logo que também tem essa doença.

Hipocondríaco.

Hipocondríaco, portanto acho que estamos todos a ser um bocado hipocondríacos em relação ao comer não é? Quer dizer, um ter uma coisa e não pode comer isto, e o outro deixa logo de comer aquilo também e não sei o quê? Acaba por haver uma informação e uma desinformação ao mesmo tempo.

Posso-lhe dizer que em relação a isso, nós em casa, por outra nós irmos ao supermercado e se calhar semanalmente comprava-mos um pacote de quilo de açúcar, eu já não sei há quantos meses eu não como, eu também no café não ponho açúcar e acabo por levar o pacotinho de açúcar para casa e ao fim do primeiro mês consegui juntar um quilo e duzentos e cinquenta.

Eu tenho baldes, posso dispensar.

Agora é meses que não compro um pacote de açúcar para casa, porquê? Porque no fundo acabo por estar a estender a alimentação dita saudável sim ou não, mas eu acho que sim porque os alimentos, os próprios alimentos acabam por ter tanto açúcar, açúcar natural que não precisamos de meter mais açúcares adicionados. E então é raramente o mês. Já não falo as idas ao supermercado, é raro o mês que se compra um pacote de açúcar lá para casa, e aliás se

me perguntar quando foi o último que a gente comprou, se calhar não sei porque foi tipo há seis meses, ou sete meses ou uma coisa assim.

00:39:10 – Muito bem. Bom, vamos então agora dentro daquilo que é a alimentação gostava de ouvir as vossas opiniões uma categoria muito particular dos alimentos, que são chamados os alimentos funcionais. O que é que são os alimentos funcionais? Os alimentos funcionais são isto que aqui está, ok? Portanto a Becel pro-activ, os ovos enriquecidos com ómega 3, os sumos com vitaminas, o leite enriquecido com cálcio, o Danacol, o Benecol para reduzir o colesterol, os iogurtes para o trânsito intestinal, sumos que também adicionado fibras ou vitaminas, portanto genericamente podemos dizer que alimentos funcionais são alimentos em que tecnologicamente alguma coisa foi alterada, seja adicionada, seja retirada. Um exemplo típico de um alimento funcional em que foi retirado alguma coisa é o leite, sem lactose. A ideia aqui é concentrarmo-nos nos alimentos aos quais foi adicionado alguma coisa ok? Ou foi adicionado fibras, a água que foi adicionada fibras, o leite a que foi adicionado ómega 3, os iogurtes a que foi adicionado os bífidos ativos, aquelas bactérias tudo começou os alimentos funcionais começaram sobretudo há muitos anos com os iogurtes com os bífidos ativos para regular o trânsito intestinal, portanto o que são para vocês os alimentos funcionais? Enfim, porque é que tomam este tipo de alimentos? Qual foi a primeira vez que tomaram? Porquê que chegaram a eles? Foi alguém que vos indicou? Foi a publicidade? Foi o médico? Descobriram sozinhos? Estes alimentos que são alimentos que aos quais foi acrescentado alguma coisa, porquê é que os tomam, como é que chegaram a eles, quero um bocadinho ouvir-vos a propósito disto, já que todos os que estão aqui, ou de forma regular ou de forma esporádica enfim, como é que consomem este tipo de alimentos? Portanto digam-me lá enfim, houve alguns que começaram entretanto e abandonaram, têm preferência por uns em função de outros pelo sabor? Ou pela publicidade? Ou pela marca? Enfim digam-me um bocadinho.

Não querendo desfazer um bocadinho essa opinião, já experimentei, já experimentei todos e já experimentei de tudo, mas muito honestamente eu não gosto desse género de alimentos. Eu continuo independentemente do meu colesterol eu reduzi a quantidade de manteiga, não consigo, não sabe bem prefiro não comer, essa manteiga que a minha mulher adora e que acha que é o máximo, mas que eu não consigo comer. Eu antes quero uma torrada lambida de manteiga, do que quero uma torrada com cem gramas dessa manteiga por exemplo, não me sabe a nada, antes quero comer a torrada sequinha sei dá torradeira e eu como, porque não me

sabe a nada, talvez acaba por haver alimentos desse género que neste momentos também não os posso comer porque a maior parte deles acabam por ter bastante açúcar, mas muito honestamente o leite gosto do leite mais natural possível, não gosto, gosto do sabor do leite, pronto, gosto do sabor da manteiga e continuo a preferir um iogurte natural visto não podendo, agora que já há os Activia e os cor-de-rosa da Danone salvo erro.

Sim e Actimel.

Que são zero por cento de açúcar, ou zero por cento de adicionados, porque eu também nunca percebi muito bem o zero por cento adicionado, porque os alimentos acabam sempre por ter sempre, muito ou pouco acaba por lá ter, diz que não é adicionado, mas depois tem ali um exagero de sacarose ali à mistura mas pronto. De qualquer maneira prefiro me alimentar dos alimentos ao natural do que modificados.

00:43:10: Ah, eu por acaso em relação a isso também penso que há efetivamente um, eu não ponho açúcar em nada, nunca gostei de açúcar. A única coisa que eu gosto é de mel. O mel realmente gosto, mas não como exageradamente. Mas acho realmente esses produtos muito doces. **No entanto, aqueles por causa da questão do colesterol, por publicidade, comecei a tomá-los e depois perguntei ao meu médico e ele diz que não fazia mal nenhum.** Tento sempre ler, portanto todos aqueles constituintes e aquelas coisas todas, por causa da polémica que surgiu sobre os “lights” e o que é que é light e o que é que não é light. Tudo é light e acaba por ser, às vezes, deixar de comer, como diz ali o Vítor, do que se calhar comer determinado tipo de coisas. Portanto eu tento sempre ler aquilo que lá está e ver aquilo que eventualmente me poderá fazer melhor, não é? Uso, como substituintes, vá lá, como é que hei-de dizer para encher o estomago, no fundo para me saciar, portanto esses produtos, como os Danacol e outras coisas assim do género, por causa da questão do colesterol, mas acho tudo muito doce... Como eu não gosto nem de bolos, não sou nada dessas coisas, portanto ao contrário do que se possa parecer... eu gosto mesmo é de queijo e de chouriço e de presunto, mas o doce para mim... Eu acho que esses produtos todos são doces... Já em relação à margarina, pronto, esporadicamente consumo aquelas, até porque começou por publicidade, começaram a dizer que era, **até os próprios, salvo erro, ordem dos cardiologistas ou a Associação do Coração, ou qualquer coisa assim do género e eu assim: “bom, se isto tem esse apoio, quer dizer não, efetivamente, deve ter alguma legalidade, vá lá. Porque também não se apoia uma coisa assim sem haver alguma veracidade nisso,** sem haver um... E portanto, de vez em quando, substituo isso por a manteiguinha, a bela manteiguinha, a manteiga de ovelha e essas coisas assim do género, portanto por esses produtos. Mas lá está, às vezes prefiro bem

uma torrada seca ou uma torrada com azeite, por exemplo, do que isso, mas vou tentando cumprir porque sei que preciso de manter aqueles parâmetros ali todos ali alinhadinhos que é para ver se não, se a coisa não sai fora do baralho. E acredito naquilo que me dizem, portanto... Não acredito na publicidade, mas acredito depois no... tento junto da minha nutricionista ou da minha médica de família conseguir alguma informação que me ajude. Essa coisa dos lights e não sei quê às vezes... e a adição de cálcio e a adição disto, ou a adição daquilo não sei se será assim tão eficaz e tão verdadeira, não é? Mas de qualquer das formas, se pudermos evitar determinado tipo de coisas eu faço.

00:46:45- Muito bem, mais opiniões enfim, daqueles que consomem estes produtos, uns mais regularmente, outros mais esporadicamente, enfim...Porquê?

Eu pessoalmente em relação a mim, por exemplo, eu era um amante da manteiga, eu gostava muito da manteiga, mas depois daquelas conversas, porque nós depois começamos com o tempo... a algumas das conversas passa á volta da saúde e alguns dos meus amigos disseram-me que, por exemplo, o caso da Becel, e na realidade eu comecei a experimentar e é o que eu digo, eu acho que nós somos mesmo de hábitos, inicialmente pronto, eu notava ali uma diferença, mas agora já estou habituado... a mim é Becel agora... Deixei a manteiga para passar a usar margarina Becel, nem sei se há outras marcas disso no mercado. É aquela que está identificada, porque como digo, foi em conversas que epá, o pessoal sente-se bem e não sei quê e eu também... entrei por aí e é o que eu digo, eu acho que nós somos um bocado de hábitos também, portanto, quer dizer vivemos um bocadinho da imagem da publicidade, sem dúvida, que nos mete tudo e mais alguma coisa cá dentro e depois é os convívios em que nos dizem, sim senhora: epá isto é bom, não é... e eu entrei por aí e hoje sinto-me bem. Pronto, é o que eu digo... é uma questão de hábito.

Há cada vez mais um cuidado, penso eu, eu vejo pelas minhas filhas que são bastante mais novas, uma delas tem a idade do Rafael, fez agora 18 anos.

Rafael: Eu tenho 22...

Então ela fez 20 e a outra fez 18, mas pronto é só para dizer....

Rafael: Sim, sim...

Ah, com todo o respeitinho, não é? Que têm muito cuidado. Portanto todas estas coisas, por exemplo, isto não entra em casa, não é... Sumos, coisas com gás, refrigerantes, etc., etc. Isto sim, portanto é uma coisa que é fundamental, faz falta. O leite também de alguma forma também... meio gordo, normalmente sempre. Os aditivados, lá os cálcios e essas coisas e o

Ómega 3, soou-me, pela informação que eu tive, tivemos, que discutimos, parece-me que é uma, lá está, é um produto que se calhar oferece mais do que aquilo que diz, não é? E portanto, se calhar, não merece a diferença do preço e podemos continuar a consumir os produtos normais, não é? Mas temos muito cuidado com isso e lá está, tudo o que seja... os óleos, os manipulados geneticamente, essas coisas todas não sei quê, os OMGS isso não entra os OMS, não entram lá em casa, não é?

Muito bem.

Eu no entanto compreendo. Por sorte também habituei-me, por exemplo, à Becel Pro-activ... Tem um sabor melhor do que a Becel tradicional...

Sim, até agora já vão havendo esses produtos com sabor a manteiga...

Exatamente.

Os próprios fabricantes foram...

Já começa a ser mais agradável...

Até acho que já há manteiga com sabor a manteiga, também...

Já me habituei e lá está: eu prefiro, por exemplo, eu consumo os iogurtes Activia e aquilo realmente, eu acho que aquilo funciona. Eu sinto que quando... agora até há os Zero que para mim é bom... como agora tento evitar coisas com gordura... mas lá está, tento evitar mas eu até nem sou magro... eu costumo dizer, eu se não fizesse desporto, eu rebolava, porque eu tenho horários de refeições completamente descabidos...

Isso é um problema...

E já, quer dizer, já me aconteceu sair do ginásio às 11h da noite e chegar a casa e comer feijoada e depois ir-me deitar... Portanto isto não foi bom algumas vezes.

A gente aqui percebe isso...

Exatamente. Depois tenho de compensar de alguma forma. Eu recorro aos Activia frequentemente. Por exemplo, hoje de manhã no pequeno-almoço, junto-lhe as tais sementes e é o que como. Depois a meio da manhã tento comer uma fruta e depois eu não gosto muito, por exemplo, o Danacol também é uma coisa que eu uso. O leite da Becel tem um sabor ótimo. Eu adoro leite branco, o sabor do leite. Mas há leites que não me dizem nada. Por acaso o leite da Becel Pro.activ tem um sabor espetacular. É um leite que é agradável ao consumir branco. Portanto, tento cumprir por aí, se calhar também para compensar outros

excessos que às vezes cometo. Mas por exemplo, nessas rotinas do leite, do Iogurte a meio da manhã... tento ir por aí...

00:51:25: Como é que o Júlio chegou a isso? Qual foi a primeira vez que tomou? Foi a publicidade, foi o médico, a nutricionista... Como é que chegou até aí?

Júlio: Nutricionista. Houve uma altura que ia a nutricionistas. Por exemplo, a nutricionista na altura desmitificou-me ali uma série de coisas, nomeadamente disse-me: “Olha, dos iogurtes todos que há aí no mercado que dizem que são lights e que não têm não sei o quê tens 2 que podes.. o resto esquece. Têm montes de açúcares, têm montes de coisas. Porque depois eles têm que compensar o sabor para as pessoas... Então na altura disse-me que era os Adágio magros e os Mimoso que até podem ser consumidos por diabéticos também. E são esses dois, magros. De resto, para não consumir mais nada, na altura. Que havia sempre um ou outro que tinha sempre um composto que não... Portanto começou um bocadinho por aí... Até porque as coisas, por exemplo, da ervanária mesmo, de Celeiro, etc. são bem mais caras e os produtos que eles nos disponibilizam no supermercado é óbvio que são mais acessíveis apesar de... e agora já há marcas brancas, já não sei o quê. Mas eu aí, por exemplo no caso da... Eu por exemplo, eu não frito nada em casa praticamente. Frito muito pouca coisa e quando frito prefiro ter o óleo Becel. Aquilo faz o mesmo efeito... ou melhor, é mais caro, mas para todos os efeitos parece que estou ali a... sinto que estou a contribuir ali alguma coisa para a minha saúde. A questão do Pro.activ do Becel, na altura andei a ler um ou outro estudo assim por alto lá com a questão dos esteróis vegetais, etc. e aquilo de certa forma convenceu-me. Pensei, bom isto mesmo que seja um mínimo alguma coisa há-de fazer.

Os polinsaturados...

Pronto, exatamente... Esses que por exemplo que agora estava aí a ver, essas frutas pequeninas, por exemplo a minha filha consome muito isso porque ela é difícil comer fruta, fruta. Come, mas é quase obrigado e eu tento dar-lhe isso. Agora há uns especiais... eu por exemplo como faço ginásio há um que é mais reforçado em proteína. Eu sei que se calhar aquilo não... mas às vezes antes do treino, como não tenho tempo, como. Lá está, isto é um bocadinho a publicidade. A própria maneira como as coisas estão expostas nos supermercados e nós por vezes vamos comprar um iogurte ou um sumo e deparamo-nos com isso. Por exemplo, isto eu tento evitar, umas águas e plenos e aqueles chás, especialmente... Ice Tea não porque tem um açúcar brutal, mas tenho cuidado com isso.

As únicas duas coisas que eu vi aí que eu confio regularmente. O bem essencial porque desde que apareceu, eu não gosto de fruta, é a única maneira que eu consigo de comer fruta é assim.

É mas é preguiçoso...

E é a Planta, porque a minha mãe compra. E eu não gosto...

00:54:20- Mas digamos come por isso: porque a mãe compra e está na mesa? Se tivesse que ser o Rafael a optar, não...

Rafael- Não, não comprava.

Mas não comprava porquê?

Rafael- Pelo sabor. Ah, o Essencial tomo 2 por dia, todos os dias. Desde que apareceu é a única maneira que eu... nunca comi fruta. Comia banana na escola e enjoiei. Nunca comi fruta.

Eu por acaso isto faz-me lembrar um bocado.. exato, a questão da fruta... A questão da fruta é isso é que eu acho que as pessoas não comem fruta porque dá trabalho. É preciso descascar... é preciso utensílios... Tem alguma.. algum movimento e faz lixo e não sei quê e isso realmente veio substituir muito bem. E a única forma de muita gente comer fruta é essa, quer dizer. Sobretudo as crianças hoje em dia, assim como o peixe, não é? Praticamente comem é fritos de peixe, aquelas barrinhas de peixe, porque estar a tirar a pele a um carapau ou a uma sardinha ou não sei quê...

Dá trabalho...

É a única coisa. E esses processados, porque no fundo são processados não sei se terão as mesmas características... não têm de certeza, que comer um peixe ou uma peça de fruta apanhada das árvores...

Os hábitos que os nossos pais nos deram à mesa...

Sim, sim...

Pelo menos eu fui sempre habituado a comer peixe, peixe cozido, tirar a pele e o trabalho que dava e fui habituado a fazer isso desde puto... epá, aquilo era uma chatice, mas é um hábito que ainda bem que hoje em dia o tive e tenciono...

00:56:08- Mas o Miguel também consome alguns destes alimentos?

Miguel- É assim... desses produtos, o que eu consumo... lá está. Epá, eu não sou muito de, felizmente, lá está, se calhar um dia vou ter que ter esses cuidados, felizmente ainda não tenho

que os ter... Ah, consumo os iogurtes Activia porque gosto. Começou por publicidade e conversa entre amigos... nunca foi de outra forma. Ah, o leite que eu consumo é magro e epá, o leite normal. Nunca fui, nem nunca experimentei sequer leite sem lactose epá e o resto, sou um consumidor de fruta...muita. Por exemplo, há pouco tempo disseram-me que uma salada de fruta muitas vezes as pessoas pensam que é uma sobremesa leve, que é uma bomba calórica. Tem vários açúcares, e as várias frutas misturadas e aquilo que resulta...

Isso num diabético e meio caminho andado...

Fermentação...

Eu não sabia... eu não sabia e aquilo é...

E misturar açúcares lentos com rápidos, os diabéticos coitados sofrem com isso à brava. Tem que haver ali muitas regras, não é?

Exato.

Pronto lá está. Isto é, hoje em dia a informação é muita e as pessoas falam e nos ginásios há muitas conversas sobre estas coisas, mas pronto, essencialmente assim desses produtos... manteiga, eu não sou consumidor de manteiga, não ligo, pronto. Prefiro uma torrada com mel, por exemplo, do que com manteiga. Sou consumidor de mel. E...mas pronto, lá está, de resto não vou à procura daquele produto porque tem aquilo ou não sei quê. Epá, não leio as letras...

Eu leio tudo.

Mas eu devia ler...

00:58:00- Mas digamos destes produtos, nestes produtos, o que é que o Miguel consome?

Miguel- Epá, os iogurtes da Activia...

E porque é que o Miguel consome?

Porque experimentei e gostei e ficou. São os tais hábitos. Epá pronto.

Mas digamos, gostou pelo sabor ou porque de facto vê efeitos em termos da relação do trânsito intestinal, porque a principal indicação do Activia é a regulação do trânsito intestinal. Portanto, no caso concreto, digamos...

Não é por aí, não é por aí.

Eu acho que é a maneira mais simples que a gente acaba por dizer é que esses iogurtes acabam por ser leves, ou seja, acabam por ser de mais fácil digestão. Porque a gente às vezes come um iogurte e passado um bocado estamos a arrotar a iogurte.

É verdade.

Desculpem a expressão, mas...

Sim, sim, é verdade.

E acabam por ser produtos de mais fácil digestão. Tanto esses como aqueles roxos que é os... bem eu muito honestamente só compro esses produtos quando estão em promoção, mas quando estão em promoção compro para 15 dias... exatamente.

00:59:05 - Portanto, para o Vítor, os alimentos funcionais que mais consome são estes os iogurtes.

Os miúdos gostam de tomar esses Compal Essencial.

Agora há uns Compal Essencial Proteção, outros com fibras para o trânsito intestinal...

Vítor - Eu não posso dizer que não gosto disso porque se tiver fresquinho eu até gosto de beber de manhã, particularmente os de kiwi.

Mas digamos, no caso concreto do Vítor, compra e toma porque está à procura de algum efeito?

Vítor- Não, é porque está lá em casa e eu acabo por consumir. Eu ir ao supermercado e autorrecreação comprar para tomar, não. Isso não. Como porque está lá, se não estiver eu acabo por beber uma água fresca do frigorífico e sabe muito bem. Mas por vezes, quando acordo, sabe bem esse açúcar e acabo por tomar.

Alguns de vocês já mencionaram que consomem estes produtos, veem algum efeito na Becel e, portanto, pensam continuar a tomar, mesmo quando o colesterol baixar?

Sobre isso eu posso dizer que, na realidade, estabiliza, e eu que digo isto e sou doente crónico. Agora eu vou à procura desses produtos na perspetiva de não agravar nada, portanto sei que não me vão agravar nada, não sei se reduzirá, mas pelo menos não agrava.

É um bocadinho isso, no fundo faz uma substituição. Se somos consumidores de leite ou de iogurte, em vez de iogurtes com um alto teor de gordura porque não – e sei que há a questão do preço – mas porque não substituir por esses produtos? Não é necessário andar a medir o colesterol de X em X meses, agora a questão é que eu sei que ao consumir o leite, o Becel e a

margarina, não quer dizer que me vai resolver os problemas, mas ao menos não os agrava e vai produzir alguns efeitos. Já que consumo leite, consumo esse; os Activia já os testei e fazem mesmo efeito, a pessoa fica logo bem do trânsito intestinal se os consumir regularmente. Portanto, em vez de consumir o Yop de chocolate, prefiro o outro. **Ao menos dá-me a sensação de estar a fazer algo diferente, independentemente de depois chegar ao médico e ter ali alguma questão. Porque ao menos penso: eu consumo estes produtos e tenho ainda colesterol, o que seria se não os tomasse.**

A minha ideia vem um pouco nesta base que, quer queiramos ou não, quando vamos ao médico somos receitados quimicamente para sermos tratados de qualquer forma. **Esses produtos, pelo menos a Becel, são comprovados cientificamente e têm um selo de garantia.** O que eu pergunto é: Porque é que os médicos não nos receitam estes produtos? Nunca houve nenhum médico que me dissesse isto. A minha médica já me disse para não me meter nos *lights* porque não vale a pena, mas não há um médico que chegue ao pé de nós e diga: A partir de hoje toma este produto. Infelizmente temos que acreditar na palavra dos médicos e seguir aquilo que eles dizem, não é? E estes produtos acabam por chegar ao conhecimento do consumidor mais através da publicidade do que através de informação clínica. Acho que peca um bocadinho, no meu ver, porque se estes produtos nos trazem benefícios, porque é que não são receitados por médicos?

1:06:04- Mas há médicos e nutricionistas que indicam, ou não?

Sim, nutricionistas.

Vasco - **A minha nutricionista, não falando em marcas mas sim em produtos genéricos, já me falou sobre alguns produtos.** Mas não querendo fazer publicidade e vender uma marca em detrimento de outra. Eu acho que isto não são medicamentos, são alimentos e, por outro lado, correspondem à necessidade que temos consoante a nossa idade. Se a coisa começou pela fruta porque as pessoas não queriam descascar fruta, por outro lado vão se acrescentando fibras e outras coisas para responder àquilo que todos nós temos, uma vida stressante, muitos empregos, pouco tempo para comer e temos que ter estas coisas químicas com fatura, mas seria bom que conseguíssemos fazer um horário de alimentação com coisas deste género, acreditando no que dizem, até a parte química desaparecia; porque até apostando na prevenção a parte da química iria acabar por desaparecer.

O Vasco introduziu aqui uma questão que é interessante. Se fosse possível controlar os problemas de saúde só com estes alimentos, isso seria o ideal?

Acho que sim.

Eu vou ser muito honesto, eu fui apanhado de surpresa com os diabetes. Antes, as minhas visitas ao médico eram somente para acompanhar a minha mulher. Posso-lhe dizer que depois de ter sido diagnosticado e a médico colocou-me logo como diabetes, tive um ano sem tomar medicação, só a fazer um “travão de boca” só para interiorizar que aquilo é assim. O que não resolveu nada, apenas minimizou uma décima, mas eu não tomava medicação. Consegui perder treze quilos, bebia chá, mas os problemas continuavam lá.

01:10:00- O que é que vos fazia deixar de tomar?

Se fizesse mal, se alguém me dissesse com fundamento e veracidade que estava a fazer mal. Os Activia, por exemplo, só o faria numa questão dessas.

Uma subida astronómica de preço, por exemplo. Os Becel, por exemplo, são muito caros. Mas o Pingo Doce tem sempre os Activia em promoção e uma pessoa acaba sempre por comprar. Há uma questão que a minha nutricionista disse e que acho importante: eu prefiro que eles adicionei um pouco de açúcar do que conter adoçantes... e há coisas que me fazem confusão. Por exemplo, como é que a Coca-Cola Zero é mais doce que a outra, como é que estes sumos light sabem-me a doce, mas há coisas que em tudo o que possa cortar na gordura, é bom. Eu para cozinhar uso azeite ou Becel, e não noto nenhuma diferença... E eu sinto-me melhor ao comer algo saudável, e estes produtos ajudam a cozinhar e a comer com mais um pouco de saúde. Ou seja, desde que não haja uma subida astronómica do preço, irei sempre optar por estes.

01:13:49- O Vasco usou há pouco uma expressão que era: Isto é um produto processado. Um exemplo concreto, o leite é um produto natural, se adicionarmos uma vitamina – também ela um produto natural – mas é feito de forma processada. Quando pensam neste produto, pensam num produto processado ou natural? Porque no fundo continua a ser um alimento...

Vasco – O processado se calhar é um termo pejorativo. É um produto manipulado, ou seja, ele sofre alterações de várias ordens. Hoje fala-se muito nas carnes processadas, no peixe processado, várias qualidades de carnes ou peixes que são misturadas e resultam depois no produto final. Por exemplo as barrinhas de peixe, os hambúrgueres, as salsichas e fiambre, tudo isso é processado. Agora, o leite é homogeneizado. Como é que pode saber tão bem nas diferentes alturas do ano? As vacas pastam em pastos diferentes ao longo do ano. Na primavera são melhores do que no verão, portanto automaticamente é diferente a alimentação

ao longo do ano. No entanto o leite é homogeneizado, eles fazem um *blender* como fazem com os vinhos e bebidas espirituosas para manter aquela qualidade. E, para mim, isso é uma forma de processamento, porque um produto natural não pode sempre saber à mesma coisa. Uma abóbora plantada aqui e outra plantada a dois quilómetros, se a matéria orgânica for diferente, o sabor tem que ser diferente. Isto, para mim, acaba por ser um produto manipulado de forma a ter um resultado, agora esse resultado tem como função as nossas necessidades funcionais, digestivas, ou seja tudo isso foi feito para nos melhorar a saúde. Mas, lá está, se a vaca come um bom pasto, dá um bom leite. Se nós bebermos um bom leite, vamos ter uma boa saúde.

Vítor – Eu sobre isso já me questiono muito. Tenho duas ideias contrárias, é tipo o meu pensamento não quer mas o meu corpo pede-me. Eu compreendo o que o Vasco está a dizer, até porque as coisas são modificadas e às vezes até pouco estudadas antes dessas modificações serem implementadas, por vezes os resultados vêm depois da experimentação, o que leva a que os resultados por vezes não sejam os melhores. Há vários cocktails feitos desse género que acabam pior não resultar da melhor maneira, mas certos resultados parecem só daqui a dez anos. Esses produtos podem nem ter uma reação imediata, e é isso que me leva a não consumir esse género de produtos, hoje o Júlio consome a Becel porque foi recomendada, mas se calhar daqui a dez anos há um estudo que diz o contrário sobre a Becel e o cocktail ideal poderá não ser bem aquele. Por exemplo falámos há pouco da manteiga de ovelha, eu sei que para o colesterol é um veneno, mas prefiro aquilo do que barrar com a Planta porque o sabor é mesmo muito diferente do original.

01:20:03- Mas o Vítor se por acaso a Becel tivesse um sabor exatamente igual ao da manteiga nesse caso, o Vítor já utilizaria, ou seja, o que o Vítor me está a dizer é que isto até é capaz de fazer aquilo que eles dizem que faz, mas o sabor é horrível e portanto eu privilegio. Agora se conseguissem fazer uma que soubesse exatamente igual à manteiga aí o Vítor até consumiria?

Eu vou dizer a manteiga que eu consumo, por acaso foi a minha filha que tem estas manias, ou por outra, não tem manias, estuda ciência e tecnologia e disse “ Oh Pai, vais comer esta manteiga e vais-me acompanhar e ao fim de uma semana vais ver como é que é”, e então é Mimoso sem sal, é a manteiga que eu consumo em casa e na realidade foi mesmo a questão de meia dúzia de dias, aquilo ao fim de meia dúzia de dias estava a comer a Mimoso mas eu não consegui a Becel ou a Planta não consigo porque aquilo não sabe a manteiga.

Já percebi mas a minha pergunta era se por acaso soubesse, até acreditava naquilo que a publicidade diz e portanto tomaria?

Sim. Não consigo duvidar cientificamente dos produtos.

A questão é o gosto, o sabor.

Acaba por ser o paladar que eu gosto de coisas muito naturais, é bacalhau é bacalhau, antes quero demolhar uma posta que comprar uma posta demolhada e isto parece incrível, parece se calhar de maluco mas na realidade gosto mais de demolhar um bacalhau do que comer um bacalhau demolhado.

Aqui desta ala aqui, este tipo de produtos o que é quer vos vem imediatamente à cabeça, é um produto tecnológico, não, é um produto...

Todo o produto que é processado, que tiram alguma coisa, para haver essa conjugação tem que haver algo e volto a usar a palavra químico em que vai exercer essa função, para juntar ou separar. E eu por vezes tenho medo é disso, deixam de ser os tais produtos naturais e passam a ter o leite não sei o quê, depois para juntar a outra coisa, depois outros naturais mas na realidade para haver essa junção para eles ficarem solidificados tem que entrar ali com uma componente nova, uma situação nova para conseguirem em termos científicos fazer isso. Isso faz-me alguma confusão. Os “Es”, os tais aditivos, isso cria –me confusão.

O Activia que no fundo é um iogurte natural, tem adicionado as tais bactérias para si é um produto natural ou não?

É natural, nesse caso é natural, porque era natural e entraram algumas bactérias precisamente para a função.

Mas que foi manipulado. Mas para si é natural?

É, entendo que alguns produtos ficam para a função. **É um produto que na realidade foi manipulado mas vai exercer uma função, se fosse natural não fazia a função para o qual ele foi predestinado ali como houve aquele aditivo, foi uma pastilha que se transformou, em vez de ir à farmácia, começa a usar.**

Eu por acaso não vejo a coisa assim de uma maneira tão forte, eu acho que todos os produtos que nós comemos, eu prefiro chamar alteração, porque para o bem e para o mal eles tiram e põem mas os produtos já são alterados não são naturais como o Vasco estava a dizer, tudo já tem conservantes, houve uma altura que era o B330, mas para mim isto é mais uma alteração, uma evolução das coisas, dos produtos, isto é o acompanhamento da evolução e das doenças

que as pessoas têm e para mim é mais uma alteração, ponto. Não passa disso, se calhar daqui a uns anos já dizem que isto não é bom, porque voltamos ao natural é uma evolução e é mais uma alteração.

O problema está mais atrás, a própria vaca que dá o leite já leva antibióticos e come rações...

Exatamente.

Mas qual é a vaca que come só o pasto? Que não leva antibióticos.

Obrigatoriamente tem que haver uns produtos...

01:25:32- Mas o que estão a dizer que no fundo no fundo, poucos produtos naturais existem, porque de uma forma ou de outra?

MAIORIA – Sim.

Exatamente, por exemplo, nós comemos fruta... a fruta normal que se compra no supermercado..

Já está tudo alterado.

Está tudo alterado, sabemos que os frangos crescem em metade do tempo porque levam lá uns aditivos para crescer mais rápido, comem a ração, é diferente da senhora lá na aldeia e cria as suas próprias galinhas e que se puder só lhe dá milho.

Isso que acabaste de dizer é uma realidade, até porque trabalho no ramo e é uma realidade.

No ramo de?

Das carnes, no fundo os médicos mandam comer frango e peru e é aqui que eu me baseio para dizer aquilo que tenho dito até agora, mas é correto aquilo que o Júlio estava a dizer mas eu quis quebrar aqui só um bocadinho para dar a entender isto, a contraditória, que as ideias contraditórias que existem porque no fundo geneticamente os frangos e os perus acabam por ser alterados enquanto a carne de vaca e porco é uma carne muito mais saudável e no fundo os médicos mandam dar frango e peru.

Eu acho que na sociedade já está enraizado de tal forma que já não há hipótese, se os animais têm o controlo veterinário, se a ASAE controla uma serie de coisas, eu lembro-me de ir à aldeia do meu pai no meio do Alentejo e de haver lá uma senhora que tinha lá quase um celeiro, onde nós íamos comprar leite e onde a senhora tirava o leite diretamente da vaca e nós bebíamos aquilo, tinha que ser fervido. Se fosse hoje em dia aquilo ia lá, se soubessem que a senhora vendia leite assim ia lá a ASAE e ia logo fazer análises aquilo, se vaca está com

algum problema, se apanhou para ali algum bicho, alguma coisa e nós estamos a consumir aquilo portanto lá está o bicho ter que levar antibiótico. Eu acho que isto está de forma enraizada que os médicos, e os nosso médicos de família que são médicos que nos acompanham há muitos anos e que falam connosco tu cá, tu lá, dizem que hoje em dia isto é tudo assim, olha comes carnes, por exemplo, por uma questão de cólicas renais, evito as carnes jovens, o tal frango mas acabo depois por questões de dieta não andar a comer as gorduras do bovino, mas tudo isto acho que está de tal forma enraizada, que já não...

01:28:20- Os alimentos funcionais no caso concreto do Júlio, a primeira imagem que vem à cabeça é de ser manipulado ou não?

É um produto acrescentado ou retirado, eu não me choca que no leite, leite é leite, não me choca que no leite, aquele leite que no próprio leite Meio gordo ou magro eles têm que desnatar aquilo ou têm que lhe retirar a gordura, também é manipular mas é um manipulado, podemos pensar no manipulado dos cientistas do laboratório, a injetar coisas, ou podemos pensar no leite manipulado...

O que o Júlio está a dizer é: No limite o leite também é normal retirar nata para ser magro é uma manipulação enfim, colocarem cálcio no leite também é uma manipulação portanto não notam que estes produtos não sejam de facto enfim a primeira coisa que vem à cabeça é de ser um produto processado?

Neste tipo de produtos não, eu acho que noutro tipo de produtos faz-me confusão, produtos de refeição, aquelas barras que substituem uma refeição inteira, isso para mim já é manipular, isso para mim já é um bocadinho como a comida de astronauta, já estamos a falar de...

Assuntos proibidos.

Exatamente, aqui estamos a falar de leites, de manteigas, mesmo assim as manteigas há uns tempos atrás havia uns vídeos a circular de como se fazia as manteigas e aquilo é horroroso, é melhor nem pensar.

Mais a margarinas.

As margarinas, é uma coisa horrorosa os que eles põem lá para dentro, portanto é melhor nem pensar.

Imaginem que, estamos quase a terminar, imaginem que no caso por exemplo dos produtos para reduzir o colesterol, imaginem que no extremo tenho colesterol e noutro extremo tenho aqui um alimento dito normal. Uma Becel Pro-activ está mais perto de

um medicamento porque procura atingir um determinado objetivo ou está mais perto do alimento? Estamos a falar de produtos com os quais se procuram atingir algum fim, seja regular os intestinos, baixar o colesterol, seja o cálcio para melhorar os ossos, portanto se eu num extremos tiver um medicamento e noutra um alimento, este funcional está mais perto, na vossa mente, está mais perto de medicamento ou está mais perto de um natural?

Alimento. Não deixa de ser um alimento. Apesar de poder ter alguma função preventiva mas nunca tem uma função de curar alguma coisa.

E o facto de ser natural dá-vos alguma confiança adicional, ou seja, é correto eu dizer que os medicamentos todos têm efeitos secundários, isto é um alimento efeitos secundários não há-de de ter. O facto de ser natural dá alguma confiança adicional?

Dá nomeadamente porque lá está como já referi, se o utilizarmos como substituição, por exemplo no caso do leite, beber esse leite, eu medicamento tenho que o ir comprar e tenho que consumir o medicamento conforme lá diz, a consumir o químico para atuar para o efeito que eu quero, mas se me disserem para consumir esta quantidade de leite estes mililitros com isto e estes (...) vegetais, vai atuar quase da mesma forma, eu prefiro em vez de comprar leite normal, comprar aquele e sabe-me melhor ir bebendo o leite com a minha regularidade, do que ir consumir comprimidos e para mim apesar de tudo, está mais próximos do alimento.

Eu aqui levantava se calhar uma questão cultural, e uma questão que nos fez chegar aqui, que é a preguiça e o stress e o ritmo da vida se calhar e independentemente de se considerar isso como alimento e como tal mais perto do natural mas o medicamento se calhar faz mais sentido na vida do dia-a-dia ser a resposta, não tanto o alimento.

Porquê?

01:33:52- Porque é mais rápido, mais eficaz, pode andar no bolso, pode ser tomado em qualquer hora e esse não, por exemplo. Isto numa situação de logica de pensamento, naquilo que temos vindo a falar porque encontramos que **efetivamente, é funcional, tem uma função, mas é um alimento. Um medicamento também é funcional, mas em forma de medicamento, portanto, um aproxima-se mais do natural, o outro mais do artificial. Um mais do natural portanto, vá lá, orgânico, outro mais do natural químico.** No entanto por uma questão de espaço de utilização e de tempo o químico se calhar vai ser mais fácil. Eventualmente mais rápido e mais fácil de produzir e mais barato.

Há muita publicidade...

Se não houver uma questão cultural, um investimento na mentalização das pessoas e isso é preciso uma geração ou duas, num funcionamento naquilo que é preciso efetivamente ter cuidado com a sua alimentação para, não é só para funcionar bem o intestino ou para baixar o colesterol ou para não ser diabético, o ser diabético não está dependente daquilo que comemos de açúcar, também está dependente da genética, e há muita coisa que está, também o colesterol é de origem genética, isto demora algum tempo, eu penso que a publicidade e a informação fazem bastante, a alimentação é fundamental, não conseguimos viver sem alimentação, temos que nos alimentar todos os dias, precisamos de produzir de alguma forma açúcares para poder trabalhar mas o que é facto é que somos cada vez mais sedentários, nós para fazermos exercício temos que ir ao ginásio, já não vamos cavar ou andar a passear com os cães na caça, portanto os ritmos de vida hoje se calhar naturalmente pendem para cada vez mais químicos e cada vez menos preocupação natural porque se uma pessoa é apanhada a fazer um queijo vai presa. Ou vai matar um porco, leva o porco e o homem, portanto nada disso é possível hoje em dia, e ainda bem, porque há regras, assim não há micróbios eventualmente não morremos com infeções. Há evolução, mas há aqui uma preparação, tem que haver aqui um trabalho, a publicidade tem que ter um aspeto muito mais formativo e informativo do que propriamente passar muitas vezes e repetidamente em horários nobres para poder vender.

Eu acho que era muito mais interessante existir um produto de reforço imunitário que (...) doenças mas um produto para reduzir as doenças. O grande défice da humanidade vai no reforço imunitário porque nós acabamos, por, exceto algumas mas numa grande parte acabamos por ter mais défice de reforço imunitário do que propriamente.

Em Portugal o nível de população diabética é superior a toda a Europa, a questão da medicação que está provado que os médicos em Portugal prescrevem 3 ou 4 vezes mais antibióticos do que qualquer outro médico noutra país da Europa. Bom na África e na Índia não passam antibióticos porque não há, mas fabricam-nos lá porque são mais baratos. No entanto temos que ver que isto é tudo um negócio, é tudo um negócio, percebo essa ideia, mas se há e é por isso que se chamam produtos funcionais que respondem a uma necessidade específica, se houver uma formação, ou seja, e não houver a ideia de que isto é uma manipulação, porque lá está, uma manipulação e o processamento é mau, as pessoas têm uma ideia pré-concebida que é má, não, isto é manipulado, bem manipulado. É isso que é preciso entender. A questão do sabor é importante, mas entre o sabor e a eficácia, eu prefiro a eficácia quando estamos a falar de saúde.

Vítor há pouco que devia de haver produtos para reforçar o sistema imunitário, já agora fazia uma pergunta a todos que era para além dos muitos produtos funcionais que já existem, sentem a necessidade de alguma coisa, o ideal era, enfim, para além dos leites e iogurtes e tal, o ideal era haver um alimento funcional que...

Eu estou a tomar um produto que vem dos Estados Unidos em que tem um reforço imunitário quase na casa dos 400%.

Mas é um alimento? Ou é um suplemento?

É um suplemento. Porque é um reforço imunitário quase na casa dos 400% de reforço. Estava aqui a mexer no telemóvel porque não tinha a certeza do que era, só me lembrava do nome, e é precisamente porque procuro minimizar amanhã, eu neste momento estou a tomar 4 comprimidos diários, amanhã poder tomar 2 e de futuro poder não tomar nenhum, porque na realidade é uma coisa que me preocupa.

Mas se em vez de tomar 2 comprimidos se pudesse tomar um alimento preferia? Imaginem que havia um alimento manipulado para reforçar o sistema imunitário em vez de tomar 2 comprimidos...

Da mesma maneira que sou aberto a esta, penso eu, ajuda da mesma maneira que na realidade consiga saborear me saiba bem, porque no fundo isto é uma coisa que eu meto parar dentro do corpo e que nem saboreio nem deixo saborear, ou há-de ir fazer bem ou não há-de fazer nada ou há-de ir fazer mal, espero que não, agora é claro que se me souber bem é claro que será difícil eu tomar esse alimento diariamente a não ser que me digam que tomas hoje este bocadinho e durante um mês não precisas de tomar mais. Mas que não deve ser esse o efeito de certeza, porque normalmente quem lança esse produto é para consumo diário.

E aqui deste lado, um bocadinho na lógica do ideal, ou se fosse possível o que devia de haver era... Têm alguma necessidade?

Se fosse possível uma base alimentar conseguir-se substituir o químico.

Reforços imunitários acho que sim. Farinha actimel, saborosa.

Em última análise eu acho que o homem devia ser como o aspirador, estava cheio tirava o saco, punha outro e continuava. Acho que há aqui 2 pontos que eu gostava de salientar, imunitário, ter ideia de tornar uma pessoa imunitária a tudo acho que é impossível, por outro lado não tenho qualquer tipo de lógica, seria que quase como a mortalidade, atingíamos o máximo dos máximos. Nada nos podia fazer mal a não ser um acidente automóvel ou coisa do

género. Acho que isto tudo tem a ver com uma questão cultural, que é, se eu sei que me faz mal portanto eu tento evitar. Se eu sei que este produto é manipulado de uma forma perfeita é adotado pela comunidade científica que aprova os métodos etc, este produto tem tudo, apesar de ser manipulado, tem tudo para dar certo, e será sempre, visto que é um alimento, é uma coisa que é preciso ingerir porque faz parte do ser, de nós, enquanto que tomar medicamentos não faz parte de nós, é anti-natural, portanto se automaticamente um alimento pode vir a substituir a química isso era o ideal. Só acho é que isto no fundo que está a acontecer é que estamos a transformar alimentos em medicamentos, acho. Acho que será o topo da cadeia.

Eu acho que isso é demasiado forte.

Eu também tenho ali a ideia do nosso amigo.

Eu tudo, nos alimentos, no vestuário, em tudo se está a caminhar para isso.

01:40:48 - O que é que acha disto de se estar a transformar alimentos em medicamentos?

Penso que criando um alimento que só o simples facto de não ser diferente até trás um bem-estar às pessoas. Porque falando em medicamentos, química, as pessoas automaticamente pensam que são dependentes e efetivamente são mas se fosse chamado de alimento como este colega disse, penso que alguma coisa se alterava, o bem-estar das pessoas era diferente.

Vamos terminar mesmo, o Rafael de alguma forma nos disse que tomava alguns desses alimentos porque a mãe comprava e lhe punha à frente. Destes alimentos funcionais existe algum alimento que não era preciso a mãe comprar que o Rafael declaradamente...

Só o essencial.

É filho da fruta.

Estes já existem, para além por exemplo do Compal Essencial se houvesse...

Se houvesse manteiga que soubesse melhor comprava.

No caso do Rafael é só uma questão de paladar? Alguém mais quer dizer mais alguma coisa?

É um tema bastante interessante e espero que o estudo gostava de ver o que é que isso ia dar. Se puder depois ter algum eco da sua investigação.

Terei todo o gosto em partilhar.

Faz todo o sentido e fiquei aqui com as antenas no ar, e independentemente do facto de poder ter uma utilização mais ou menos publicitária ou marketing mas o estudo em si parece-me ser muito interessante. Parece-me que tem pernas para andar e parece-me que vai ser muito engraçado.

Resta-me apenas agradecer a vossa disponibilidade e a vossa abertura para... Ia só pedir antes mesmo de terminar para preencherem este pequeno questionário.

Sexo, só tem 2? Qualquer dia estas fichas já não dão.

Muito gosto. Obrigado.

01:42:37

Grupo Focal – Mulheres – Lisboa, 01 de Agosto de 2016

Naturalmente começar por agradecer a vossa presença nesta secção, esta investigação integra-se num projeto académico, numa investigação para Doutoramento que está a ocorrer numa instituição Universitária que é o ISCTE, tem a ver com o tema da alimentação e os alimentos funcionais em particular e de facto as vossas opiniões são muito importantes, como já todos me disseram não sei se é o caso da Ana Paula se já participou nas sessões, enfim sabem como é que é o processo, foram contactados por uma empresa mas o objetivo é Académico o que significa que no final o tratamento dos dados é absolutamente confidencial e não tem outro objetivo que não seja esta investigação. Já participaram, falar o mais abertamente possível, não há ideias certas nem erradas, nem ideias maioritárias nem minoritárias, para quem ainda não ouviu, o meu nome é Paulo Monteiro, o que me interessa é a vossa opinião o mais abertamente possível e sobretudo a vossa experiência enquanto consumidores deste tipo de produtos. Esta conversa vai ser gravada, vai demorar aproximadamente 1h30. Pedia 2 favores, se têm telemóveis que os coloquem no silêncio e que tentem falar 1 de cada vez. Antes de começar ia pedir que lessem e assinassem esta declaração, no fundo é a confirmação de como aceitam participar neste processo e afirmação de anonimidade garantida. Vamos então começar, o tema é a alimentação, que para uns é uma necessidade para outros uma obrigação, para outros uma forma de estar com os amigos, para outros uma fonte de prazer, para outros uma forma de tratar da sua saúde, para outros poderá ser muitas outras coisas. Gostaria de vos ouvir um bocadinho, para vocês o que é que é a alimentação? Quando eu falo disto o que é que é a primeira coisa que vos vem à cabeça?

Para mim é uma obrigação, se pudesse tomar comprimido e andar bem-disposta e não ter que comer, eu andava bem, acho que é uma perda de tempo, gosto de algum convívio à mesa mas a maior parte das vezes era capaz de fazer uma refeição por dia e o resto tomar um comprimido, acho que perco muito tempo nas refeições e essencialmente a confecioná-las também, mas não me é uma fonte de prazer de todo.

Eu para mim é o oposto, adoro cozinhar, comer, convívio, para mim às vezes é um esforço não comer.

Eu para mim principalmente no Verão é um esforço comer, acho quem também tomava um comprimido ou assim ou um líquido qualquer já feito, batia e bebia e já estava. Algumas vezes não, poderia ser até uma forma de convívio, prazer à mesa mas esporadicamente.

Ok já temos aqui opiniões bem diversas, mais opiniões.

Eu gosto de comer, de saborear a comida, gosto de comida bem confeccionada, não gosto muito de fazer, e acho que comprimidos “não obrigado”.

Eu comer já foi uma coisa que dispensava, a única refeição que não dispense é a do pequeno-almoço. Ainda hoje não dispense o pequeno-almoço. Sempre foi assim, sempre foi importante para mim, o resto dispensava, hoje em dia é, porque eu dispensava, depois já foi um prazer, hoje em dia é uma obrigação, porque eu tenho diabetes e tenho que comer de 3 em 3 horas mas eu gosto de um bom comer, aprecio uma boa refeição. Não posso é comer tudo mas isso é outra conversa. Se como isto não como aquilo, é um misto.

A Ana por ser diabética tem que ter alguns cuidados.

As 3h para mim é um horror.

00:07:25- E as restantes têm algum cuidado em particular, há coisas que declaradamente não comem, há alimentos que declaradamente privilegiam, alguns cuidados em particular com a vossa alimentação?

Haver alimentos que não como, não, contudo tento comer só alguns 1 vez por mês, 1 vez por ano, qualquer coisa assim, tento ter algum cuidado mas dizer que há aqueles que eu não como de todo não. Como com alguma moderação, isso sim, tenho esse cuidado. De resto tento sempre fazer uma alimentação muito cuidada, porque até como nem gosto muito de comer que vá ter ali um bocadinho de tudo, por exemplo agora estive com um problema de anemia, e como beterraba, acho que se puder como só a beterraba e fico alimentada, como não me apetece comer.

Esse reforço de consumo de beterraba é por conselho médico?

Sim, com outros alimentos também mas este porque agora de Verão até acaba por saber bem e então há que prevenir e ingerir aqueles que eu preciso mais.

Eu tenho algum cuidado principalmente no tempo que estou sem comer, como trabalho num escritório normalmente esquecemo-nos de comer. E então tento sempre comer em casa a primeira refeição e mais ou menos às 11h voltar a comer um iogurte e uma maçã, às vezes umas nozes ou amêndoas, depois à hora de almoço volto a comer, é mais ou menos por aí, tentar comer a determinadas horas. E depois claro, gosto de doces, de comidas bem condimentadas mas ao Domingo quando vou à minha mãe como essas coisas, de resto tento

ter esses cuidados, e tenho filhos, tento ter esses cuidados. Sumos só bebem ao fim de semana, essas coisas, fruta sempre depois de cada refeição, sopa.

Eu sou o oposto das senhoras todas, eu gosto de cozinhar, para mim é um prazer cozinhar, tanto para muito como para pouca gente, quanto mais gente em casa para mim melhor. Adoro lavar a loiça, depois de toda a gente comer e de beber e brincar, os homens a conviver e eu digo às mulheres para se sentarem que eu vou lavar a loiça, arrumar a cozinha, adoro.

Mas tem alguns cuidados em particular com o que come, como confeciona, já que gosta tanto de cozinhar?

Eu agora não tenho colesterol, não tenho diabetes, até agora, cuidados de há uns 3 anos para cá estou numa casa que tem quintal, uma horta, então tenho tudo biológico, desde as batatas, tomates, pepinos, alfaces, não sei o que é que é comprar nada de vegetais por exemplo, de há 3 anos para cá. Tudo o que é saudável em termos de legumes tenho esse cuidado. Depois é os coelhos e as galinhas lá da horta, outras coisas que também não compro, também é saudável, a maneira como são tratados, e depois tenho alguns cuidados, tenho uma filha de 3 anos, adora vegetais e frutas e tudo o que seja legumes. Cuidados tenho, faço mais tudo à (...) diabético, apesar de ser gordinha eu não como tanta coisa como devia, é gorda come muito, ainda hoje no trabalho eu pus o prato de sobremesa e só enchi a parte do redondo de baixo. Comprimidos não como já fiz todas as dietas e mais algumas por isso é que estou assim.

Eu tenho imensa fome e como bem. Não perder tempo, o pequeno-almoço também tem muita importância, eu acordo sempre com muita fome, e faço desporto e tenho necessidade de comer, eu não gosto é do tempo que para mim não é um prazer estar à mesa. Uma festa como um Casamento acho uma seca estar à mesa.

Sáímos de lá empanturrados.

00:12:34- E às vezes é no Natal mas às tantas fazer a minha vida com base no estar à mesa, isso faz-me confusão. Evito muito queijo, porque tenho colesterol e evito queijo neste momento evito as bolas de Berlim que também gosto muito, cada vez que ia à praia comia uma, agora não como, faço essa restrição, de resto como um pouco de tudo. Os franceses é que comem de tudo mas em pouca quantidade. Tento comer de tudo, o que me faz mal ainda menos, como enchidos.

Legumes, adoro comida saudável, acabo por balancear um bocadinho as coisas.

Alguns cuidados em particular?

Sim, porque se não estaria o triplo do que estou. Depois como não gosto muito de cozinhar mando-me para as saladas e portanto compro um pacote de alface daquelas já lavadas, principalmente no Verão é saladas com tudo o resto, invento saladas e como tudo à base de saladas, isto no dia-a-dia. O que evito mais? Nem sei se é evitar porque neste momento acho que já faz parte da minha alimentação normal, os fritos e essas coisas, porque me fazem mal assim como o vinho branco que sou alérgica, é o vinho tinto, eu não me perco em sumos, é mesmo vinho. Como muitas saladas, gosto muito de saladas, e abuso nas saladas, no lado oposto odeio sopa, é assim eu não vou pelos comprimidos mas vou por tudo o que é cru, gosto de comida japonesa, faço muito comida Vietnamita, nos Wok, pica-se tudo, mistura-se tudo e já está. Tudo o que seja rápido mas com sabor, coisas deslavadas não. A vida para mim é muito arco iris e acho que alimentação é um pouco isso, se pusermos a alimentação como arco iris a vida é fenomenal.

E têm outros cuidados com o vosso corpo, hidratação, atividade física, ali a Cláudia já referiu enfim para além dos cuidados que procuram ter com a alimentação, têm outros cuidados com o vosso corpo, hidratação e exercício físico são 2 exemplos...

Hidratação sim, exercício físico agora não. Agora já posso fazer outra vez mas por causa da anemia, estive mesmo muito baixo sem eu me aperceber tive que parar mesmo porque não conseguia. Mas por norma faço ginásio.

Eu meto só uns cremes mas depois sou muito distraída e esqueço-me, exercício físico fiz durante algum tempo agora desisti, já estava cansada, chega uma altura que paro e depois volto, mas sim ando, vou para o parque e corro com os miúdos.

Eu exercício físico é quase obrigatório, hidratação tenho que beber dois litros de água por dia.

Eu bebo 5 litros ou mais.

Eu já o faço, entrei na idade em que espero que seja a ultima mudança hormonal portanto os intestinos também ficaram afetados, portanto 2 litros de água é para ajudar aos intestinos, exercício para ajudar diabetes, e o comer como 3 em 3 horas para me lembrar a comer, porque não tenho nem nunca tive fome.

Mas é uma questão de rotina, às vezes às 11h não me apetece comer nada.

Eu compreendo os comprimidos porque se estiver a correr bem estou ali 5 horas e sinto-me bem.

Eu também digo isso passamos tanto tempo a comer, preferia tomar um comprimido. Assim era mais rápido.

Eu acho que o problema da alimentação é mesmo o trabalho.

Nós chegamos tarde a casa, se fosse com um comprimido tínhamos mais tempo para estar todos juntos.

Mas é que nós mulheres íamos arranjar mais qualquer coisa para fazer.

Se calhar também mas era outra coisa.

Eu bebo muita água mas é o oposto dos camelos, não consigo fazer reserva, tenho que andar sempre com água, ponho cremes, pelo menos 2 a 3 vezes por semana, exercício é como a sopa, de vez em quando sou obrigada, faço um mês e depois desisto. A ultimam vez fui com muita vontade e passado um mês dei cabo do ombro, o meu próprio corpo...

Mais exercício físico que acarrete mais para ginásio, atividade física, passear, passear o cão, andar de bicicleta.

Eu subo e desço muitas vezes escadas, eu trabalhei no Hospital de Santa cruz e aquilo são 6 pisos eu estou no 2 e vou do 2 ao -2 todos os dias, subo e desço, quando são cartas e exames vou sempre de escadas, só para ir ter com o doente é que vou de elevador, as minhas pernas e joelhos agradecem, primeira semana dorida mas penso se está a fazer doer é porque está a fazer bem.

Obriga-se a fazer essa atividade. Já falámos sobre a alimentação em geral, agora vamos falar mais sobre alimentos funcionais. Quando falamos de alimentos funcionais estamos a falar de iogurtes com bifidus ativos ou fibras para regular o trânsito intestinal, sumos aos quais foram adicionados produtos, fibras, cálcio, vitaminas etc., estamos a falar Danacol, leite fermentado para o tratamento de colesterol, estamos a falar de leite enriquecido, com cálcio, vitaminas, etc., estamos a falar de planta, Becel, com indicações de prevenção do colesterol, estamos a falar de ovos enriquecidos com ómega 3. O que é que são alimentos funcionais? São alimentos aos quais por via tecnológica foi ou retirado ou acrescentado alguma coisa, exemplo do qual foi retirado alguma coisa é o leite sem lactose, ideia hoje é falarmos sobre os alimentos aos quais foi adicionado alguma coisa, que é o objetivo da minha investigação. A primeira pergunta que se coloca, admitindo que todas são consumidoras, umas de forma assídua outras de forma esporádica, o que é que é para vós os alimentos funcionais, como é que chegaram a eles, a primeira vez que

tomaram, como é que aconteceu, foi recomendação ou amigos que falaram e qual é a vossa experiência, porque é que sentem a necessidade de tomar um alimento que tem mais qualquer coisa do que era suposto ele ter. Falem-me da vossa experiência.

Eu vi os essenciais e de vez em quando compro para os meus filhos, eu compro porque gosto muito de novas embalagens e novos produtos e experimentar, mas não acredito muito que traga valor acrescentado ao que já é. Mesmo em relação aos Activia como não consumo com regularidade não sei até que ponto farão ou não bem. Compro porque às vezes são esses que estão em promoção, outras vezes são outros, não acredito muito nessas coisas. As manteigas magras isso sim, porque se nota pelo aspeto, em relação aos outros produtos nem tanto.

Os Activias, eu consumo todos os dias, faz funcionar os intestinos, também há águas com ómega 3 e bebo, e como estou na idade em que os ómeegas 3 ajudam a não ter calor é as duas coisas, as águas não sei mas os Activias funcionam, uma vez por dia.

São de beber ou de comer?

É o que estiver mais barato. É caro em relação aos outros. Se o de comer com colher está mais barato é esse que compro e vice-versa. Mas funciona. É o extra que eu me permito dentro do orçamento. A água já comecei mas não sei se funciona, fiz o mês de Julho, vou fazer o mês de Agosto se não funcionar vai ao ar.

Como é que chegou aí? Alguém deu indicação, viu na TV, alguma amiga, conhecido...

O Activia foi mesmo uma amiga que estava na mesma idade e ela disse que fazia e que acrescentava ainda mais cereais e funciona. Ela agora diz que por causa dos calores que a água funciona portanto eu vou experimentar. Não foi nenhum médico. Eu dou 2 meses, com o Activia funciona continuo, com água vai ser igual.

E costuma usar a planta e a Becel para o colesterol?

Não, colesterol está ótimo, ovos eu tenho caseiros.

Mas se tivesse um problema com o colesterol faria a mesma coisa, experimentaria este tipo de produtos?

Não sei se iria experimentar. Eu não gosto muito de manteiga, compro pouca. Se falasse em queijo, há um bom queijo para o colesterol eu ia experimentar, com sabor e tudo, eu ia experimentar.

Mais opiniões?

Eu também vou experimentando de vez em quando, os Activia é o que eu vou consumindo mais, os Danacol já comprei para o meu marido por causa do colesterol e acho que até funcionou e manteiga Becel também vou comprando esporadicamente e vou comprando. Tenho uma amiga que é formada em medicina tradicional chinesa e que me disse que estas coisas não devem ser por norma continuadas, se hoje estamos com uma manteiga Becel, amanhã vamos para outro. Vou usando, praticamente todos os que mostrou sim, as águas e os ovos nunca comprei, e há algumas coisas que tenho receio em experimentar. Os ovos é um deles, não me quer parecer que sejam galinhas enriquecidas em ómega 3, provavelmente terá sido injetado lá qualquer coisa nesse sentido, o que me deixa ficar com menos vontade de experimentar. Agora os iogurtes e manteigas sim, mas vou sempre intervalando com uma fase com esses com pré-bióticos e outra fase com o normal. Os leites também já experimentei sem lactose até porque tive uma altura em que fiz uma intolerância à lactose mas como também não gosto muito de leite é daquelas coisas que não compro muito.

Do que mostrou eu consumo quase tudo com muita regularidade, a Becel é só o que uso, Activia consumo à anos e anos, ainda estava em casa dos meus pais, portanto à muitos anos, desde que apareceram e acho que já foi à muitos anos. São os iogurtes que gosto mesmo muito do sabor, se faz efeito ou não, não consigo avaliar porque já tomo à muitos anos, não sei. A Becel sim, porque adoro manteiga e queijo, no queijo não posso cortar no leite, a manteiga tento evitar a de vaca, mesmo para culinária é a Becel cozinha. Os ovos acho um bocadinho treta, mas para mim tudo o que é super alimentos eu acabo por consumir. Fiel mesmo é à Becel e o Activia, eu já faço à muitos anos e estou a dar-me lindamente. Não foi o médico que me indicou, o Activia já vem da casa dos meus pais, já era hábito que tinha e Becel é mesmo porque tenho colesterol e tenho mesmo necessidade porque gosto muito de manteiga e de torradas.

Mas como é que chegou à Becel? TV, amigo, médico que a acompanha...

Porque é a marca mais antiga, transmite mais confiança.

Foi uma decisão sua?

Sim, acho que nem há outra marca assim para colesterol, a Becel...

Eventualmente a Planta.

Mas a Planta não fala em colesterol acho eu.

Tem menos 30% de gordura.

Todas as que dizem que tem sabor a manteiga eu prefiro.

Esta sim, com sabor a manteiga com menos 30% de gordura e tem sabor.

Becel normalmente é caro mas felizmente agora temos o Pingo Doce que costuma ter promoções na Becel.

Estes produtos pesam no orçamento.

00:30:48- Becel é uma coisa que eu gasto muito dinheiro mesmo.

Eu esporadicamente compro, eu sou daquelas pessoas que vou ao supermercado, pego o que vou comprar e não vê preços. A questão da Planta estava a senhora a fazer a prova, experimentei era bom, estava fresquinha e soube bem, vou levar, a minha mãe disse-me que não prestava, eu vou levar, queres levar? Eu levei a normal, ela levou planta, eu vou muito pela novidade, se achar que é capaz de ser boa compro. Não regularmente mas se tiver em promoção, os sumos também para a filha, ela vai muito pelas cores e aquilo é roxo.

Danacol, também mostrou não foi? Consumo um bocado como medicamento, como não tomo medicamento para o colesterol e acabo por comprar aquilo como medicamento. Mas não me baixa o colesterol, não tem é aumentado. O meu colesterol também é um bocado hereditário.

Eu conheço uma médica que diz que tudo isto acaba por vezes por ser um bocadinho pelo subconsciente. É um bocado contra isso, porque pelo facto de dizer que é magro não quer dizer que o seja, é preciso ler a embalagem e os ingredientes e tudo o que lá vem.

Às vezes somos iludidas pela marca.

É um bocadinho o pensar em ter cuidado com a alimentação, tentamos sempre qualquer coisa que...

Minimize a coisa.

Às vezes faz mais mal.

Mas as pessoas estão iludidas, é magro, é menos gordura.

E o facto de dizer que é magro leva-nos às vezes a comer mais.

Depois é as promoções, temos promoção, temos vale de desconto, se faz falta pode-se comprar.

Eu consumo Danacol por indicação médica já há muitos anos, acho que funciona, pelo menos não tenho colesterol, também não sou grande consumidora de gorduras, depois o leite é com

cálcio ou ómega 3 mas tento juntar alguma coisa, normalmente é o ómega 3 que estou na idade e deve de estar a chegar o calor, não me vêm calores porque não penso neles, não irei sofrer disso mas deve de estar por aí, quando chegamos ao limite dos 50 anos ficamos à espera. O Activia por causa dos intestinos, e depois eu sinceramente como essas coisas porque como tenho que comer de 3 em 3 horas ou de 4 em 4 então tenho que inventar coisas para comer nos intervalos. E portanto como um Activia de manhã, ou levanto-me e tomo um Danacol e depois do banho tomo o pózinho porque o pózinho e o queijo há amores que são para a vida toda. Vou tentando intervalar, à tarde posso comer um Activia, o Danacol normalmente é ao levantar, quase sempre, Activia durante o dia, depois porque essas coisas dos light e magros eu não acredito nada disso muito sinceramente, porque se tem menos gordura, tem mais hidratos de carbono, se tem menos gordura tem mais glícidos e por aí fora. Se olharmos para os rótulos, e há uma coisa que eu sou dependente e viciada que é no tabaco e já me chega, portanto dependente em rótulos, dietas e afins não obrigado. Ovos não, muito sinceramente, não vejo galinhas com ómega 3, não acredito, posso estar errada como nas outras, sumos e águas assim não, água tem que ser natural, nem sequer é fresca. E Becel. Mas a alimentação é a base disso.

Foram expostas aqui duas ou três coisas que me parecem interessantes e que gostaria de desenvolver mais, a Cláudia disse que tomava o Danacol como medicamento.

Já não me lembro se foi o médico mas aquilo não me sabe a nada.

Mas porque é que diz que toma como medicamento?

Porque na altura que me detetaram colesterol...

00:36:59- Isto significa que em vez de tomar o medicamento toma o Danacol?

Não, significa que tomo aquilo para não piorar o meu colesterol. Como não tomo medicamento e na altura que me foi detetado o médico disse que era um colesterol um bocado hereditário mas de qualquer forma cuidado com a alimentação. E tenho ideia que referiu isso, não assim porque se não parece que estão a vender, acho que não me disse diretamente para comprar mas mal não faz. Até me custa que como vejo como medicamento, é caro, não me sabe a nada, não dá prazer beber aquilo, nem aquece nem arrefece, por isso digo que é como medicamento, porque acho que me está a controlar o colesterol. Pelo menos piorar não piorou e já há alguns anos que me detetou.

As outras pessoas que tomam Planta ou Becel com preocupações com o colesterol partilham desta opinião, tomam este produto quase como medicamento ou não?

Sim, o meu marido toma Danacol. Já tomou quase como medicamento e depois eu também tive com o colesterol mais elevado e também tomei quase como medicamento e foi o médico que disse que havia alguns iogurtes e disse algumas marcas enfim não pode ser continuado porque acho que vai controlar o colesterol mas vai aumentar o triglicéridos ali durante um tempo podem tomar experimentam e depois fazem análises e realmente o meu marido baixou. Ele depois disse a mesma coisa, de não fazer isto continuamente, mas também como medicamento.

Eu faço continuamente, todos os dias.

Já alguma de vós tomou um alimento destes funcional e que tenha deixado de tomar?

Eu bebia leite sem lactose durante algum tempo e agora cansei-me, agora bebo magro e acabou. Porque já compro para mim e para os meus filhos, agora compro magro, para eles continuo a comprar meio gordo. Não vejo mais-valias de controlar, porque bebo muito leite.

Acho que esses alimentos têm uma promessa, por acaso nunca tinha pensado nisso como medicamento mas tomo o Activia para funcionar os intestinos, se deixar de fazer funcionar os intestinos, passo a outra coisa. Tenho aqueles 2 meses de teste. Nunca tinha pensado nisso de evitar ir à farmácia.

Eu acho que a alimentação são os melhores medicamentos que podemos ter. E se pararmos um pouco para pensar, tudo o que precisamos está na alimentação, agora muitas vezes não nos apetece, como as Tisanas, os chás, a alimentação como a beterraba, e funciona.

Certamente deve de haver alguns medicamentos que baixam o colesterol.

A água de beringela é excelente para baixar o colesterol.

Já me falaram nisso há uns tempos.

Dá trabalho, todos os dias à noite cortar uma beringela, por em água mas é claro que funciona.

Dá menos trabalho e para além disso não sabe a nada.

Isto com este pensamento eu entro em contradição comigo mesma, eu sou muito natural, não é a questão de ser vegetariana não é nada disso, nós mulheres nesta idade não precisamos de carne, muitas proteínas mas depois de todos estes produtos que eu consumo, porque dão menos trabalho, depois estão cheios de todas as outras coisas que nos fazem mal e a grande maioria das doenças do mundo tem a ver com os hábitos alimentares. Eu própria entro em contradição mas eu sou uma máquina da sociedade urbana. Há coisas que nem penso,

sabemos que são pré-bióticos e que foram adicionados alguma coisa para terem esta função, eu acredito e consumo, agora em termos do leite e dos ovos não me quer parecer.

Mas porque é que acredita no caso dos iogurtes de uma forma geral são adicionados bactérias, que são os bífidos, no caso do leite é adicionado cálcio, no caso dos ovos o que acontece é que as galinhas são alimentadas com rações ricas em ómega 3. Agora porque é que acredita nuns e não acredita noutros?

Porque é uma coisa que é fabricada. É fabricado o leite com os aromas, com os bífidos com aquilo que eles lá querem colocar, portanto sei que tenho um produto que é elaborado, que foi fabricado. Enquanto que os ovos não, não acredito que o facto das galinhas serem alimentadas com rações muito ricas em ómega 3, que façam com que os ovos também sejam ricos em ómega 3, que se à partida o ovo é um produto natural, para ter mais qualquer coisa foi lá injetado, que obrigatoriamente foi lá colocado qualquer coisa que é rico em ómega3. Agora o iogurte sei que é um produto que foi fabricado e que não existe assim na natureza. Aquilo eu sei que estou a comprar uma coisa fabricada e nos ovos já chega, se vou comer já uma coisa fabricada, deixa lá comer outra que seja um pouco mais natural. Eu ainda esta semana comi um ovo de uma galinha criada com milho e com restos de comida. É uma galinha do aviário.

Na cor é uma diferença...

Nem é a cor, o sabor dos ovos de super e hipermercados que são galinhas de aviário e que vamos juntar mais um ómega. Se calhar tudo isto não presta realmente para nada, o que interessa é a psique.

O que importa aqui é realmente acreditar que vemos ou que nos dizem sobre estes produtos, porque no caso dos Activia, vamos admitir que os resultados veem-se ou não a curto prazo. Prevenção do colesterol como é que se consegue ver que de facto tomando...

Se o colesterol não subir.

Eu apesar de não ter colesterol alto, mas tenho colesterol familiar, e se o meu colesterol não sobe só por causa da alimentação ou porque é por causa do Danacol isso não sei. Mas sei que as duas coisas em conjunto, a alimentação e o Danacol as coisas estão a funcionar.

Costuma-se dizer que equipa que ganha não se mexe...

Mas eu vou ter que mexer agora um bocadinho.

Estamos a falar de alimentos aos quais tecnicamente foi adicionado alguma coisa, de uma forma geral também podemos dizer que são adicionados produtos naturais, o cálcio é natural, vitamina C, etc., Quando pensam neste tipo de alimentos, que lhe foi adicionado algum tipo de produto para atingir um qualquer objetivo seja ele fortalecer os ossos ou seja regular o trânsito intestinal ou seja prevenir o colesterol, quando pensam nisto, isto é de facto um alimento com mais alguma coisa ou isto inclina-se mais para um medicamento, quando pensam neste tipo de alimentos que não são os originais, o que pensam, inclinam-se mais para que lado, no vosso ver?

Eu vejo como alimento na mesma.

Eu vejo como alimentos menos o Danacol, tudo o resto, ovos com ómega 3, leite com cálcio...

E porque é que o Danacol não, que é um leite fermentado?

Acho que aquilo não alimenta nada, aquilo não me sacia, não tira a fome, enquanto que **um leite com cereais eu fico sem fome, o ovo eu fico sem fome, o Danacol não me tira a fome. Eu vejo mesmo como medicamento, se calhar se fosse maior e tivesse lá a mesma quantidade do que tem que ter, se calhar via como alimento.** Por ser tão pequeno ou por ser sem substância, não vejo, eu não junto aquilo com nada, nunca pensei em juntar com cereais. Não o vejo como alimento, mas é o único, todos os outros vejo quase como super alimento e agrada-me, não vejo de todo como medicamento e gosto, o Activia adoro.

Eu penso que o único também é o Danacol, nunca tinha pensado nisso, estou a pensar neste momento, nunca pensei naquilo como medicamento. Nada como medicamento.

Então vocês veem como alimento.

É a mesma coisa de eu fazer uma salada e ir buscar salsa que faz bem à tensão. Misturo salsa na salada por isso mesmo.

Então lá está, é um alimento que tem um fim medicinal.

Mas nunca vi como medicamento.

É um alimento como outro, como por exemplo neste momento a beterraba é para mim, mas é um alimento que no fundo tem a componente medicamento, além de me saciar a fome. Para além de ser mais rico em vitamina ou o quer que seja mas também o tomar ali qualquer coisa e evitar ir à farmácia. Porque eu também sou muito de evitar de ir muito à farmácia.

00:49:42- Eu por acaso sempre tomei muito multivitaminas como tenho fome e não gosto de perder muito tempo em comer e fazer comida, como qualquer coisa e acabo por compensar com vitaminas e antes comprava muito na farmácia, e agora como todos os alimentos já têm esses extras, todos não mas muitos têm, quando tem eu aproveito isso. Os últimos que tomei foi só vitamina C no inverno, aqueles efervescentes mas mesmo comprimido com vitamina já não tomo há algum tempo por isso, porque nestes alimentos acabaram por ser acrescentados com esses extras.

Mas lá está podemos substituir esses da farmácia com outros alimentos e eu agora estou mais um bocadinho porque tenho que tomar sempre o comprimido do ferro que junto qualquer coisa de vitamina C, porque a vitamina C faz potenciar o ferro existente. De manhã, agora não porque fiz uma pausa porque o meu fígado estava um bocadinho a ressentir de tanta vitamina C, mas era comprimido, a seguir um copo de sumo de laranja, podemos substituir isso por alimentos.

Dá é trabalho.

Exatamente. Eu sempre que posso tento ir buscar nos alimentos a parte do medicamento. Eu também tomei os comprimidos efervescentes de vitamina C e ao fim de dois dias o meu estômago ia rebentando.

Agora não mas de inverno tomo diariamente.

Sim mas **se possível tento com os alimentos fazer um bocadinho de medicamento.**

Destes alimentos funcionais que tomam, qual é que seria a razão que vos levaria a deixar de tomar?

O preço, já compro em promoção, se aumentar ou se a promoção voltar a ser o valor normal do que sem promoção, não compraria.

O que me está a dizer é que acredita que aquilo faz algum bem mas se aumentar o preço já não os compraria e o bem que estes alimentos lhe fazem como é que lhe compensaria?

Com outros alimentos ou então iria a um médico. Saber de outra possibilidade.

Eu por exemplo penso muito nisso, são caros e custa um pouco, e principalmente como começou a crise foi uma das coisas que eu ponderei foi comprar mais baratas mas depois penso, a seguir vou gastar em médico, em medicamentos.

Eu raramente vou a um médico.

Então acabo por manter, custa-me de facto manter, até mesmo nos próprios iogurtes Activia, são caros mas aí acaba por compensar que os outros mais baratos não me sabem a nada.

E aquele sacia...

Sim, mas normalmente penso no preço, das coisas, mas depois penso que se calhar não vou tantas vezes ao médico, não tenho que tomar comprimidos.

Acho que o que não me faria comprar era mesmo uma má experiência com esses alimentos.

Eu também não compro sempre, vou intervalando umas coisas com as outras.

Eu também compro muito quando está em promoção, os iogurtes normalmente vou intervalando, esses com outros magros, mas se eles continuassem no preço normal se calhar compraria os outros. Aquela senhora já disse que faz mesmo bem o Activia e se calhar se tomar continuamente e se fizer bem mas como não tenho grandes problemas a nível de intestino se calhar não compraria. Em relação à Becel também não tenho colesterol, a lactose já deixei de beber e de... Esse seria um dos fatores pelo qual deixaria de comprar **porque efetivamente só compro os Activia quando estão em promoção mas se calhar também por não ter grandes necessidades. Se calhar se tivesse colesterol, talvez experimentasse mesmo para perceber se efetivamente era bom para mim ou não.**

Aqui deste lado o que é que vos levaria a deixar de tomar os alimentos funcionais?

Eu sei que os Activias são caros, aquela coisa entre os líquidos e sólidos, compro os mais baratos. Mas eu não sei se deixava de comprar, porque me fazem bem.

00:54:16- Mas o que é que, nesse sentido, o que é que teria de acontecer para que eventualmente deixasse de tomar os Activia? Já percebemos que não é a questão do preço, portanto o que é que teria de acontecer para...

Se esta mudança de idade fizer funcionar os intestinos...

Deixasse de ter essa doença, não é...

Se não eu tenho que tomar laxantes, tenho que tomar probióticos, tenho que tomar isto tudo. Tenho que fazer as coisas dos probióticos duas vezes por ano, tenho que tomar os laxantes e com estas crises aqui não vale a pena, portanto os Activias continuam, vão pesar no orçamento. Às vezes pesam no orçamento mas pronto. Vão continuar. Não, eu acho que não.

00:55:02- Digamos, vão continuar até ver eficácia? Quer dizer uma das razões que eventualmente a levariam a abandonar, era a eficácia. Bom deixavam de ser eficazes, é isso?

Sim, sim, sim... Mesmo se aumentassem mais 2 ou 3 euros que já são caros... Não, não os deixava.

E se essa sua amiga que lhe falou nisso ela lhe dissesse: “Olha, ele a mim deixou de me fazer efeito”, mas a si continuavam a fazer...

Ah, sim, não, não ... Eu continuava. O dia em que deixar de fazer eu... Ainda vou esperar aí... imagine por exemplo que deixa de fazer efeito amanhã?!?! Vou continuar mais duas semanas, mais três semanas e depois é que coiso... não. Eu acho que isto demora o seu tempo (...) Mas não vejo razão agora, não. (...) Mesmo que aumentasse mais 2 ou 3 euros eu continuava e são caros, não é? São dos mais caros.

Eu não estou assim a ver nenhuma razão. Eu não consigo medir muito a eficácia. Se calhar se deixasse... Olhe se calhar por curiosidade poderia fazer isso: deixar de consumir para tentar perceber o bem que me estaria a fazer. Mas não consigo medir assim a eficácia para dizer: “ah, se eu deixar de tomar, deixo de ir à casa de banho, deixo de ir... Não consigo, porque eu para mim é uma situação normal. Não acho que esteja a fazer assim um efeito muito concreto. Por exemplo, aquilo que disse a Alzira de que se alguém me viesse dizer, especialmente um médico: “olha que isso faz mal tomar sempre, ou por exemplo, Ómega 3 em excesso faz mal” e eu começasse ali a ver: epá, se calhar eu faço questão de comer o salmão porque tem Ómega 3, compro os ovos com Ómega 3, agora estão-me a dizer que o Ómega 3 faz mal?!?!? Se calhar... mas lá está depois não consigo é provar, não consigo medir é essa eficácia. Mas se houvesse muita gente a dizer ou uma notícia na televisão ou... poderia...

Depois isto é uma questão que nós pensávamos, porque entretanto se estamos sempre a consumir os probióticos ou o Ómega 3, não é? Ómega 3 não tanto, mas acho que mais no caso dos probióticos ou do Benecol ou bifidus tudo isso, estamos constantemente a introduzir no organismo qualquer coisa que faz com que o intestino funcione portanto se é isto vai criando uma habituação portanto de vez em quando uma pausa e eu agora fui obrigada a fazer uma pausa, porque os lacticínios juntamente com o comprimido do ferro retira a absorção do ferro e tudo isso portanto e notei a diferença dos Activia, notei.

Mas isso é por uma razão de saúde faria...

Tens que deixar de comer iogurtes ...

Ou não... a mim inicialmente não fez, agora está a fazer..... Por isso mesmo tenho que tentar compensar com...

00:57:52 – Mas como é que a Ana Paula via que era um produto melhor?

Ou alguém que me diz ou publicidade ou experimentar e ver se o efeito for melhor com uma relação qualidade/preço até melhor.... Lá isso não há amores para a vida toda.

00:58.10 – Portanto numa forma geral podemos dizer que estão disponíveis para experimentar...

Sim.

Quer dizer por exemplo enfim há aqui uma lista de produtos disponíveis no mercado, haveria, que outro tipo de produtos por exemplo é que vocês achariam que se fosse possível devia haver era um alimento funcional era este? Já há pouco alguém me falou aí no queijo...

Ah o queijo.... O Activia com o Danacol aquilo seria excelente

O quê?

O Activia com o Danacol

Portanto sentem a falta se fosse possível haver mais alimentos funcionais de outro género que tipo de alimentos enfim é que acham que fazia sentido ou que podia ajudar?

Se me dissessem assim: há um queijo que faz funcionar os intestinos eu mudava, eu mudava, eu experimentava.

Eu adoro queijo, sou aqui como a Claudina...um bom queijo e um bom vinho...

Mas eu experimentava....

Portanto o que me está a dizer é que o ideal era haver alimentos funcionais que substituíssem coisas que eu já hoje gosto muito ou seja enfim se eu gosto muito de queijo o ideal era com queijo...

Com queijo, com probióticos não sei se continuava porque se não fizer efeito, mas que ia experimentar ia...

Porque estes alimentos são todos muito direccionados eu acho que sempre para o leite, a manteiga, sumos, iogurtes e não passa muito dali não e?!

Há as massas integrais...

Pois, mas eu acho que já é um bocadinho diferente...

Mas as massas integrais já não é um alimento funcional, já não é um cereal ao qual foi adicionado algo digamos o próprio cereal é que já é integral, ou então em muitos casos....

Por exemplo como o fiambre há o fiambre de peru, fiambre de porco...

Mas também já há fiambres ricos em Omega.

Ou seja entre um fiambre normal e um fiambre rico em ómega 3...

Ou um fiambre de peru, vá...

Ou um fiambre de peru rico em ómega 3...

Se estiver em promoção eu compro para experimentar...

Eu não experimentava, porque uma vez não vai fazer a diferença...

Eu experimento.

Eu compro logo, tudo o que me diz um fiambre com vitamina não sei quê compro, eu às vezes nem sei para que serve aquela vitamina, mas basta dizer que tem mais isto ou mais aquilo, que eu compro

E depois?

Portanto e acredita na publicidade, acredita no que é dito na rotulagem?

Sim acredito, não digo “hey espetáculo” e isto vai fazer milagres não acho isso, mas acho mal não vai fazer portanto é mais qualquer coisa.

Um gelado com ómega 3 também era bom.

Sim, mas há gelados com cálcio, tudo o que é...

Há gelados com cálcio?

Mais cálcio...

Sim, às vezes diz com cálcio não sei quê.... Tudo o que diz isso eu compro sempre.

Não, eu não compro....

Há uma coisa nesta conversa que tenho estado a ver em mim que é: lacticínios eu até acredito, tudo o que sai dos lacticínios... eu já o leite desconfio muito.

Mas porquê?! Ou seja num iogurte...

Porque um iogurte é fabricado e não é só fabricado, um iogurte até podemos fazer em casa podemos lá juntar o que quisermos. Não tenho probióticos enlatados para pôr...

Sim, mas podes comprar os probióticos para pôr...

Sim, mas posso comprar para pôr...

Agora o próprio leite, eu bebia muito leite magro bebia de vez em quando, mas ando a tentar retirar, porque o leite é bom e tem as suas... e é rico o leite. Depois eu tenho um bocadinho a influência dos chineses e leite é mesmo quando a gente nasce e depois pronto... portanto eu apesar de adorar leite gostava do leite da Ucal há 40 anos atrás e há 50, sabia a leite, não é?!

Pronto agora quando compramos o magro com isto e com aquilo, não é leite...

Quando eu compro o leite mesmo com cálcio e não sei o quê aquilo sabe-me a água deslavada.

Está pasteurizado.

Exatamente.

Os iogurtes não. O iogurte que eu comia da Vigor há 50 anos atrás ou há 48, pronto... é o mesmo sabor que eu encontro hoje nos iogurtes, seja com probiótico seja, portanto, o sabor do iogurte....

01:02:50 – Portanto o que a Ana Paula me está a dizer que o sabor é aqui determinante?

Também. Sim, sim, sim...

Ou seja se houvesse um leite em que fosse adicionado vitamina C e D que mantivesse exatamente o sabor original do leite, isso aí já a levava a consumir?

Se calhar, se calhar já...

Antigamente o leite era gordo não era muito gordo...

Portanto é o sabor aqui a questão determinante?

Não, mas é que a marca do leite saía nós tínhamos a marca do leite e bebíamos o leite.

Portanto o que a Ana Pula me está a dizer e que o sabor é determinante?

Só quem bebeu leite há 50 anos atrás é que pode falar disso. Eu não sei.

(...)

Não anular...

É assim na natureza, digamos assim é assim que é para consumir. (...)

Mas por exemplo o iogurte de morango que é era aquele que havia mais que era o Vigor natural ou de morango...

De aroma, com pedaços, ...

Não, mas com pedaços já eu andava na faculdade...

Parece que é mais saboroso...

Não, mas com pedaços já eu andava na faculdade...mas por exemplo o de morango, se nós provarmos o iogurte de morango e quem e eu de vez em quando tomo, até porque eu enjoei o iogurte morango, o sabor morango, talvez se calhar por causa disso porque só comia iogurtes de morango, porque era natural ou morango, e o sabor é muito idêntico se calhar há diferenças, quer dizer eu também entretanto com a idade a memória vai desaparecendo um pouco. Mas eu sou muito de cheiros, tenho uma memória muito de cheiros e de sabor e portanto o que eu cheiro, eu estou a falar disto e estou a sentir o cheiro do iogurte de morango. Isto é verdade porque eu sou muito...e isso mantém-se e se calhar é um pouco isto eu nos iogurtes mesmo com os probióticos as coisas mantêm-se mais ou menos o sabor que eu... e como comer queijo da serra e saber a queijo da serra. O meu sogro sabe... come aquele e o sabor é sempre idêntico não é igual. Os iogurtes é a mesma coisa. O leite, os ovos, essas coisas isso já é muito adulterado e eu...

Não e eu acho que aqui por exemplo estava a pensar porquê ... eu nunca comprei esses ovos com ómega 3 e estava a pensar porquê?! Bom para já porque tenho ovos lá da quinta e nós ainda temos aqui mesmo em Lisboa temos acesso a produtos naturais nós vamos um bocadinho para os arredores de Lisboa, para os mercados e temos o agricultor a vender aos....

Isso por exemplo eu já desconfio...

Do quê?

Aquelas feiras por exemplo vê-se muito uma em Almoçageme com produtos e eu

É engraçado, mas eu não desconfio disso...

Isso eu já desconfio um bocadinho que não sei se as pessoas estão ali a vender não digo que vão comprar se calhar ao supermercado, mas não acho que sejam assim tão...

Mas notam-se os ovos saídos nunca estão lavadinhos, estão todos sujos.

E o formato deles, a cor da casca... Isso nota-se perfeitamente.

01:05:52 – Deixem-me voltar aqui à questão de porquê é que se toma este tipo de produtos? Porque nós vivemos um tempo em que praticamente há um comprimido ou uma cápsula para tudo, não é, praticamente....enfim...

Uma para emagrecer há?

Há. Deve fazer mal.

Há. Bom...porque é que numa altura em que de facto há um comprimido ou cápsula para praticamente tudo, porque é que se toma este tipo de ... ou seja por um lado nós temos os alimentos absolutamente naturais, ok? Temos o leite, temos a manteiga, temos o iogurte sem bifidus, ok. Por outro lado temos enfim os comprimidos e as cápsulas e porque é que temos que tomar uma coisa que nem é bem o alimento original nem é bem o medicamento e como dizia ali a Alzira é um alimento com fim medicinal, penso que é...

Para poupar tempo...

Porquê? Quer dizer... sim , mas o medicamento não poupava tempo?

Não, mas é mais....mas temos que preocupar com a nossa saúde também.

Mas porquê?

É mais químico, nós se calhar achamos que é mais químico.

O medicamento é menos natural... é só beber água e engolir.

Portanto, o medicamento está a dizer ali a Isabel o medicamento é mais químico do que estes alimentos?

Talvez.

Para mim não, para mim tem a ver com o sabor e com o prazer de me alimentar com comida.

Porque se temos que comprar o alimento então compramos o alimento já com medicamento...

Para mim é exatamente isso... **se eu vou comprar o alimento, se eu tenho que o comprar para que é que a seguir tenho que ir ainda à farmácia. Vou só a um supermercado e trago tudo de uma vez. Porque para mim é exatamente igual, não acho mais químico menos químico. Acho exatamente igual. Acho que é como se me pusessem o medicamento dentro do frasco do leite.**

Por acaso não acho...

Acho igual, por isso é mesmo a questão de 2 em 1.

Aliás pode ser uma forma de eu emagrecer é pensar na alimentação com medicamento.

Então porque é que a gente tem que tomar mais continuamente do que se calhar alguns medicamentos que fazem logo efeito?

Eu quando digo medicamentos é vitaminas, é ir à farmácia comprar ferro é ir à farmácia comprar cálcio, se eu tenho um leite com cálcio e a seguir como um iogurte com cálcio...

Mas tomar um comprimido de cálcio não é a mesma coisa que beber um copo de leite com cálcio...

Pois é isso, eu para mim é a mesma, se calhar não é, mas para mim eu penso que é a mesma coisa...

01:08:19 – Mas imaginando que isso era possível, ou seja que diziam assim, olhe Cláudia tem aqui o leite enriquecido com cálcio e a mesma quantidade de cálcio que foi posto no leite está aqui em comprimido...

Sim... está aqui o leite natural...

Não.. Está aqui o leite enriquecido com cálcio imaginando tem aqui um copo de leite com 2gramas de cálcio e tem aqui um comprimido de 2 gramas de cálcio, o que é que optava? O que é que para si, sabia que...

Exatamente igual, é uma questão de eu vou, se no supermercado tiver o leite sem cálcio e o comprimido ao lado e se for mais barato por exemplo trazer o leite e o comprimido eu trago do supermercado as duas coisas e misturo eu. É indiferente eu acho isso é mesmo uma questão de estarem as duas coisas juntas e eu comprar as duas coisas no mesmo momento.

Se não falarmos em medicamentos mas falarmos em suplementos alimentares...

Aí, pois....

É outra coisa...

Eu estou a falar mais nisto em suplementos alimentares, vitamina, cálcio, para mim isso é um suplemento. Se eu evito em ir à farmácia comprar esse suplemento, como eu disse sempre tive um bocado o hábito de comprar isso, eu já não sei como é que se chamava.... Que era tipo uns comprimidos com todo...

Multivitamínicos.

Multivitamínicos.

Sim...

Centruns.

Viterra terapêutica.

Sim, sim.

Portanto eu comprava muito esses comprimidos, porque antes não havia tanto esta moda de juntarem essas vitaminas aos alimentos. A partir do momento em que eu chego ao supermercado e tem lá leite com cálcio, não sei quê com cálcio, não sei quê com ómega porque é que eu vou comprar.... Deixei de comprar o Viterra, porque é só porque me poupa a ida à farmácia. Por isso é que essa opção de estar a dizer tem isto tem aquilo, é-me igual. Porque eu acho que não modifica o sabor, não acho que acrescentar cálcio, ómega me acrescente o sabor, os ovos talvez um bocadinho, mas nem isso eu ligo muito. Portanto não muda o sabor, é uma questão de prática, de ser mais rápido.

Se, digamos, no futuro digamos para vós idealmente o futuro passaria por haver mais alimentos funcionais? Porque por exemplo como é que, e não sei ali no caso da Ana Maria ou também da Alzira, ou seja a relação entre, que já têm que tomar medicamentos não é, enfim pela diabetes agora pela situação enfim da anemia que tem, idealmente se pudessem tomariam mais medicamentos para diminuir o consumo, mais alimentos para diminuir o consumo de medicamentos?

Mais alimentos sim.

Ah mais alimentos sim.

Mais alimentos para diminuir o consumo de medicamentos...

Sim.

Se me dissesse, pronto eu tomo.

Ou o ideal é enfim tomar o alimento como complemento do medicamento.

Não.

Não, não.

Se me encontrar um alimento que substitui a medicação eu substituo, completamente. Não tenho que andar com o medicamento atrás. Quer dizer com a alimentação tenho que andar, mas pronto. Não, mas substituo.

Nós habitualmente aos medicamentos associamos uma coisa que é os efeitos secundários, por causa de ser um produto químico.

E é doença. As pessoas quando eu digo que agora me apareceu, apareceu alguns anos, dizem “ah isso é normal”.

O que a Ana Maria me está a dizer é que associam medicamento a doença e alimentos funcionais não associam à doença?

Não.

Porque é mais a cuidados que nós temos connosco.

Exatamente.

Ou mais uma frescura. Vais comer isso agora para quê? Isso é frescura. (...)

O que acham desta ideia de que os alimentos funcionais não são tão associados a doença como os medicamentos?

Eu acho que sim.

Não **é mais se calhar uma forma preventiva da doença, um cuidado que a pessoa tem...**

Mais um cuidado que a pessoa tem que ter.

Medicamento é doença mesmo.

É tal como aquela sua pergunta inicial do nosso cuidado que nós temos com o corpo, é mais uma forma de nós nos cuidarmos e da alimentação.

E o único medicamento que eu tenho que tomar não existe alimento para isso que tem a ver com a tensão alta, portanto...

Mas se houvesse?

Ah se houvesse, sim substituía claro.

Já houve uns iogurtes que era para a tensão...

Havia o Danacol que era para a tensão .

Porque a tensão pode ter várias... depende de porque é que é a tensão alta. Pode ser problemas de rins, pode ser...

01:13:21 - Mas nos seu caso enfim que foi dito que de facto o medicamento liga-se mais à doença o alimento... digamos o que é que ligam estes alimentos funcionais?

Mas não... aliás doença para mim é não poder comer.

É o quê Ana Paula?

Não poder comer. Isso é que é uma verdadeira doença, tipo ah olha não podes comer fritos ah não podes comer isto, isso eu fico doente imediatamente. Por isso é que é eu acho que todas estas coisas do Danacol, do Activia é estar a cuidar de mim não é, porque é estar a fazer com que o colesterol não suba, os intestinos regulados porque aliás é o nosso principal para mim é dos principais órgãos e nós cuidamos muito pouco dele que são os intestinos e ele é que nos traz todas as doenças e mais algumas. E isto para mim é uma forma de evitar mais medicamento, porque eu pronto estou há 2 meses com a tensão alta e aquela coisa de todos os dias de manhã ter que meter o comprimidinho e é uma coisa que não é simpático... não é que me traga traumas não traz, mas não e simpático é um bocadinho ligado à velhice entre aspas que é já tem já não posso ir para lado nenhum sem andar com o medicamento no bolso não é... eu agora costumo dizer que já ando com a caixinha dos comprimidos como com a escova dos dentes e com as cuecas, desculpe a expressão. Como é que uma pessoa pode ficar fora ou pode apetecer fazer um fim-de-semana ou pode não sei quê e tem que ter sempre aquilo... é um bocado... portanto se fosse com alimento.

Perante as outras pessoas quando estivermos imagina num jantar temos a caixa dos comprimidos, depois a gente olha e não há. Enquanto se eu pedir: olhe, quero uma salada mas tem que ter beterraba tem que ter não sei quê quero...

Ai estás saudável...

Que aconteceu?

É verdade.

E se tiver os medicamentos o que é que tens? Estás doente? Sim, estou com anemia. Anemia, mas porquê? Não é? caso contrário nem dão por isso.

01:15:32 – Mas imagine que está num pequeno-almoço e que pede olhe traga-me um Activia enfim, tem iogurtes aqui no pequeno-almoço não tem, então traga-me um Activia, o que é que as pessoas que estariam à volta diriam, estás a tomar um Activia porquê, sofres de... acham que essa relação existiria ou não?

Não.

Não.

Não me parece.

Não associam.

01:15:58- É porquê? Porque já é moderno? Porque...

Talvez.

Já não se associa (...) provavelmente as pessoas, digamos, não associariam a doença?

Talvez por ser moderno.

Acho que não. Lá está, porque é moderno. E porque agora está também na moda o cuidarmos da alimentação, não é? E de comer tudo isso... Os Activias, as saladas, os legumes... Usar a Becel e tudo isso... portanto, acho que não valorizam...

Lá está, porque é mais preventivo do que remédio.

Por exemplo, eu como Activia todos os dias. Eu como, não tenho problema nenhum. Quando vou tomar o comprimido, para já tenho que ter a preocupação de não me esquecer dele, pronto. E quando o tomo lembro-me que tenho de o tomar, que estou doente, que tenho este problema. O Activia também tenho um problema, mas não me lembro.

Sim.

Está ligado à alimentação...

É como eu agora com o ferro...

Porque a alimentação é uma coisa que nós fazemos desde que nascemos, portanto está nos nossos hábitos...

E temos fome e o Activia até é bom, não é? Temos fome...

E o Activia mata a fome.

Não, e eu agora com o ferro, é assim... De manhã normalmente nunca me esqueço, mas chega à hora de almoço: Hey, porcaria do comprimido. Lá vou... Agora o resto... eu estou a comer, e estou a comer a pensar que devo comer isto, aquilo e aqueloutro por causa do ferro e não me incomoda enquanto a tomar o comprimido... já estou farta... já me esquecia do comprimido, pronto. Não é?

Até o psicológico é diferente.

Eu faço de olhos fechados, principalmente agora no verão, da retenção de líquidos, de tensão alta e não sei quê. Eu faço chá e bebo perfeitamente. Agora se eu tivesse de tomar o

comprimido por causa da retenção de líquidos e eu andasse todos os dias, aquilo para mim já era doença. Agora assim, sabe-me bem o cházinho de salsa com gengibre, faço. E com limão e não sei quê, tou sempre a inventar.

E não é doença.

E não é doença. É cuidado.

É.

Sabe bem. Eu acho que tem muito a ver com as pupilas gustativas. As minhas pupilas são muito ativas.

01:18:02- Vamos imaginar uma situação. Aqui a Ana Paula referiu que tem a tensão alta e que surgia agora um alimento que habitualmente, não... Diga-me um alimento que de todo nunca entre na sua alimentação, Ana Paula. Diga-me assim de repente uma coisa que de facto não come.

Ana Paula- Batatas. É raríssimo.

Batatas. Mas agora imagine que foi desenvolvida uma batata que digamos, tem... foi introduzida uma vitamina qualquer que tem o poder de, digamos diminuir a tensão alta. Tomaria? Comería esse tipo de alimento? Não faz parte da sua alimentação...

Sim.

Mas se de repente, alguém lhe dissesse: “bom, mas temos agora aqui uma batata, foi adicionado uma vitamina K ou uma vitamina H que tem o poder de baixar a tensão.

Sim.

A vitamina K é para outra coisa...

Sim?

Claro que entraria na minha alimentação...

Partilham desta opinião, ou seja, um alimento que de todo habitualmente vocês não comem... Se aparecesse um...

Não é um alimento... Se fosse uma coisa que eu não gostasse... É porque é assim, não há nenhum alimento que eu... eu até pela primeira vez na vida este ano eu comi sardinhas. Que era uma coisa que eu não gostava

01:19: 26- Deixe-me fazer a pergunta de outra forma. Qual é o alimento que detesta?

Não tenho, é horrível.

Carne picada. Eu não consigo comer.

Pronto. Há algum alimento que deteste? Todos temos, enfim...

Por exemplo, beterraba. Só de pensar que sabe a terra, não consigo.

Pronto. Então, mas digam-me... mas imaginando que no caso...

Abacate.

Imaginando que agora desenvolviam um abacate que digamos, que poderia baixar a tensão arterial, ou que havia uma carne picada que, digamos que...

Eu não.

Não, é assim... há uma coisa que eu não consigo comer... é espinafres cozidos como a couve, assim com azeite e vinagre... não consigo. Mas se me disseses assim: “isto agora substitui a insulina”, pronto. Eu olhava para aquilo: “bom, isto substitui a insulina, portanto eu tenho coiso...” eu ia logo inventar uma maneira de por aquilo com outro sabor.

Mas eu comprava.

É isso que eu acho...

(...) Nós somos muito curiosas, mais que não fosse comprar para experimentar e se nos saciasse ou nós víssemos alguma evolução ou melhorar, porque não?

Não, eu acho que tinha que ser uma situação muito grave. Uma situação de doença grave, aí sim. Caso contrário...

01:20:50- Portanto, não estão... ou seja, mesmo que aparecesse algum alimento funcional, mas se ele não faz parte, digamos, da vossa alimentação, só mesmo se fosse uma coisa muito grave, é o que me estão a dizer...

Muito grave.

Insubstituível mesmo.

É que eu também não gosto muito de batatas, especialmente se... fritas como, mas cozida não gosto. Mas aí comia, facilmente. Porque é uma coisa que eu não gosto, mas...

Mas ajuda.

Uma batata recheada com carne picada...

Não, aí não comia. Porque a carne picada detesto mesmo.

Mas se a visse picar e sabia que lá estava introduzido qualquer coisa que a melhorasse...

Não, não, mas eu posso me dar um bife e a seguir... é a textura. Detesto.

Ah, é a textura.

Pronto, era difícil... Agora batata, comia perfeitamente.

Mas se já há medicamentos para esse efeito e se eu detestava aquele alimento, tomava o medicamento.

Sim.

Pois, eu acho que detestando.

Se fosse uma coisa horrível...

01:21:46- Essa é uma boa questão... Eu tenho uma situação até... vamos admitir com alguma gravidade e tenho aqui um alimento que agora enfim, dizem que faz bem aquela situação, mas que eu habitualmente, epá, detesto, nunca comi, tem um sabor horrível e tenho aqui um comprimido para esta situação. Nestes casos...

Ah, eu tomava o comprimido...

Nestes casos, o que é que...

Se faria o mesmo efeito eu tomava o comprimido.

Apesar de, como há pouco a Isabel disse, ser químico, o comprimido ser químico...

Sim e acho que numa situação entre...

Mas é o desconforto. Não ter de sentir o desconforto de comer aquilo que não gosta, para...

Não e depois se calhar ia adiar... se calhar não comia agora e assim tinha a certeza que tomava...

01:22:30- Portanto o que a Carla me está a dizer é que, se numa situação até com alguma gravidade, vamos admitir... mas um alimento funcional que ao tomá-lo lhe desse grande desconforto, aí preferia tomar o comprimido? O medicamento?

Sim.

O engolir o comprimido é só meter na boca e engolir, já passou.

É como diz a Ana, mastigar e sentir ali o sabor, uma coisa que estamos ali a fazer aquele...

É como a questão das dietas. Já me disseram que papas de aveia que era muito bom ao pequeno-almoço... aquilo, só de pensar, é horrível... Prefiro, sei lá, tomar... beber um iogurte, ou ir tentado de outra forma. Não tomo papas de aveia nenhuma. Por exemplo, há coisas que são impensáveis... não era... Era mesmo o comprimido, sim.

Portanto, todas vós têm algum tipo de alimentos que enfim, mesmo que fosse funcional provavelmente não tomariam se isso vos criasse um grande desconforto, se fosse uma coisa...

Se houvesse um medicamento...

Se houvesse um medicamento...

Para o efeito, não é? Mas se só houvesse aquilo e fosse uma doença grave, era capaz de...

O nosso psicológico para nós ficarmos bem tinha de fazer um esforço e tínhamos lá que...

(...) Tínhamos que ir experimentar...

Nós somos muito curiosos...

Eu experimentava.

Porquê? Mas experimentava porquê? Porque no fundo, apesar de tudo acha que sendo um alimento tem menos efeitos secundários que um medicamento?

E porque se nós não experimentamos, vamos...

Aquilo dos espinafres cozidos, pronto é uma das coisas... Eu adoro espinafres em esparregado e coiso... Mas eu acho... eu ia experimentar... imaginando que os espinafres tinham... eu ia experimentar... mas eu ia acrescentar..

(...)

Eu acrescentava mais qualquer coisa para ter um sabor que eu gostava, mas eu experimentava a alimentação. Se eu conseguisse lhe dar a volta à alimentação, eu ia pela alimentação em vez do medicamento.

01:24:24- Porquê?

Porque medicamento sabe-me a doença... é uma obrigação, é estar a envelhecer, é estar dependente, é... eu não sou contra envelhecer... acho que até é, mas eu quero envelhecer como deve ser... bem...

Não estar ali... pronto.

Eu acho que o nosso inconsciente se pensar: epá eu podia ter comido aquela bolacha que me fazia bem e não comi porque não gostava, epá, podia ter feito aquele frete e ter comido. Podemos então ficar com o nosso inconsciente a dizer assim: epá, podia ter experimentado, podia ter ficado melhor, mas não experimentei.

Não, mas aí temos o comprimido.

Há o comprimido.

Não havendo o comprimido.

Isso aí, claro.

Eu preciso de ferro, por exemplo. Mostram-me um hambúrguer... este hambúrguer está carregado de ferro. Mas a seguir tenho um comprimido...

O comprimido primeiro, claro.

Claro que é o comprimido primeiro.

Porque é que nos vamos estar a agoniar, a estar desconfortáveis se com um comprimido podemos engoli-lo e já passou?

E é o mesmo efeito.

E faz o mesmo efeito. Sim, nesse aspeto, eu acho para o futuro vai sempre haver mais, e mais, e mais produtos. Porque as prateleiras antigamente eram uma coisinha pequenina, agora temos uma prateleira enorme com várias...

Portanto acreditam que vão surgir mais alimentos deste...

Todos- Sim.

Mais alimentos funcionais, mais alimentos destes.

E ainda bem... Para mim ainda bem.

01:25:28- Mas à partida também não acreditarão em todos, não é? Porque o que dizem aqui, os ovos têm dúvidas...

Eu não.

Também temos experiências.

Nos lacticínios acreditam mais...

Eu tenho dúvidas em todos...

Eu dúvidas, dúvidas, tenho em todos, agora acredito mais nos laticínios do que nas outras coisas...

Também não consumo nada...

Porque aquilo já é mesmo fabricado... Agora, dúvidas, dúvidas... ainda agora estava a pensar, estava a falar nos espinafres...

Mas eu também não consumo nada regularmente, se calhar por isso é que

Mas é que... lá está.

E depois isto também é um bocadinho que é: hey deixa pensar um bocadinho no natural e tal... Mas eu por exemplo, como não gosto de cozinhar, eu compro tudo congelado. Por exemplo, há uns espinafres excelentes...

Congelados...

Congelados, eu adoro aquilo.

E é ótimo para fazer esparregado...

E aquilo deve estar cheio de DE's e de porcarias e pronto, mas aquilo sabe-me... Por isso é que eu acho que... Mas pronto, há outras coisas que... Os ovos, muito sinceramente, também não sou assim uma consumidora... Por exemplo, eu adorava salmão. Desde que eu vi reportagens sobre como é que o salmão dá... com a cultura que é criado, que é só farinhas, que é pior que um porco... Quer dizer, o salmão não tem Ómega 3 nenhum, ponto. Portanto, Só tem aquele que é do mar, mesmo.

Só mesmo o do mar, portanto há coisas em que nós podemos... há outras que não vale a pena.

Ainda bem que eu não vi essa reportagem.

Pois, eu depois dessa deixei de ver reportagens sobre como é que as coisas são feitas. Mas pronto eu aí deixei de comer o salmão.

Não vale a pena nem pensar.

01:27:12- Digamos, para terminar...

Por isso é que eu, desculpe doutor, por isso é que eu não vejo reportagens de como é que os iogurtes são feitos, ponto. Não, porque senão eu sei que deixava de comer. Portanto, não...

Aqui a publicidade, as marcas têm algum papel, ou seja...

Todas- Sim.

Bom, há marcas que declaradamente eu acredito mais que noutras e portanto se aparecesse... há?

Há.

Falem-me um bocadinho disto. Quer dizer...

Mais até pela longevidade da marca. Eu por exemplo Becel acredito muito e acho que é um bocado pela longevidade da marca.

Está há muito tempo no mercado... automaticamente... tem nome. Tem peso.

Sim.

Eu acho que a publicidade é muito importante. Por exemplo, as Activias, têm muita publicidade, têm pessoas credíveis a...

Bem pagas...

Conhecidas do nosso público também a fazer publicidade, isso é importante. Eu noto que escolho mais produtos de marca em relação aos produtos de linha branca porque... não sei porquê, pronto. Porque acho que são mais credíveis. Por qualquer coisa são mais caros... por qualquer motivo.

Mas quem faz a marca branca são as marcas... Vai a um Pingo Doce e tem lá uma torta da marca Pingo Doce, vai a um Minipreço e tem uma torta da marca Minipreço, vai ao Lidl e tem uma torta da marca Lidl e vai à Dancake, a Dancake faz para as 3 marcas, só a embalagem é que é diferente.

O sabor também é diferente.

Mas não é a mesma coisa... Exatamente... mas não é a mesma coisa.

Eu sou muito linha branca.

Não, eu também compro.

Mas eu acho que há... Não é a mesma coisa... Não é só a embalagem que muda...

Algum sabor também...

Põem mais açúcar num, menos açúcar noutro...

Sim, é a primeira qualidade e a segunda qualidade.

01:29:06- Portanto neste tipo também de alimentos funcionais, a marca que está por trás...

Sim...

Tem de divulgar o trabalho deles...

É um elemento que dá mais ou menos confiança para poder...

Não significa que eu não compre...

Mas também se aparecer uma nova marca com um bom trabalho de marketing, não é, publicidade, tudo isso...

Ah, isso aí...

Aquela publicidade constante, se calhar temos a tendência de ir experimentar... Em que tenhamos também uma embalagem apelativa..

Mas...

Há, há. Bifidus.

É a Bifidus.

Marca Continente.

Eu compro, não digo que não compro. (...) Lá está eu só compro os Activia e outros porque eles vão alternando os preços, se nenhum dos 2 estiver em promoção, eu compro os de marca branca.

Esporadicamente, estão.

Esses, eu acho que já houve uma diferença...

Eu compro muitas coisas de marca branca... em termos dos iogurtes da Activia, não consigo.
(...)

Por causa dessa questão intestinal, sim compro. Compro muitas vezes.

E já experimentei os do Pingo Doce, Continente e Jumbo, mas vou lá sempre parar ao mesmo.

Vou logo diretamente aos Activia, nem procuro a ver se havia os da marca branca ou não...

Eu acho que se houvesse... por acaso não se há...

Mas agora vou ver...

Por acaso nunca vi...

(...) Relativamente às marcas, eu para mim tudo o que seja marca Mimosa, para mim, ganha em relação às outras todas, para mim.

(...) Porque é aquela que é tradicional.

Dizem que a (...) é que é a melhor e por acaso eu também gosto muito.

Pois, não me diz nada.

Por exemplo Longa Vida nunca fui consumidora.

Para mim, tudo o que há Mimosa... tudo o que seja Mimosa, eu, se não houver nada específico, para ir para outra marca... é Mimosa.

Isto também estamos a falar, se calhar assim mais... por estas idades. Se falarmos com os miúdos, por exemplo a minha filha tem 18 anos, ela se calhar tem mais tendência a comprar tudo aquilo que é novo... ou embalagem, ou porque é diferente, do que realmente pela marca.

01:31:18- Essa é uma questão interessante e vamos mesmo terminar, são oito horas... este tipo de alimentos funcionais estão destinados a determinadas idades...

Eu acho que sim...

Ou seja, acham que são alimentos que são consumidos mais por pessoas de uma determinada idade...

Sim, mais jovens.

Não, eu não acho. Por acaso não acho.

As pessoas mais idosas também abusam um bocado por causa dos Ómega 3, por causa dos cálcios, por causa dos (...)

Os lights e essas coisas dos Ómeças, eu acho que até é a partir dos 30 e tal...

Também acho que sim...

A minha filha tem 18 anos e ela não compra iogurtes magros, não quer Becel

Não tem qualquer problema com a imagem...

Não tem porque ela também é magrita.

Pronto, mas....

É isso que eu estou a dizer, porque a maioria das adolescentes são corpo-dependentes...

É um magro, mas se calhar se estivermos a falar das fibras e dessas coisas...

Exato.

Não, eu estava a falar dos lights...

E depois há muito o culto, mas isto é por grupos... Há muito o culto e eu trabalho em escolas e portanto tenho... Há muito o culto da alimentação (...)

Faz-se por grupo, por tribos, entre aspas, não é? E portanto é assim, se há um determinado grupo que faz os outros... às vezes é quase uma questão de ser integrado no grupo... é fazer o mesmo tipo de alimentação...

Eu acho que nesta idade já não é muito.

E portanto nós vemos grupos

01:32:45- Mas este tipo de alimentos são de facto mais consumidos por jovens ou acham que são mais consumidos por pessoas...

Não, eu acho que os Bifidus e essas coisas é por pessoas mais velhas...

Mais velhas, quer dizer, eu acho que a partir dos 35/40 anos...

Sim, eu também acho.

Eu tenho 37 anos e vejo a malta (...) mais a partir dessa idade...

Sim, sim... A maioria dos meus colegas é tudo, é à volta dessa idade. Eu já estou assim um bocadinho para o...

Maravilhosa, mas isso eu não tenho dúvida.

01:33:12- Muito bem...

Eu sou um pouco como aquele senhor que faleceu ontem... como é que é? Eu tenho 50 anos de vida... Eu tenho uma vida com 50 anos.. e não 50 anos... É um trocadilho muito engraçado. Não, ele disse que tinha 90 anos cheios de vida e não uma vida de 90 anos. E eu também é um pouco isso.

01:33:41- Muito bem... Mais alguma de vós quer acrescentar alguma coisa? Alguma questão relativamente a isto dos alimentos funcionais...

O bom, bom era podermos comer tudo sem qualquer problema.

Ser aspirador, não é?

Não, não é ser aspirador...

É adoçante com Stevia e não com açúcar...

(...)

É bom, extrato de Stevia...

(...)

Mas a publicidade, a publicidade...

Uma boa marca, que tenha uma boa publicidade...

Bom senso, acho que é tudo uma questão de bom senso.

01:34:19- Muito bem. Muitíssimo obrigado. Foi um gosto tê-las aqui, foi um gosto conhecê-las. Antes de se irem embora queria só pedir que muito rapidamente, que preenchessem este questionário...

Mais uma assinatura...

É só um pequeno questionário, muito rápido.

Grupo Focal – Misto 1 – Lisboa, 09 de Agosto de 2016

Em primeiro lugar agradecer a vossa presença. O tema é alimentos e alimentos funcionais. Vamos começar, a alimentação para uns é uma necessidade, para outros uma obrigação, um prazer, convívio... Gostaria de vos ouvir para vocês o que é a alimentação? O que é que é para vós a refeição?

M - Eu para mim para além de um dever que temos diariamente, é um prazer.

M - É uma necessidade.

Qual é a primeira ideia que vos vem à cabeça?

H - Eu para mim é o maior prazer que tenho, costumo dizer de forma brejeira que é o maior prazer que tenho, 4 vezes por dia sempre de maneiras diferentes.

H - Partilho perfeitamente da opinião de ser um prazer.

M - Eu acho que comer é quase comer para sobreviver mas há certos alimentos e comidas que me dão prazer. Mas a alimentação também se torna ingrata, temos prazer em comer mas sabemos que aquele prazer vai dar um bocadinho de dor de cabeça.

O que a Magda me está a dizer é que tem alguns cuidados?

M - Sim.

Têm cuidados com a alimentação? Tem preocupações? Como diz o Licínio é algo que fazemos 4 vezes por dia têm algum tipo de preocupações com a vossa alimentação?

H - Sim. Tento fazer o máximo possível dentro dos chamados biológicos, porque afeta menos o organismo embora todos afetem.

H - Eu como maior prazer que tenho que é comer, tento sempre comer de uma forma que me dê prazer. Há cerca de 1 ano tinha mais 20kg e o meu maior prazer foi ter conseguido ter perdido esse peso e continuar a ter prazer em comer, porque hoje em dia temos a moda da comida saudável, eu cozinho e gosto imenso e daí também o meu prazer conseguir ter prazer comendo de uma forma saudável que acaba por ser um desafio, mas hoje em dia é possível ter prazer e comer de uma forma saudável, ou seja, de uma forma que não temos excesso de peso, ter uma alimentação saudável, sem hidratos de carbono, gorduras e conseguir isso tudo e há um prazer imenso no meu caso em particular, tudo o que como é um prazer. Porque podemos

comer de uma forma sustentável e se formos equilibrados e podemos comer na mesma sem ser de uma forma saudável.

00:06:05- Cuidados, preocupações, têm alguns?

H - Eu ando sempre num ioiô, quando me desperta esta situação tento fazer o inverso, e aí sigo algumas situações que já sei de cor e já não preciso de ir a nenhum nutricionista que faço constantemente, mas depois há situações associadas e que me fazem engordar. Mas há cerca de 2 anos tive com cerca de 40kg e também tinha à mesma o prazer de comer bem, só que depois há outras questões pelo meio e fazem outra vez o ioiô.

M - Eu partilho da opinião do Licínio, há cerca de 2 anos também tinha mais 15kg, tive que partir para uma alimentação mais saudável, fazer desporto, grandes alterações, tenho uma filha com 14 anos que sofre de obesidade desde os 5 anos e também não é fácil, então lá em casa as coisas tiveram que mudar e sempre fomos de boa boca e tivemos que aprender a comer saudável mas lá está com o prazer que gostamos. Mas começar é difícil mas entrando no ritmo as coisas andam e percebemos que é mais fácil e é o ponto crucial, mas são fazes complicadas.

H - Mas no âmbito do seu trabalho, eu só consigo comer de uma forma saudável porque como em casa e cozinho em casa porque se uma pessoa tiver uma vida em que come sempre fora, ir a um restaurante que só vou para comer um comer em concreto não consegue porque a nossa restauração não está preparada para esse tipo de coisas, é sempre batata frita, sempre arroz, nós pedimos um legume e é um bocado de alface e um bocado de tomate verde que nem tem sabor. Não temos legumes cozidos, não temos um conjunto de coisas, e depois também se formos ao supermercado agora é verdade que começa a haver uma oferta maior mas está de tal maneira na moda mas é de há 1 ano para cá porque antes disso também tínhamos imensa dificuldade em comprar coisas saudáveis mas hoje em dia tudo está a mudar os próprios restaurante já começam a ter alguns pratos vegetarianos mas se quisermos comer de uma forma saudável fora de casa temos que andar a fazer a nossa refeição, traga assim e assado, ou não faça isto ou aquilo.

H - E as alternativas são caras, existem mas são caras e acaba por não compensar.

H - Os alimentos são caros e devido à crise que estamos a passar entre um produto biológico e outro não, um custa 10 e outro 5, olho para a carteira, ou outra pessoa e tenho que ir para o de 5, embora saiba que vai fazer mal.

H - Mas eu pessoalmente tenho lido algumas coisas e visto alguns programas e não há nenhuma prova científica que as coisas biológicas são mais saudáveis do que as outras, poderá haver um artigo ou outro onde o sabor está mais acentuado, por exemplo um ovo. Pode ter mais sabor mas o composto da comida não quer dizer que é mais ou menos saudável. Pessoalmente acabo por não ligar porque é de tal maneira caro, sei de alguns produtores que são “biológicos” e eles continuam a usar produtos na mesma. Tem que fazer dinheiro e não estão ali à espera que o frango cresça...

H - 00:10:26- A nível de hortícolas, eles dizem que é biológico mas acabam por meter produtos.

M - O biológico acaba por ter sempre alguma coisa, alguma substância química...

H - Tem menos que os outros mas acaba sempre por ter.

M - 00:11:30- Mas tem alguma coisa presente. Não são aqueles legumes ou fruta face a expressão injetada para parecer bonita e depois não sabe a nada. Eu ao contrário dos exemplos desde muito nova que tenho uma alimentação equilibrada não precisei de fazer nenhuma dieta específica, ou proibir de alguma coisa, mais ao menos mantive-me sempre com o mesmo peso. Posso considerar-me uma pessoa saudável, não sou nada... Fui mãe de gémeos há 4 anos e à partida é mais ou menos e depois faz-se uma ginástica e a coisa vai-se mantendo.

Era isso que vos ia perguntar, para além da alimentação e cuidados com a mesma, têm outro tipo de cuidados com o vosso corpo? Alguma atividade física, hidratação, determinadas horas de sono, têm cuidados com o corpo ou tratam-no relativamente mal e depois à mesa é que procuram mais ou menos compensar?

H - É mais por aí.

M - Eu o sono não respeito assim tanto mas exercício faço questão de pelo menos 3 vezes por semana.

Mais que desporto é atividade física, caminhar, passear o cão. Mas têm esse cuidado?

M - O dormir é o essencial, eu às vezes devido ao trabalho só durmo 2 a 3 horas, depende, mas isso acontece cerca de 4 ou 5 vezes por ano. Mas pelo menos 7 ou 8 horas de sono tento ter. Às vezes não é possível, ou pelo menos dormir uma noite seguida porque os miúdos acordam mas tentar descansar, o exercício físico está presente praticamente todos os dias, até ao fim de semana a correr atrás dos miúdos, por isso sim, muita água, muitos líquidos.

H - Eu faço desporto todos os dias, dormir é que não sou respeitador.

E hidratação? Beber aquela quantidade de água?

M - Eu estou-me a sentir muito mal porque eu não faço quase nada disso. Eu preocupo-me até porque tenho filhos, marido e gato, tento dar o exemplo aos outros, ainda este fim-de-semana que teve muito calor tive os meus pais lá em casa o dia todo praticamente e obriguei-os a beber água. Obrigo os outros a cumprir mas eu esqueço-me de mim, todos os dias tenho lá a garrafa e minha colega ajuda-me e quase que me obriga mas sou muito preguiçosa. Na Alimentação também me preocupo, já desisti das consultas de nutrição porque passadas umas semanas já esqueci tudo, mas por outro lado estou a acompanhar a minha filha que está ali quase a entrar na linha da obesidade e então acompanhei e é ela que me chama a atenção, é ela que me chama a atenção, ela tem 11 anos. Ginásio é duas vezes por semana para manter a conversa em dia, mas obrigo-me a ir, faço alguma coisa física e respeito o trabalho do instrutor mas obrigo-me mesmo a ir nem que faça apenas 5 abdominais mas não interessa. O sono é a parte que não consigo, o meu filho que tem 5 anos ainda acorda todos os dias a meio da noite nem que seja para me dizer que está com sono, ou que está vento ou que vai a casa de banho, faz sempre questão de interromper. E alimentação também.

00:18:00- Em particular agora vamos ouvir as vossas opiniões sobre aquilo que se designa por alimentos funcionais. Quando falamos de alimentos funcionais estamos a falar de alimentos aos quais foi tecnologicamente ou adicionado ou retirado algo, exemplo do um que foi retirado algo é o leite sem lactose, exemplo de um que foi adicionado algo é Becel, planta, ovos com ómega 3, ovos colocados por galinhas que tem uma alimentação especial, Danacol e Benecol, para supostamente a prevenção de colesterol, leite enriquecido com cálcio, com vitaminas, sumos enriquecidos com vitaminas, Activia, exemplo de iogurtes com bactérias com os bifidus activos para regular o trânsito intestinal ou dos exemplos mais recentes o essencial da Compal enriquecidos com chicória para o transito intestinal, este é o tipo de alimentos que estamos a falar. Não é o leite normal, os ovos normais, são produtos que tecnologicamente foram adicionados alguma coisa. Gostava de saber o que são para vocês alimentos funcionais e sobretudo se tomam, se usam regular ou esporadicamente, e porquê e também como é que chegaram a eles. Falem da por favor da vossa experiencia.

H - Eu uso esses produtos todos com exceção do leite que não consumo. Foi uma das coisas que aprendi na nutricionista foi de olhar para os rótulos e ver a composição dos alimentos. E

então faço todas as ingestões de alimentos só que depois faço dos outros também e aí é que está.

M - É como eu. Eu compro o material todo e até consumo.

H - É Danacol, é Planta, é o Actimel, tudo no inverno então é essencial depois o essencial da Compal é ótimo antes do desporto ou depois, tudo isso mas depois uma almoçarada com a rapaziada e estraga tudo.

Mas chegou a eles através da Nutricionista?

H - Sim. Ensinou-me a ver o que está no rótulo obrigatoriamente e por lei e habituei-me a ver isso. O que eu compro, inclusive os ovos com Ómega 3 também foi analisado por mim e isso ficou da nutricionista, agora o resto...

Mais experiências com estes produtos, o que acham, como chegaram a eles.

M - **Eu cheguei a eles pela publicidade, TV, folhetos, supermercado**, só que comecei a usar alguns líquidos, lá em casa bebo leite com cálcio, eu e o meu marido, foi por opção. Comecei a beber leite normal meio gordo e comecei a ter vários problemas intestinais e então depois passei para o magro e agora depois de 2 anos com o leite magro optei pelo leite com cálcio, por opiniões de médicos. E é a manteiga que sempre me fez muita falta, e era uma coisa que eu não prescindia. O médico disse que Becel era uma coisa mínima e então uso Becel e gosto imenso. Os sumos com essas coisas desconhecia, vejo anúncios mas nunca me tinha apercebido, está a ser novidade.

Mas no caso da Becel consome porque na embalagem diz que reduz o colesterol ou a Becel não é por isso é porque precisa de pôr alguma coisa e a manteiga tem muita gordura e esta tem menos mas não toma com o objetivo de fazer a prevenção do colesterol.

M - Não é com esse objetivo porque felizmente não tenho esse problema. Mas a partir do momento que opto por uma alimentação minimamente saudável lá em casa temos o aval de alguém que não faz tanto mal e por isso só uso essa.

H - Eu foi por indicação medica porque há 4 anos tinha apenas 50kg e não era compatível e agora já consegui mais 15kg. Porque eu durmo apenas 4 horas por noite e chega não consigo dormir mais e a atividade que tinha que era informática e estava todos os dias a pé 06h00 até às 02h00, 03h00 de volta das máquinas, e caí e fui ao médico e ele assustou-me. Essencialmente fazia 2 refeições, almoço e jantar, agora estou mais educado, mais o pequeno-

almoço, e com os produtos que ele foi indicando da Becel e planta que não tem tanta gordura fui ganhando peso.

H - Eu não tenho inveja de ninguém mas tenho inveja destas situações que acho que bebo um copo de água e engordo.

H - A minha mulher é igual, a minha cunhada é forte, a minha mulher come o dobro ou triplo dela e não passa dos 48 a 50kg. Ela também não consegue engordar.

M - Mas tem a ver com estrutura das pessoas.

Como é que chegou a estes produtos a primeira vez?

M - Eu infelizmente tenho colesterol e alto assumidamente, e tenho medo do que me possa trazer, sempre tive e cheguei à conclusão pela minha filha que com 11 anos também tem com uma alimentação cuidada, que é hereditário que veio da minha mãe e eu passei à minha filha, eu já me conformei com isso e já estou acima dos 40 anos, quero é estar saudável, gorda ou magra é secundário. Tomo o Danacol opor 2 motivos, porque tenho os descontos da Danone e porque sei que tomando um por dia, consigo equilibrar abaixo dos 220, nas últimas análises tinha 214 que fiquei contente.

00:24:44- E só toma o Danacol para o colesterol ou também faz medicação?

M - Não faço medicação. Há cerca de 12 anos tomei medicação que o nível era tão alto que o médico receitou comprimidos que coincidiu com o engravidar de seguida e depois houve o controle, e tive receio, aprendi a controlar com a alimentação, os fritos aboli completamente, não digo que não coma de vez em quando mas reduzi, substitui, e o Danacol ajudou-me. Tenho um tio com 75 anos que provou que o Danacol lhe baixava o colesterol, porque continuava a comer o toucinho frito, tudo o que era mau, toma Danacol, foi à médica e estava mais baixo. Ajuda a controlar, agora se é com o cuidado da alimentação ou só do Danacol não sei. E uso os cupões que me ajuda a ter o desconto, como Activia, mais pela nutricionista, que segue os produtos Danone, gelatinas e tudo e foi mais ela. Bebo pouco água e tinha dificuldade em ir à casa de banho e a Activia ajuda.

Então viu resultados?

M - Vejo, com o Activia sim. O de ameixas resulta, em relação à Becel também tem a ver com o colesterol, também por causa do marido que também tem colesterol e também gosta e acabamos por usar. O problema é o pão e hora a que se come, os ovos ómega não compro porque tenho a sorte de ter alguém que tem galinhas que me fornece ovos, leite não bebo por

opção, no último ano. Os frutos da Compal compro para os miúdos levar para a escola, para mim não.

00:27:32- Licínio?

H - Foi a nutricionista e tanto quanto sei não existe nenhum controle legal das marcas, podem colocar que tem determinada quantidade nas componentes e pode não ter, tanto quanto sei, então sou muito céptico se aquilo faz bem ou mal à saúde. Só há poucas semanas é que me apercebi do Danacol e pelos vistos já existe à imenso tempo. **O meu consumo vai mais ao Danone Activia que vai mais ao sabor das promoções que outra coisa qualquer. Como imensos iogurtes diariamente e como aquilo como outras e acabo por não saber se tem efeitos benéficos para a saúde ou não,** tenho essa má perceção de que efetivamente são ou não. **Se efetivamente tem aqueles componentes ou não e se está provado. Sou um mau consumidor dessas coisas, é mais ao sabor do marketing que outra coisa qualquer.**

Mas apesar de consumir apenas esporadicamente mas falou em partícula no Activia.

H - Sim, sabe-me bem e eles durante muitos anos foram os únicos que tinham com cereais, gostava era do sabor dos cereais e durante muito tempo consumi aquilo, só pelos cereais.

Mas uma das indicações era a regulação do trânsito intestinal. Era por essa razão que tomava?

H - Não, nunca tive problema dessa componente e não ia à procura disso como nunca fui a nenhum nutricionista e não fui a nenhum médico a dizer o que quer que fosse eu apenas olhava e pensava que apenas estavam a dizer aquilo, e eu não sabia se tinha ou não.

H - É quase como os genéricos: o genérico e a marca.

H - É um bocado isso.

H - Pode demorar mais do que a marca. Eu tenho um caso, o meu filho teve uma otite e médico receitou um genérico e teve 15 dias e não passou depois fomos a outro que passou da marca e ao fim de 3 dias passou. Tenho um irmão que trabalha na indústria farmacêutica que diz que não faz nem bem nem mal mas basta ter menos um miligrama para que o efeito já não demora 15 dias mas demora 20. Nisso tenho o pé atrás.

00:30:16- E a Magda o que é que toma e como é que chegou a este tipo de produtos?

M - Eu passo o dia fora de casa e, por norma, ao almoço vou ao ginásio. Levo a lancheira comigo com comida e, por exemplo, esses iogurtes da Activia são ótimos, tanto pelo sabor

como pela satisfação. E isso dá-me energia, não sei se é por ser regular, mas ando sempre com os iogurtes e fruta comigo, porque é essencial e prático. Eu cheguei a esses iogurtes porque meto sementes em quase tudo em casa, nas saladas e nos iogurtes... Quando vi que esses iogurtes já tinham sementes e que escusava de levar os iogurtes e as sementes à parte, acabei por utilizar bastante porque é tudo mais prático. A Becel eu utilizo, apesar de ser um sabor diferente e que se nota bem, porque a Becel não é manteiga, é creme para barrar. Se fosse manteiga em vez de comer uma comia três, mas depois sofria as consequências. **Então prefiro usar sempre a Becel, não foi por orientação de ninguém, apenas experimentei e correu bem.** Como já disse nunca tive problemas de colesterol, mas não os quero ter. Portanto vou manter estes cuidados com a saúde. O leite com cálcio também utilizo, sei que somos o único mamífero que bebe leite na idade adulta, mas os meus pais sempre beberam e nunca lhes fez mal, nós em casa consumimos.

0:33:41- Mas em particular o leite consome porque acredita que fortalece os ossos?

M - Magda – Sim, sim. É muito por essa razão e porque em miúda tive uma descalcificação que me afetou a parte dentária e não quero voltar a correr esse risco. Se bem que sei que há outros alimentos que contém cálcio, mas guio-me um bocadinho por aí.

Muito bem, Paulo?

H - Paulo – Eu foi por parte da nutricionista que comecei a usar, à exceção do leite. Agora há esta tese anti-leite, mas eu já há muitos anos que não bebo leite, desde miúdo. Agora tudo o resto, habituei-me a ler rótulos e a consumir Becel ou Planta Manteiga, porque a manteiga depois das batatas fritas é capaz de ser a minha perdição, e a Planta tenho sempre no frigorífico.

Vocês para além destes alimentos costumam tomar também suplementos alimentares?

M - Neste momento não, mas andei três meses a fazer o magnésio.

Por alguma razão em particular?

M - Aconselhamento médico, quando comecei a fazer exercício físico tinha muitas câibras, então comecei a tomar.

H - Paulo – No Inverno tomo multivitamínicos em vez de tomar a injeção da gripe, prefiro outras coisas. É a base de fruta, mas também tomo um multivitamínico que me ajuda. Como muita laranja, muitos citrinos, apesar de depois ter algumas questões com o fígado.

0:36:33- E toma porque gosta do sabor ou porque acredita que a vitamina C pode ajudar?

H - Paulo – As duas coisas, mas principalmente pelo sabor.

E medicamentos, tomam algum? Não falo em situações esporádicas para curar uma gripe ou assim... Rosa?

M - Rosa – Eu sou completamente anti-medicamentos, no que conseguir evitar os medicamentos e optar por outras soluções, faço-o. O meu marido agora nas saladas põe linhaça, ajuda a reduzir o colesterol...

M - Magda – Eu ponho nos iogurtes.

M - Rosa – E também uso sementes de girassol. Mas medicamentos, não. A não ser o que tomo para a tiróide, de resto, não.

0:38:14- O que é que vos faria deixar de tomar este tipo de produtos?

M - Haver outros mais baratos que fizessem o mesmo ou ser provado que é tudo mentira.

H - Paulo – Exatamente.

M - Que era tudo apenas publicidade.

H - Ou aqueles estudos que estão na moda, **se houver algum estudo que diga que os alimentos não têm qualquer benefício.** Esses estudos são, muitas vezes, promovidos por quem quer determinada mensagem. Os indivíduos do leite, da associação de produtores, agora que anda toda a gente a dizer que o leite faz mal, deve fazer um estudo a dizer que afinal o leite faz bem, a alguma coisa deve fazer bem. Há estudos para tudo e mais alguma coisa e quem promove esses estudos são os interesses comerciais e corporativos, que se passa a nível global.

Essa seria uma das razões, uma evidência que afinal não seria assim tão benéfico...

H - É tudo publicitário, eu lembro-me de que o azeite era mau e o bom era o óleo, agora já é ao contrário novamente. É de modas.

H - É extremamente difícil seguir uma vida saudável, porque tanto leio que a gordura de porco é boa para o colesterol como depois há outra que já é boa. Diariamente, a roda dos alimentos está a mudar consoante as teorias.

0:41:19- De alguma forma pensam que estes alimentos funcionais são uma moda e que deixará de ser moda, ou não?

H - Vão continuar e até aumentar em número. Mas a tal história da adição de coisas, como nos iogurtes – eu todos os dias faço uma mistura com sementes e bagas – se calhar daqui a algum tempo já vai haver algo à venda e escuso de fazer eu.

H - O resultado acaba por ser sempre o mesmo, a “vestimenta” é que é diferente.

M - E essas coisas existem hoje em dia, por exemplo no Celeiro.

M - Estas coisas antes só havia manga, morango, maçã, pêsego e pêra. Depois começou a haver o Kiwi, agora já há com frutos vermelhos, semente....

0:42:51- Fibras de Chicória...

M - Exatamente.

M - Eu sou também um pouco cética em relação a isto tudo, dizem que comer uma maçã ou beber um frasquinho destes é a mesma coisa.

H - Paulo – Não.

M - Magda – Eu como as duas coisas, a verdade é que fico saciada com uma e com outra. Mas eu comer uma maçã e trincá-la, dá-me muito mais prazer do que chegar ali e beber aquilo. Mas por uma questão prática, eu antes de entrar numa reunião ou algo assim, bebo aquilo num instante do que estar ali a mastigar. E não tem aquelas condicionantes dos carços e tudo mais, é muito mais prático e dá-me energia.

M - Há 25 anos não havia nada disto, foram aparecendo os light e continuam a existir.

M - Magda – Continuam e são adicionados outros. Por exemplo à Coca-Cola Light foi acrescentada a Coca-Cola Zero.

H - Eu acho que até vai aumentar exponencialmente, porque a preocupação com a saúde e alimentação não é uma moda. Estamos a mudar a nossa mentalidade.

H - Agora até já há ginásios Low Cost.

0:42:49- De alguma forma, para a generalidade das situações, há medicamentos para tudo isto e muito mais fáceis de tomar. Não encaram a possibilidade de tomar um medicamento de cálcio em vez de um leite com cálcio adicionado?

M - Não, antes pelo contrário.

M - Até porque o comprimido não me vai tirar a fome. Comendo um iogurte ou assim fico melhor do que tomar um comprimido e depois ir comer uma carbonara.

H - Esses produtos têm sempre algo mais natural do que um comprimido que é somente químico.

M - O nosso racional irá sempre assim, mesmo que os comprimidos nem contenham químicos.

De alguma forma esta diferença entre o comprimido e o produto provém de onde? É que esses alimentos também são processados.

M - Para mim, acho que o efeito secundário do comprimido será sempre pior do que o do alimento suplementar.

H - Para além que o comprimido é mais difícil de fazer depois o desmame.

H - A minha opinião é o marketing. É fácil fazer anúncios sobre esses artigos, e no supermercado ter uma prateleira cheia de produtos... O medicamento é mais difícil. Isso também leva a que os alimentos funcionais tenham futuro e sucesso.

H - E depois existem muitas pessoas conhecidos a fazer publicidade.

0:50:57- Se vocês tivessem que optar entre o Calcitrim e um leite enriquecido em cálcio, qual seria a vossa opção?

M - Eu preferia o leite.

H - Paulo – Até voltava a beber leite.

M - Se estivesse num estado muito debilitado, talvez fosse pelo químico.

M - Eu ia pelo aconselhamento médico.

Há portanto uma escala, uma situação de prevenção ia para o leite, para tratamento, ia para o suplemento.

H - É mais rápido, é como o comprimido e injeção.

Prefere-se os suplementos que são naturais, mas os mesmos têm limitações. São para aquelas situações ainda relativamente pouco graves...

M - Eu não acho que tenham limitações.

Qual é a vossa opinião?

M - Não há limitações, no caso do colesterol, se eu deixar de tomar esses suplementos não é por aí que os meus valores sobem. Agora, eu acho que se tomar o medicamento vai estabilizar. Pode ser um complemento, mas varia consoante os casos. Eu não tomo a pensar

no colesterol, tomo a pensar no meu lanche. Não tomo esses alimentos funcionais como se fosse um medicamento.

H - Paulo – Se um produto sabe bem e mal não faz, há que continuar. Mas também porque satisfaz a parte do paladar.

H - Eu deixei de comer pão. Como aqueles iogurtes carregados de bagas e depois a meio da manhã uma peça de fruta. Não estou a tratar de nenhum mal mas estou a ter uma preocupação com a alimentação saudável.

M - Magda – Eu também por fazer uma alimentação saudável, comer os frutos secos e isso tudo, sinceramente não me lembro da última vez que estive doente.

De uma forma geral, se houvesse um alimento para tratar imunidades, mas o sabor não era muito bom. Considerariam tomar?

M - É determinante...

H - Paulo – Eu comia óleo de fígado de bacalhau à colher, por isso não.

Mesmo que se fosse de uma marca que desse garantias?

M - Tinham que se ver bem os benefícios para ver se compensava.

M - Depende, faz-se sacrifícios se valer a pena.

H - Até os medicamentos passaram a ter sabor, como o ben-u-ron.

H - Nos educamos o nosso palato e a própria indústria nunca faria uma coisa dessas.

H - Paulo – Era retroceder, não é?

M - Magda - Por isso respondendo à sua pergunta... Não.

M - Se fossem estudo comprovados e fosse uma melhoria significativa, não sei se não valeria o sacrifício.

01:00:38- Para tomar estes produtos, quais são as fontes que mais acreditam?

H - A informação boca a boca, entre colegas.

H - Exato, a recomendação.

M - O exemplo vivo.

M - Como a história do meu tio.

H - Eu ouvi a história do Danacol e investiguei, nunca a Internet.

M - A experiência pessoal ou os médicos.

H - Paulo – E o facto que o produto tem efeitos diferentes de pessoa para pessoa.

M - Magda – Até mesmo a opinião na internet não é fidedigna, até podem ser as próprias pessoas a irem lá escrever aquilo, os responsáveis.

M - Há uma marca que não faz publicidade nenhuma no site, é tudo boca a boca, que é a Bimby. Nunca ninguém vê publicidade da Bimby no rádio.

Tomando aqui o exemplo da Danacol, de beber um por dia durante três semanas. Este tipo de comunicação continuam a pensar que é um alimento?

M - Magda – Não

M - É um complemento

M - Magda – Isso mesmo, é mais por aí. Um alimento que pode ajudar a controlar qualquer coisa.

H - Eu, como sou cético às marcas, ao falarem nessa linguagem simples é uma boa maneira de mudar os cétricos como eu. Eu olho para isso e penso que se calhar tem alguns efeitos positivos, e faz-me investigar. Eles se não tivessem a certeza do que dizem, não o colocariam ali. Ao fazê-lo é porque já fizeram testes, estão dispostos a correr o risco ao colocar essa informação. Eu gosto e credibiliza.

M - Eu bebia mas porque lá está, tenho que beber algo a meio da manhã e prefiro esses alimentos a um iogurte normal.

M - O meu tio começou a tomar estes produtos e pediu a médica para marcar análises para daí a cinco semanas. Depois quando fez as análises comprovou que fazia efeito. Ele incutiu a ele próprio o Danacol, e começou logo que apareceu, quando fez as análises e viu que baixou foi daquilo, não fez mais nada diferente.

Imaginem que conhecem alguém completamente saudável, acham que estes produtos são para essas pessoas?

M - Também.

M - Mal não vai fazer.

M - Ajuda a prevenir, é uma forma de prevenção.

H - Paulo – As pessoas que são saudáveis querem continuar a ser saudáveis.

M - Magda – É o meu caso, eu não tenho qualquer tipo de problema, se deixar de comer o que aí está eu continuo normal e saudável. Mas para quê substituir esses por outros que não sei se me fazem tão bem?

M - Talvez o Activia é a exceção, não o dou ao meu filho de cinco anos.

1:09:50- Portanto o que a Rosa me está a dizer é que um produto como o Activia tem um objetivo concreto de regular o trânsito intestinal não é indicado para quem não tenha esse problema?

M - Rosa – Não se justifica, se é indicado ou não já não sei.

H - Paulo – Por isso é que há uma multiplicidade de situações que vão abranger muitos aspetos específicos. Eu não vou muito por aí, desde que o sabor seja bom.

H - A minha mãe tem prisão de ventre e o Activia não resolveu nada, a única coisa que resolveu foi um copo de água de manhã em jejum.

M - Com gotas de limão?

H - Não, só água quente.

H - É o seu alimento funcional, e barato.

Não é algo que com chá quente resolvesse?

H - Não, tinha que ser água quente.

M - Eu também sofro muito mal, pode trazer muitos problemas de saúde, e **o Activia comigo dá resultado, numa semana fico bem.**

1:13:49- Vocês acham que há medicamentos que se justificam ser mais funcionais que outros?

H - Pelas faixas etárias, os multivitamínicos mais para as crianças e jovens em crescimento, e os que têm cálcio para pessoas com mais idade e que estão com problemas de ossos.

Por exemplo, nenhum de nós me referiu tomar sumos, como o Santal.

M - Não, não bebo porque normalmente faço os frutos naturais em casa, com fruta.

O que me está a dizer é que o leite não se consegue substituir, mas estes sumos pode fazê-los em casa, é isso?

M - Magda – Sim.

M - Há sumos com essas vitaminas?

Sim, o Santal é multivitamínico, tem muitas vitaminas.

H - Para quem olha para esses sumos de uma forma saudável tem muitos conservantes que são uma coisa que ninguém quer ver, mas depois e por força do marketing decidiram lá por aquilo, as vitaminas. Se hoje temos 100 produtos funcionais, daqui a um ano poderemos ter 500, e como não há nenhum controlo a funcionar sobre isso, nós que queremos ter uma vida saudável poderemos começar a olhar para esses produtos de uma forma muito negativa. Essa banha da cobra pode começar a aparecer em tudo quanto é coisa.

O que me está a dizer é que há uns alimentos funcionais que são mais legítimos do que outros?

H - Com certeza. Tenho a certeza que se existirem esses números de quais são verdadeiramente funcionais se percebem que nem todos o são, e essas pessoas responsáveis sabem que as mentes estão a mudar, porque as pessoas consomem cada vez menos refrigerantes e então eles precisam de fazer alguma coisa em relação a isso, nem que seja pózinhos lá para dentro.

M - Mas por exemplo o Danacol ao dizer aquilo [linguagem simples] poderia ser benéfico, aqui já não se aplica?

H - Não porque esses produtos são mais pioneiros, a própria comunicação é feita de outra forma. Esses já no campo no grande consumo, é sempre mau.

M - Magda – Geralmente, e uma vez que tenho sempre fruta em casa, eu opto sempre por fazer sumos naturais.

1:18:15- Admitindo que não é esse o caso, que os filhos não gostavam de fruta, admitiriam mudar para estes sumos?

M - Eu admitiria, não é o caso da minha filha mas sim duma prima minha, que em pequena não comia fruta, sempre foi muito difícil dar fruta aquela criança. O que se arranjou foi comprar daqueles boiões de maçã que vêm cheios de açúcar e foi nos sumos que se arranjou a solução para ela comer fruta.

1:19:26- Muito bem, mesmo a última pergunta de todas. Há iogurtes, há leite enriquecido, há sumos... Há algum funcional que faça falta?

M - Um chouriço, um presunto...

H - Se calhar era essa a solução, as coisas verdadeiramente boas e que o “tuga” gosta podiam ser transformadas em produtos funcionais saudáveis.

H - Paulo – Eu acho que isso não tem solução, fazer uma entremeadazinha light e saudável...

1:20:20- Mas, usando o exemplo que a Sara aqui deu do queijo, imaginando que há agora um queijo funcional que regula o trânsito intestinal ou que contém vitaminas. Era o tipo de alimento que faria falta?

M - Olhe, queijo para regular o colesterol é que era.

H - Eu só compro fiambre de quinze em quinze dias que é quando estou com as minha filhas, e compro sempre fiambre extra da perna Nobre, e no outro dia estive 10 minutos a olhar para a embalagem do fiambre e vi que tudo era saudável. Tudo o que não é saudável ou funcional a indústria vai tentar mudar, toda a gama de produtos que comemos vai ser funcional.

H - Agora há chouriço vegetariano, há os hambúrgueres com seitan, tudo vai ser substituído. Tenho uma irmã que é vegetariana e aquilo come-se bem e engana o paladar.

H - Exatamente. Vai acontecer tudo isto e de forma transversal.

1:21:49- E portanto, se o sabor for agradável, estão disponíveis para...

M - Tudo o que for bom para a saúde.

M - Devidamente comprovado que não faça mal, isso é importante.

Resta-me apenas agradecer-lhes pela vossa presença e pela vossa opinião. Muito obrigado.

Grupo Focal – Misto 2 – Lisboa, 17 de Agosto de 2016

Quero em primeiro lugar agradecer a vossa presença nesta secção. As vossas opiniões são importantes para este projeto académico da minha tese de doutoramento, sobre os alimentos e sobre uma família em particular que é os alimentos enriquecidos. Alimentos, a alimentação para uns é uma obrigação, para outros, uma forma de estar com os amigos, um prazer, para outros uma forma de se preocuparem com a saúde, gostava de saber para vocês o que é a alimentação.

M - Para mim é um prazer.

H - Uma necessidade.

M - Para além de um prazer é uma necessidade.

M - Para mim também, além de ser diabética tenho necessidade de ingerir muitos legumes, muita água, as águas com fibras com fibras que consumo, os iogurtes por ser muito obstipada consumo muitos, o Activia dou-me muito bem, ainda agora antes de sair de casa comi um e uma bolacha, e tenho sempre preocupação na alimentação, nos legumes, nos cereais, de manhã comer pão escuro ou com cereais, bebe leite de soja porque infelizmente agora estou na Menopausa e tenho sofrido bastante, dou-me muito bem com o leite de soja, e tenho sempre preocupação com a alimentação diariamente e é um prazer para mim porque gosto de comer.

M - E estar com os amigos também, eu faço uma grande parte de convívio social é receber amigos em casa, e também ir a casa deles porque é um momento de convívio e Às vezes até o estar na cozinha a preparar uns petiscos mais biológicos outras vezes menos.

H - Para mim a nível pessoal, dando a entender o que é o meu hábito alimentar estou sempre a comer. Tenho sempre fome, não como coisas destas, não gosto mesmo. Eu tento optar muito pelos vegetais, leguminosas, carnes vermelhas praticamente não consumo, leite bebo imenso, iogurtes também, tudo o que seja mais ou menos industrializado não, cereais não como por exemplo, de caixa, não como. Não como nem chocolates nem caramelos, gomas.

M - Que sorte, eu como mas com moderação.

H - Não gosto mesmo.

M - Adora a doçaria conventual.

H - Toda a gente disse a mesma coisa e também sou dessa opinião, o prazer em estar com os amigos, eu gosto de comer, e tenho que admitir que a maior parte das vezes é mau, mas depois temos aquela altura em que temos que controlar, no meu caso o colesterol. Mas gosto muito de comer, de comida, de amigos e associamos muito essa convivência de jantares e seja do que for, depois chega uma altura que não se pode fazer sempre isso, quando vamos aos exames médicos há ali qualquer coisa que não está bem. Então temos que começar a olhar com uma nova perspetiva para a saúde e tentar todos os dias a controlar um pouco e a melhorar o método de comer. Mas é muito difícil.

O que me estão a dizer é que as opções que têm em termos de alimentação, revelam também alguma preocupação com a saúde ou não?

M - Sim, tenho cuidado.

H - Quando é para estragar é para estragar.

M - De há uns anos para cá, já vou fazer 60 anos e sempre fui muito gulosa mas a partir de uma certa altura comecei a pensar que não podia ser assim, e tenho um primo que até foi jogador do FCP que por ser tão guloso ficou diabético, há as situações em que já vem de família mas ele não, foi por ser extremamente guloso, então disse que não podia ser então de à uns bons anos a esta parte comecei a ter cuidado com a alimentação, e tenho cuidado e gosto de comer, de cozinhar, de comida bem feita, não como qualquer coisa, tem que ser comida saborosa, bem elaborada, tem que me saber mesmo bem. Gosto de cozinhar e preocupo-me e aprendo e tenho uma serie de livros que nunca mais acaba, e pergunto aqui e ali, e mesmo pelas minhas origens, em Africa habituei-me a cozinhar com a minha mãe e com senhoras mais antigas, gosto sempre de aprender com os mais velhos e é à moda antiga.

M - Eu descobrir este ano o quão importante e da pior forma, o quão importante a alimentação é, e estive sobre um regime alimentar que me custou imenso, muito restrito em que carne não podia comer nem vermelha, nunca comi muito mas gosto de comer carne, frango, as carnes brancas que sempre ouvi dizer que é uma carne que se pode comer à vontade, também fiquei com limitações brutais, não comer nunca carne vermelha e muito raramente carne branca, e comer muitos vegetais, nomeadamente beterraba e espinafres, e com a dieta que passei o que acontecia era quase como se nunca tivesse saciada andava sempre com fome, o que é trágico, agora já comecei a introduzir alguma carne mas à medida que fui aprofundando o tema e o porquê das coisas e ia ler imensas coisas da especialidade, percebi que praticamente tudo o que comemos, isto por ser industrializado e das enzimas mas é quase tudo, até por exemplo os

ovos, os vegetais, é trágico quando vamos aprofundar. Ainda hoje estive a ler um artigo sobre os ovos, e porque é que uma pessoa deixou de comer ovos, destes de aviários normais. E realmente é assustador e como é que podemos estar bem de saúde, não podemos, por exemplo nos aviários, e nem sabia isto, nos aviários normais há vários andares com galinhas, as galinhas têm o mesmo espaço que uma folha A4 para se mover, não veem a luz, e entram em tal stress que muitas vezes matam-se umas às outras até à morte.

M - E os antibióticos que dão aos animais.

M - A resistência que estamos a ter a antibiótico, 70% das doenças patológicas tem origem animal, depois olhamos para o peixe e isto é muito complicado, o peixe do mar, alguns tem excesso de mercúrio, excesso de metais pesados, a apicultura digam o que disserem, está o peixe mais confinado, não tem aquela possibilidade de muscular, de libertar que é o estado natural das coisas, depois tudo o que é criado de animais assim...

Na sua opinião não há nada verdadeiramente natural?

M - Não. Porque repare, eu como tinha que passar a comer muitos vegetais, passei a ir a uma feira biológica que por sorte nunca li estas coisas, e que por sorte ocorre à minha porta praticamente, e passei ali coisas de produtores, não é o biológico que se compra no supermercado porque até aí esses estudos da DECO detetaram que são coisas caras mas detetaram ali problemas, mas se formos a ver bem é assim, há um que me oferece muita segurança até porque as coisas tem um aspeto deplorável, pequenos, tortos mas pronto é natureza, mas mesmo assim ainda ficamos a pensar, a própria semente pode vir de modificações genéticas das próprias plantas e depois o próprio sol, não quer dizer que seja 100% seguro, é claro que não podemos levar isto ao extremo e ainda este fim de semana estava a falar com a minha comadre que é médica e que dizia que as conclusões que se tem chegado é, comer-se pouco e muito variado, pouco de cada coisa, a não ser que a pessoa tenha ali uma limitação em termos de saúde relativamente a alimentação porque se uma coisa nos faz mal num alimento ou se está ali alguma coisa que não deveria de estar o dano não é tão grande, vai-se variando. A maioria dos problemas de saúde, e eu fiz uma grande investigação, o colesterol já lá estava porque é uma tendência genética, por ai também...

H - Não ajuda.

M - Acho que tem mais a ver com o genético do que com o resto. Tem que acalmar isto e mudar a sua alimentação, porque se não temos que passar à medicação, mas quer dizer foi numa altura que tinha acabado de descobrir que tinha encontrado um cancro, que por sorte

consegui ultrapassar a coisa e foi acabar uma coisa trágica, aí 1 ano e tal talvez e começar o ano com uma boa notícia, mas com uma grande dieta porque estou com uma grande vigilância...

O seu regime alimentar de alguma forma está associado porque teve que mudar devido à doença.

M - E daí ter começado a aprofundar mais o tema. Por exemplo, a soja é das coisas mais arriscadas...

Estão de acordo com esta opinião, em que de facto hoje nada é natural?

M - Sim.

M - Sim mas há coisas piores do que outras.

H - Mas pensar nisso gera um nível de ansiedade tremendo.

M - Mas vou dizer, tem que se ter alguma moderação mas a partir do momento que na Fundação Champalimaud o seu sucesso passa pela sua postura pela vida, não andar sempre stressada e por aquilo que come.

M - Mais naquilo que comemos.

M - Portanto muito cuidado com o que come, o que é que uma pessoa faz? Não vai aprofundar? Não tem outra hipótese.

E digam-me, para além das preocupações com o que comem, têm outras preocupações com o corpo, fazem atividade física, ginástica, dormem bem, têm cuidado com as horas de sono, tomam suplementos, tomam vitaminas, alguma outra coisa? 00:20:19

M - Nada, por exemplo, faço ginástica, faço meditação que é tipo ioga que me faz muito bem, sobretudo ao fim do dia, durmo o suficiente, não faço noitadas, deito cedo e acordo cedo, pelo menos de semana.

M - As minhas horas de sono são muito variadas, trabalho de manhã, à tarde, de noite.

H - É como eu.

M - Por isso nunca tenho, para dormir, tenho que tomar medicação porque tenho os sonos completamente trocados e ginástica já fiz bastante mas neste momento não faço porque tenho uma troca arterite e até estou proibida de caminhar o médico não me deixa caminhar muito, por isso agora é só...

H - Eu tenho alguma preocupação, faço desporto regularmente, e a minha alimentação vai um pouco ao encontro disso, não tomo suplementos nem nada, mas tento escolher algumas coisas que supostamente deveriam de fazer bem, manteiga é sem sal, não sei se faz bem ou não, o sal faz mal e tenho alguns cuidados, nada de extraordinário mas tenho alguns cuidados. Tomo cálcio por causa dos ossos.

H - Eu também sempre fiz desporto e continuei a fazer a minha questão é como a Fernanda, trabalho por turnos e por isso o dormir é quando houver tempo para dormir como costume dizer e o mais grave não é o dormir porque até posso conseguir dormir fora de horas é o comer, porque os meus sonos não são certos, tanto posso almoço às 07h00 como às 14h00, pode sempre acontecer e na mesma semana.

M - E quando se trabalha de noite não se almoça.

H - Eles dizem que é cear mas pronto é qualquer coisa, na minha profissão as piores coisas que temos é a alimentação, muitos colegas com problemas intestinais, nunca consegue ter refeições a horas certas porque isso é muito importante para o corpo, como fiz desporto sei isso, manter uma rotina certa seja de dormir seja de comer e depois a tendência é sempre comer mal, tento ter alguma preocupação para além do desporto que me ajuda, faço atletismo e uma pessoa tem que gerir ali um pouco o que come, eu se jantar às 16h00 e sair à 00h00, não dá para comer uma comida de prato às 16h00 para sair às 00h00, os iogurtes são uma grande ajuda principalmente e depois é o que estraga mais, sandes, seja fibras, algo que vamos comendo ao longo do resto das horas para compensar o que não comemos na comida de prato e isso é terrível.

M - Eu por causa desse problema levo alimentação de casa.

H - Mas eu também levo, os colegas são quase todos assim.

M - Nem sempre se adequa a hora.

H - O problema é não haver hora.

O Tiago também tem preocupações com o corpo? 00:23:44

H - Eu faço muito exercício, mas é porque gosto da sensação do exercício, estou sempre a fazer, e porque estou sempre a fazer tenho sempre fome e estou sempre a comer também.

E tem cuidados com a alimentação em função do exercício que faz?

H - Eu como aquilo que eu gosto de comer, que no fundo não é porcaria, eu gosto é de comer coisas verdes, leguminosas.

E as preocupações do leite com cálcio e leguminosas, foram vocês que descobriram isso, leram, alguém vos disse, são os colegas, é o que viram na net.

M - Estamos sempre a ouvir.

M - É a curiosidade e depois vai-se a um médico com frequência e também aconselha e vai-se lendo...

H - Eu sempre ouvi. Mas uma pessoa acaba por fazer ouvidos moucos até que aparece umas análises um bocadinho mais estranhas e vamos ao médico e ele acaba por aconselhar, estou a falar do meu caso pessoal.

M - E hoje já à imensa informação que também não é difícil...

H - Mas às vezes as pessoas não estão muito preocupadas com isso, o meu caso eu nunca tive problemas com o colesterol para mim queria lá saber se era um copo de vinho, se era uma cerveja, se era um cozido à portuguesa seja o que for, o que importa é comer, só quando os problemas começam a aparecer uma pessoa começa com um pé atrás se calhar...

M - Começa a procurar alternativas, seja para saciar ou o que for.

Esses cuidados com a alimentação foi porque surgir numa análise e portanto foi o médico que vos disse que deve de evitar isto e aumentar aquilo, ou é um regime que vão fazendo umas coisas que os médicos vos disseram à uns tempos, o que vão vendo, ouvindo...

M - O meu caso eu nunca gostei de engordar e como sou pequena nunca gostei, tenho alguns cuidados e com a idade e com essas coisas todas, tento adaptar um regime mais equilibrado para a minha idade e situação para a pessoa também ter mais saúde. Eu prefiro ter mais cuidados com a alimentação do que tomar a medicação. Se me disserem come isto e aquilo, eu não tenho problemas nenhuns em comer determinado tipo de coisas, prefiro comer com alguma frequência do que passar a uma situação de medicamentos. Tento fazer uma espécie de prevenção.

H - Eu acho que alimentação é muito importante, concordo com o Miguel, quando aparece alguma coisa.

M - Quando a certidão de óbito está à frente.

H - Eu comecei a tomar iogurtes da Activia por causa da minha mulher que tomava e como está no frigorífico uma pessoa vai bebendo. O leite com cálcio por causa de problemas de entorses, essas coisas eu não sei se faz bem ou não, mas nunca li nada em concreto, com cálcio o peço não difere muito e vai bebendo, mal não faz.

M - Eu é mesmo porque o Activia me faz bem aos intestinos.

H - Eu é mesmo porque está lá.

M - Há coisas que podíamos consumir mas que não consumimos porque são caras. Os iogurtes o Danacol são a 3.90€.

H - Em promoção.

M - Em promoção já vi a 2.99€.

H - Eu já tomo à muitos anos o Danacol e o preço normal deles é cinco e tal.

M - Caríssimos.

M - Eu comecei a tomar Danacol este ano entremeado com o activia mas tem colesterol.

H - Eu tenho colesterol, sim. Eu por acaso baixou, eu sempre fiz desporto e tive que fazer um regime inicialmente e foi na altura a minha médica de família que me aconselhou, sempre bebi muitos iogurtes mas para alterar para que tivessem csis e esteróis vegetais e isso tudo, então foi o Danacol, há outras marcas brancas, por acaso não gostei dos sabores por isso é que me mantive com o Danacol.

M - Mas eu acho que é o melhor.

H - O da Becel e notei que baixou, porque o que a médica me disse foi que era muito novo para começar a tomar medicação. Eu tenho 36 anos, isto já foi mais ou menos à 8 anos. És muito novo para começar a medicação agora, vamos fazer um regime como deve de ser, e ele baixou realmente, de vez em quando estraga-se.

M - Eu gosto muito do Danacol de frutos exóticos, se for o original não gosto.

H - Eu é o de morango.

M - Mas o de morango está na lista dos mais cancerígenos dos pesticidas e tudo está em primeiro lugar o morango e a seguir a maçã.

M - Eu como imensas maçãs, adoro. Não passo um dia sem comer maçãs.

Já vários falaram neste tipo de alimentos, a ideia é conversar um bocadinho mais em detalhe sobre aquilo que se chama os alimentos funcionais em particular os alimentos enriquecidos, alimentos funcionais são por definição alimentos aos quais tecnologicamente se acrescentou alguma coisa ou se retirou, um exemplo de que se tirou é o leite sem lactose, do que é que estamos a falar? Estamos a falar do Activia, com os bifidus ativos.

M - Sementes e cereais.

Estamos a falar do essencial da Compal, que enfim tem agora foi adicionado frutos vermelhos e açai, função de proteção, adicionado Kiwi e chicória para regular os intestinos, estamos a falar disto, do Santál, sumos enriquecidos com vitaminas.

H - Mas isso não era para adicionar com água.

Sim, temos agora o Tang com vitamina D e E.

H - Não conhecia nada disso.

M - Eu também não.

Temos o leite enriquecido com cálcio ou com ómega 3, o nosso Danacol ou Benecol, temos os ovos enriquecidos em ómega 3.

M - Eu isso não acredito.

Já lá vamos, por fim temos a planta, Becel.

M - Becel para mim é uma manteiga que está sempre pronta para pôr no pão.

É destes alimentos que estamos a falar, agora gostava de vos ouvir para vocês o que são estes alimentos e sobretudo como é que chegaram até eles. Estes alimentos em particular, que foi adicionado alguma coisa que não tinha de origem, como é que chegaram até eles? E o que pensam destes alimentos?

M - E a questão também é até que ponto as pessoas estão esclarecidas, porque por exemplo à um limite diário para o consumo do Danacol, está cientificamente comprovado que as coisas vegetais que colocam lá, baixam o colesterol mas há um limite, não se deve tomar do que 2 ou 3 por dia.

H - O máximo são 2 por dia, na altura foi o que a médica me disse.

O que a Maria me está a dizer é que isso é um alimento quase como se fosse um medicamento, só se pode tomar uma vez por dia.

M - Porque é de origem vegetal que põem lá e está cientificamente comprovado que reduz o colesterol, vou ver nas próximas análises, é algo que é extraído da natureza, não algo químico.

M - Também se tem que ter alguma contenção.

M - Eu tenho muito duvida sobre alguns alimentos funcionais, por exemplo, pronto tudo bem, inserir a vitamina C consegue-se extrair e transformar em pó mas o Tang é uma coisa tão artificial com tanto aditivo, se calhar o rácio de vantagem que se tira daí, para introduzir a vitamina C, e não tomar para proteger o organismos de outras coisas nocivas, mais vale não tomar.

H - Eu percebo isso mas a opinião que tenho é diferente, para o meu caso como fui aconselhado pela médica também foi num sentido diferente, porque a médica na altura perguntou como eram as minhas refeições por dia, na altura ainda comia a horas decentes, de manhã havia o leite, os iogurtes. O que tentou alterar foi aquelas pequenas coisas que fazia durante o dia por coisas mais naturais e que me ajudassem, claro que se andasse o dia todo a beber Danacol ou Actimel ou o que for claro que faz mal, é como tudo na vida, em excesso faz mal, para o meu caso pessoal e que me ajudou muito foi, de manhã em vez do iogurte liquido natural ou leite com chocolate, alterar por aquilo, ao lanche igual. Foi mais nesse sentido. Mas não faço isso o dia todo. Sei que faz mal porque mesmo o iogurte normal faz mal em excesso.

M - O Activia de ameixa se comer muitos, tem um efeito...

M - Tem pois...

Veem resultados neste tipo de produtos?

M - Sim.

M - Em algumas coisas.

Em algumas coisas, o que é que isso significa?

M - Eu vou um bocadinho por aquilo que já está sustentado cientificamente, não vou atrás de tudo por ser um alimento funcional, por exemplo o leite, até me tornei intolerante à lactose mas podemos tirar daí cálcio sim, mas com tanto estudo polémico acerca dos benefícios para o leite e eu que não bebo leite desde pequena e nunca parti nenhum osso, e tenho o meu filho que se farta de beber leite uma vida inteira e já partiu 2 osso, isto é um bocado relativo, se calhar tento ir buscar o cálcio a outras coisas e o sinal é que ainda à 2 dias tive uma queda brutal na cozinha com água e podia-me ter partido toda e não parti nada.

H - Mas isso é porque não somos todos iguais, eu pessoalmente comigo resultou, sempre fiz exercício e mantive, porque a publicidade que eles fazem penso que é da Danacol que realmente desce 20% mas depois tem ali uma coisa que diz o resto, fazendo uma alimentação saudável com água, com desporto, e ajuda no meu caso ajudou, como já fazia desporto, alterei foi a alimentação que não foi muito boa na altura, e eu notei resultados, agora tentei alterar pelo menos as coisas que me faziam mal na alimentação na altura, e alguns produtos destes que estamos aqui a falar.

M - Eu desconfio de alguns.

Mas à pouco a Fernanda dizia que os ovos com ómega 3 não acredita nada, diga-me porquê?

M - Não acredito, onde é que eles vão buscar ómega 3 para pôr nos ovos?

M - Na alimentação das galinhas.

Dão uma ração às galinhas específica e enriquecida em ómega 3.

M - Eu nos ovos também não consigo.

H - O salmão criado em cativeiro não tem ómega 3.

Estes alimentos enriquecidos não são todos iguais, ou pelo menos não vos convencem todos da mesma forma...

H - Alguns são dúbios.

M - Alguns são mais fiáveis que outros. 00:36:40

Porquê?

M - Neste caso dos ovos, então não é melhor comer um peixe com ómega 3? Ou ir buscar a uma fonte mais natural.

Mas sobre esse ponto de vista não era muito mais fácil comer muitas hortaliças?

H - Até podia ser. É porque substituímos as quantidades, eu a mim faz-me mais confusão os ovos por uma questão, num iogurte ou num pacote de leite aquilo pode ser tudo tratado quimicamente.

M - Exato, é mais fácil adicionar.

H - Agora dar comida a uma galinha para ela ingerir e ela própria dentro dela é que vai fazer.

H - Mas parece mais natural. Eu por acaso consumo ovos de ómega 3.

H - Relativamente às quantidades, quimicamente consegue-se incluir mais quantidade nos activia do que comer 1kg de legumes, não quer dizer que não fosse mais natural os legumes, mas tendo em conta a quantidade e o tempo, se calhar era preferível comer 1kg de leguminosas um dia todo do que comer um iogurte naquele espaço de tempo.

H - Eu por exemplo compro um saco de espinafres crus e vou a comer assim.

M - É preciso coragem. Mas era assim que devíamos fazer.

H - É como o tomate cru.

H - Eu penso que as pessoas vão pelo mais fácil, pelo mais rápido, mais pratico.

M - Até porque Às vezes em alguns alimentos, eu tenho uma deficiência crónica de vitamina B12 mesmo quando comia carne e o médico chegou a dizer tem que levar injeções de vitamina B12, podia comer 20 vacas inteiras com fígados e tudo, e não conseguia ter dessas vacas todas a quantidade de vitamina B12 que tiro daquela injeção e que depois destruo em pouco tempo. Às vezes por mais que se coma não se consegue chegar, tem que haver ali uma concentração maior daquela substância que precisamos.

M - Mas eu consumo muitos legumes, consumo activia e às vezes ainda tenho que ir ao chá porque a obstinação é tão grande que não regula só com os legumes e iogurte.

Mas nesses casos porque é que não tomam medicamentos?

M - Porque não me quero estar a habituar ao medicamento, aos laxantes.

E não tem a preocupação de se poder habituar ao activia?

M - Não. Eu consumo activia de vários sabores, a meio da manhã, é sempre um iogurte, e à tarde o iogurte.

De alguma forma acham que este tipo de alimentos substitui os medicamentos? É para se tomar numa fase em que ainda não estamos muito doentes. 00:40:04

M - É como prevenção para se evitar males maiores.

M - É como prevenção.

H - Eu não acredito que isso sirva como prevenção, de maneira nenhuma. Há quem ache que a opinião de outros é a opinião verdadeira eu não vejo assim, para mim a minha experiência é que conta, não a dos outros.

Mas o Tiago toma algum tipo destes alimentos?

H - Eu consumo esses alimentos porque eu gosto, gosto do sabor, mas não é por nenhum desses princípios, não é porque faz bem ao colesterol, é porque os gosto de ingerir, por exemplo o leite, eu sou um alarve a beber leite, adora beber leite, com cálcio, sem cálcio, magro, gordo, meio gordo, agora em iogurtes não toco, só como iogurtes líquidos, activia por exemplo, Becel, mas é porque gosto de comer não é porque faz isto ou aquilo.

Mas põe Becel no pão mas podia pôr manteiga normal, porque é que põe Becel e não manteiga normal?

H - Porque gosto tanto de um sabor como do outro, gosto de variar, mas não é porque uma faz melhor do que a outra.

M - Faz diferença.

M - Eu isso, ponho Becel para os bolos e em comida, e não gosto muito de manteiga, mas ter a manteiga normal e preferência dos açores.

M - Mas eu adoro o sabor da Becel.

H - Eu fui obrigada a come-la, eu estou de acordo com a opinião do Tiago, acho que temos que ter as nossas experiencias e não o que os outros dizem, eu pessoalmente comigo funcionou, essa é a realidade. Não baixou brutalmente mas notei uma diferença depois quando deixei a alimentação e mantive estas coisas, uma pessoa vai-se descurando e o colesterol manteve-se impecavelmente mas tenho que fazer vários controles para se manter estável, seja num mês ou em dois, e baixou realmente, e foi bastante, e tudo ajuda, para o teu caso que é pelo sabor, isso também concordo, eu pessoalmente acho que os Danacol são bons, a Becel não, só tomo porque sou obrigado. Eu adoro manteiga, só mesmo por isso.

H - Como nunca tive nenhum problema assim muito grave.

M - E a manteiga nunca está dura, sempre pronta a barrar.

M - Isso é verdade.

M - E uma pessoa habitua-se ao sabor porque praticamente não tem sal.

M - O sabor da Becel tem melhorado.

H - Eu como nunca tive nada que me assustasse e que tivesse que mudar radicalmente a minha alimentação, eu sou um bocado vendido na publicidade, como jogo Basquetebol e uma pessoa não está a ficar nova e de há uns anos para cá tentei equilibrar um bocadinho por isso é que consumo, não muito mas consumo ovos com ómega 3, eu estive a ler o que era, e como é

que eram as galinhas, como é que conseguiam meter ómega 3, sou um bocado vendido, porque faz bem e tal, não tenho é resultados concretos. Será que se não fizesse nada...

Então porquê? O que o leva a manter? Ou colocando a questão ao contrário, o que vos faria, e em caso concreto o Nuno, deixar de tomar os produtos funcionais que tomam hoje?

H - Se o preço fosse muito caro, deixava de consumir.

Mesmo acreditando que faz bem?

H - Sim. Porque lá está, vou ao médico, as minhas análises estão todas bem, mas será por casa disto que eu estou a tomar, não sei. Se eu deixar de vão alterar? Se calhar teria que voltar outra vez, agora de hoje para amanhã deixava de consumir se os preços fossem insuportáveis. Isso deixava e tentava encontrar outro tipo de alimentação, mas tento-me preocupar um bocadinho minimamente por causa do desporto, porque se calhar se fosse um bocado mais boémio acho que não me preocupava com nada disso.

E os restantes já abandonaram algum alimento? Ou se não foi esse o caso o que é que vos levaria a dizer que não tomavam mais este alimento?

M - O sal, eu nos acompanhamentos já consigo comer tudo sem sal, e uso um sal, não sei se se pode falar em marcas, compro um sal com ervas que é bastante mais caro mas que funciona. Se faço peixe ou carne, passei a usar muito mais ervas aromáticas também, porque dão imenso sabor à comida e se por exemplo, se comer um peixe ou uma carne com arroz ou batatas já não ponho sal e já não uso nos legumes ou batatas, já consigo comer sem sal e já baixei que foi uma coisa impressionante. Comecei a tomar medicação mas depois no meu trabalho tenho um enfermeiro que tem oitenta e tal anos que parece que tem cinquenta, ele disse logo para eu me deixar disso, com esta idade já a tomar medicação ainda por cima faz ginástica, faça isto assim e assim e olhe baixem imenso e está ótimo, o sal foi uma coisa que cortei.

E o que é que destes alimentos funcionais o que é que a levaria deixar de tomar?

M - Não.

Preço como já foi aqui dito?

M - Se me faz bem não quero saber de preço. Um pacote de sal normalmente custa trinta e tal centimos, o meu sal com ervas custa 180, e me faz bem à saúde não quero saber de preços.

Não vou deixar de usar o tal sal com ervas, que é bastante mais caro mas se contribui para a minha saúde e para o meu bem-estar, para mim o preço não tem influência.

M - Eu prefiro fazer uma alimentação mais convenientemente do que estar com excesso de peso e depois vou tomar medicação? É pior. Prefiro a manutenção diariamente e de uma forma saudável e agradável e de forma que a minha comida tenha sabor na mesma e se tenho visitas tenho a preocupação de nesse dia pôr sal no arroz ou batatas e mesmo a minha comida com pouco sal as pessoas, porque aprendi a cozinhar com mais ervas aromáticas e imensas coisas de várias origens e então consigo com que a comida fique saborosa e portanto o preço não conta, assim como assim a medicação também é cara, mais vala investir na prevenção. Os custos das doenças também não são baratos. Acho que a prevenção fica sempre muito mais em conta do que tratar da doença.

M - Eu parto de uma forma diferente, eu vou aos alimentos funcionais se vir que preciso de dar ali um input maior nalguma coisa. Prefiro comer, e uma coisa que me prescreveram foi os frutos vermelhos, prefiro comer os frutos vermelhos e de preferência o mais fieis possível à natureza e só ir para os alimentos funcionais com antioxidantes se realmente for necessário. Até porque à uns anos atrás houve um estudo feito com milhares de pessoas em vários países e abortaram aquele estudo porque perceberam que tomar muitos antioxidantes entre outras coisas que estavam a experimentar não chegaram a uma conclusão muito certa mas desconfiaram que alguns problemas de saúde que apareceram às pessoas, poderia estar relacionado com isso. Estes suplementos que se tomam.

H - Eu acho que o excesso de antioxidantes até favorece o crescimento de cancro.

H - Exatamente.

M - Tem que haver aqui um equilíbrio, estou a tomar magnésio todos os dias, e há pouco quando perguntou se tomávamos alguma coisa mas tem um fim muito específico, que preciso de levantar a imunidade para conseguir estar mais forte para conseguir passar esta fase que preciso de ter a energia toda para não retroceder. Mas em condições normais, comecei a tomar Danacol e comecei a comprar o pro-actic mas nunca experimentei muito assim no pão, experimentei um bocadinho e não gostei. Mas quando faço bolos ou nalguma...

H - Mas aí disfarça um pouco, agora no pão... Bem é uma opção.

M - Mas é porque estou com o colesterol alto e como tenho um historial muito grande de colesterol na família, tento comprar ovos biológicos, galinhas criadas no solo com cereais biológicos também na medida do possível do que ir para um ovo enriquecido em ómega.

Prefiro comer o salmão selvagem porque tem ómega do que o peixe de aquacultura, gasto dinheiro na alimentação, isso é um facto mas se calhar nos medicamentos nem pago nada, se calhar ficava mais barato ficar com a medicação do que alimentação mas ainda assim acredito que é a forma que conseguimos viver com melhor qualidade. Mas também a alimentação por si não é suficiente, há o exercício, o sono, é a meditação.

Mas entre estas duas opiniões, uma que diz que é preferível investir na alimentação do que medicamentos, ou a opinião do Nuno que acha que faz bem mas mal não faz, mas se o preço aumentasse muito té era capaz de abandonar...

M - Na alimentação não corto. Acho que é o melhor investimento que podemos fazer, e eu descobri isso de uma forma muito crucial. Prefiro fazer profilaxia das coisas e não sou nenhuma santa. A batata frita de pacote que está no top de vez em quando não aguento, está cheia de sal e tem tudo.

M - Para mim isso não.

M - Ontem à noite foi chocolate, aquilo está cheio de gordura mas tem que ser, fartei-me de andar ontem fui para o trabalho e pé e vim do trabalho a pé, para tentar fazer algum movimento, fiz tanta coisa a pé que estava descompensada.

E os restantes o que é que pensam? 00:51:58

H - O meu caso específico para deixar de consumir, só se deixasse de ver resultados. Porque eu sei se subiu naquele mês aquilo esteve complicado, se a pessoa extravasou muito tenho noção que vai subir o colesterol, se é um mês que eu sei que é normal ou um ou dois que mantenho aquela alimentação mais equilibrada e aquilo continua a subir então se calhar as coisas são um bocadinho diferentes. Acho que só nesse caso é que me levaria a deixar de tomar certo tipo de produtos que tomo hoje em dia. Falamos dos específicos, Danacol, Becel, o Actimel é por outros motivos, não por estes. Agora pelo preço, infelizmente é como digo o Danacol é caríssimo por isso não acredito que fosse por causa do preço.

00:53:20 - Entre aquilo que nos dizem ou amigos ou colegas, e aquilo que se vê na net, se lê nos jornais, que se vê na Tv, que quando vamos ao médico, destas fontes de informação todas em relação a estes produtos todos, qual é aquela que vocês apesar de tudo dão mais crédito?

H - Para o meu caso é o médico. Depois do médico vamos pensar que eles sabem mais qualquer coisa do que nós porque eles também são informados por alguém, vamos começar

por aí, também é a função deles informar sobre isso, e acabo por vezes, como tenho uma amiga nutricionista, que me dá algumas informações sobre isso. Apesar de que tudo isto é muito subjetivo porque eu acredito mais num médico do que numa nutricionista, ela sabe o que faz mas isto não há ciências certas, não somos todos iguais, não funcionamos todos da mesma forma nem reagimos todos da mesma forma por isso é que as dietas podem ser moldadas conforme as pessoas, eu adora grelhados e dei-me muito bem com os grelhados, a minha mulher por exemplo não se deu bem, por isso é que o médico, no meu caso, foi a pessoa principal que me ajudou, direcionou um bocadinho também para a opinião pessoal, e tive resultados. Tive sorte se calhar.

M - É engraçado que nenhum médico me aconselhou produtos funcionais, foi através de estudos, temos que confiar ainda em alguém, sendo certo que a ciência notável e vê-se o caso das sardinhas, estavam proibidos e a seguir, eu não gosto de sardinhas, mas passou quase a ser um alimento milagre, o que hoje dizemos se calhar daqui a uns anos. Estes estudos científicos acho que são muito importantes e eu vou muito atrás deles.

H - Hoje em dia é aquele velho lema que é a caneta é mais forte do que a espada, a palavra é o veículo de transmissão de informação entre os seres humanos. As pessoas são convencidas através da palavra. Nós somos constantemente bombardeados com publicidade e movimentos de marketing para nos tentar convencer de alguma coisa, e isso é através da palavra. Para mim na minha opinião existe uma dicotomia hoje em dia que é o Fraco VS Forte, estão a tentar convencer as pessoas que são fracas, as pessoas convencem-se que são fracas e vão comer coisas a pensar que vão ficar fortes, eu sou de uma opinião diferente. Acho que as pessoas antes de mais são animais, somos descendentes do homem primitivo, uma máquina assassina, acho que hoje em dia o ser humano devia dar mais valor à sua capacidade física, independentemente dos alimentos ou o que for, se for para morrer morre, é para queimar, a minha opinião é esta, não me vou lugar a tretas de...

M - Mas quando estamos doentes temos que levar em consideração o que nos dizem.

H - Isso agora depende da coragem de cada um tem a perspetiva a vida, se acha que é desnecessário e pode prescindir da vida e terminar a existência, agora a maior parte das pessoas não tem essa coragem.

H - Mas depende imagina que vou a um consultório com um problema médico, e o médico diz que tens que fazer esta alimentação assim, queres? É contrário até aquilo que fazes agora.

H - Na minha opinião, já estou completamente saturado, estou doente mesmo psicologicamente das tretas que nos têm andado a contar ao longo destes anos todos e eu já não acredito em nada, nem nos médicos. Se eu me sentir bem e continuar a respirar e se o meu coração continuar a bater e se eu continuar a ter força para fazer ginástica e fazer força e pensar, seja o que for que tenho que fazer.

H - Não há nenhum médico que te conseguisse dizer...

H - Claro que os evasivos crónicos, fraturas e coisas impeditivas.

H - Isso é diferente.

H - Agora estas coisinhas de colesterol e análises e não sei o quê, isso é pretexto para vender muita coisa.

Mas o que o Miguel está a dizer, vamos imaginar que o Tiago tem qualquer coisa e precisa de fazer uma análise e de facto vem com o colesterol elevado. O colesterol ainda por cima é uma doença que não tem sintomas, sinto-me bem, colesterol elevado. A partir de agora vai mudar a sua alimentação, vai ter que tomar Becel, Danacol, aí o Tiago seguia a opinião do médico? Então o que faria? 00:57:50

H - Há pessoas que nem vão ao médico.

M - Isso é o melhor de tudo.

H - Eu só vou ao médico para me dar aquela palha, não é porque me sinta mal, às vezes tenho uma gripezita ou qualquer coisa assim mas é por causa disso, não é por causa de mais nada.

M - Graças a Deus, não é?

H - Hás vezes há pessoas que pensam que não estão doentes e afinal...

M - Eu trabalho com doentes que fazem hemodiálise e vão parar ao Hospital às vezes sem sintomas nenhuns, e chegam lá têm que pôr um cateter e têm que iniciar a diálise. Nem sequer sabiam que estavam doentes. Por isso nada é seguro.

M - A questão é que estamos bem hoje mas amanhã não sabemos.

H - Eu jogo pelo seguro, eu vivo cada dia como se fosse o ultimo. Para mim é assim.

M - Eu acho que isso é como todos nós.

Acham que estes alimentos funcionais, é uma moda relativamente passageira ou que apesar de tudo isto vai continuar e em mais alimentos...

M - Eu acho que as pessoas experimentam tudo, e há sempre uma moda nova todos os dias. Agora está na moda os frutos secos, a chia, e as pessoas vão por aí também...

M - Eu adoro.

Mas porque é que as pessoas experimentam?

H - Acho que se cria as necessidades novas.

M - Não é só isso, eu como comecei a fazer uma alimentação à base de vegetais, os vegetais não tem a proteína que se precisa de ir buscar a outras coisas, preciso de pôr frutos secos, leguminosas às vezes e isso é que é a chatice, para quem não tem horários, ter que conjugar e é muito mais complicado de fazer uma alimentação destas do que comer um bife e com um bocadito de arroz e já está. Isto obriga-nos a pensar onde é que vou buscar a proteína que preciso, e isto e aquilo...

Mas nesses casos não era mais fácil um comprimido? Porque é só tomar com água.

M - Mas já o fazemos em tudo o que comemos, nos peixes e por aí fora.

H - Eu penso que a medicação, temos que ver as coisas por outro ponto, todos os medicamentos fazem bem a um lado e mal para o outro, todos, não há um sem exceção. Falemos do caso específico dos comprimidos para o colesterol, é uma bomba terrível para o estômago.

M - É verdade.

H - Aquilo arreventa com o estômago todo. Aquilo é um medicamento que faz bem a uma coisa e mal para três, como qualquer outro medicamento, se pudermos evitar porque já usamos medicamentos suficientes para uma gripe por exemplo, um antibiótico ou seja o que for, **vamos evitar ao máximo enquanto pudermos de não tomar medicação**. A minha opinião vai mais nesse sentido. Claro que é mais fácil de pegar num comprimido e colocar na boca e está feito.

M - Eu dou o exemplo da minha mãe, costuma ter com facilidade 800 de colesterol, 400 e tal de triglicéridos, é uma bomba relógio, há mais de 10 anos que tem estes valores, agora com os comprimidos para o colesterol claro que todos os meses tem que ir 1 ou 2 vezes para a consulta no hospital de hematologia porque depois tem o sangue já demasiado liquido, o comprimido para o colesterol é para diluir o sangue depois foi demasiado, porque nunca se consegue aquele equilíbrio ajustado.

01:01:14 - E com o alimento isso é mais fácil?

M - É mais fácil.

H - Mas isso tem que ser muito comprimido, porque isso é muito elevado mesmo.

Mas nesses casos justifica-se tomar este tipo de alimentos ou aí é só medicamento e mais nada?

M - Ajuda.

H - Para este caso não chega.

M - Os alimentos funcionais são mais uteis naquela fase atrasar ou evitar a medicação do que aqui que é impossível.

M - Ela está complicado.

H - As pessoas só alteram a alimentação quando sofrem alguma coisa.

H - É como eu digo só quando apanham um susto.

M - Esqueçam os exames porque aquilo que vem no exame neste momento foi o exame que me tramou. Aquilo que vem como certo e que está tudo bem no exame não quer dizer que quando vai fazer passado um ano o exame não percebe que no outro era impossível não se ter detetado o problema. Porque nem os exames já são muito seguros. Há falsos negativos.

Voltando ainda à questão de se isto é uma moda ou não. Se pudessem haver mais alimentos funcionais, demos aqui uns exemplos mas para além destes há mais, e pudesse haver mais que outros alimentos funcionais é que achavam interessante ou útil existirem? Temos as águas com fibras, o leite com cálcio, temos o Actimel que dá imunidade, temos os iogurtes com os bifidus ativos para o trânsito intestinal, o Danacol e Benecol.

(...)

M - Um que fizesse uma pele fantástica, sei lá. Um aspeto melhor durante mais tempo.

01:03:14

M - Eu acho que, por exemplo o meu caso, o que me dava jeito era a vitamina B12 e agora descobriu-se algues, não me lembro em que mar uma alga que consegue com uma folha representar uma quantidade em vegetal, a vitamina B12 retira-se de animais, mas consegue-se daquela alga tirar vitamina B12 como não se consegue em nada até hoje conhecido, e o preço dessas algas é assim um preço exorbitante.

H - Há poucas, é normal.

M - Se se começasse a introduzir o magnésio no meu caso preferia andar a tomar magnésio, se houvesse um alimento com magnésio, eu comprava, porque eu vou atrás de um alimento funcional se tiver a precisar daquela substancia em concreto. Prefiro coisas mais naturais do que ir para um alimento funcional mas se precisar de uma substancia então aí vou ao alimento funcional e se calhar preferia, porque o magnésio acaba por ser uma coisa mais feita quimicamente.

H - É um produto químico, eu na minha opinião acho que estes produtos aparecem com base nas necessidades que aparecem, tenha avançado a tecnologia ou o que for, por exemplo a questão do colesterol, não se falava à 20 ou 15 anos atrás, mas nos exames também não se faziam ou não diziam o que era necessário. São modas? São, não deixam de ser.

M - E o próprio estilo de vida...

H - Está cada vez mais sedentário, nisso o Tiago tem razão.

M - As pessoas andam muito a pé, há determinado tipo de doenças.

H - Eu só quero dizer uma coisa, eu só não ia remediar um problema remediável com esse tipo de produtos, consumindo esse tipo de produtos, nunca ia fazer isso. Eu iria optar sempre pelo exercício físico. Porque o exercício físico consegue colmatar uma série de coisas. Agora é preciso fazer com a quantidade e frequência certa.

01:05:34 - Mas aqueles casos de pessoas que não podem fazer exercício físico, aí já seria legítimo?

H - Eu faço exercício físico desde os meus 10 anos, eu fiz atletismo de alta competição durante 10 anos, 12 anos e tive de desistir por causa do joelho.

H - Bem-vindo ao clube.

H - Eu foi por problemas de crescimento. E continuei a partir daí mas não pude fazer alta competição, não me digas intensidades. Treinava 2 e 3 vezes por dia. Eu quando me foi detetado o colesterol alto eu estava no pico da alta competição. Por isso não é o exercício que faz tudo, por isso é que quando aparecerem no clube onde estava...

H - Se calhar era a frequência dos exames.

H - Não, eu fazia exames todos os meses.

H - Se calhar a tua opinião agora não é igual.

H - Não, continua a ser igual, mas eu podia ter um enfarte a qualquer altura.

H - Mas a vida é mesmo assim, agora estás vivo, agora estás morto. As pessoas têm que aceitar isso. Agora tomar coisas para o colesterol só porque...

H - Para poder evitar, claro. Porque eu prefiro estar descansado e fazer 42km a seguir sem problema nenhum do que se calhar não pensar em nada e a seguir fico e cai para o lado e morro.

M - Nem tudo é mau.

H - Eu sei que hoje em dia o que existe para a população global tem aumentado exponencialmente porque as pessoas protegem os fracos, não protegem os fortes.

H - Mas aí está, foi como disse desde início, tudo o que se faz com estes produtos, o exercício físico é o mais importante. Agora só isso não chega, eu treinava 2 e 3 vezes por dia, fazia muitos km, e como é que aparece um colesterol de 300 e tal? Não pode ser. E tinha uma alimentação muito saudável.

O que me estão a dizer é que, apesar de tudo e podendo fazer efeito, também não é algo que se tome isoladamente, ou seja, tem que haver uma sério de...

M - Exato, nem pensar.

M - Há uma componente de fatores que ajuda.

M - O próprio exercício físico não resolve algumas coisas, o que é que eu tinha que fazer para ter vitamina B12? Bem podia andar a correr 24h por dia.

H - Mas atenção que ó isso sozinho não faz nada. É um conjunto de situações, isso é uma ajuda.

M - E morrer é o mais fácil.

M - Exatamente.

M - Agora andar com o juízo e perceber o que se está a passar, e também depois há pessoas que depende, eu era incapaz de ir desta para melhor, tenho coisas ainda importantes para fazer. Há pessoas que depende de coisas que ainda vou fazer.

M - E gostar de viver. Há pessoas que são infelizes e dizem que se amanhã for não sei o quê. Eu não, gosto das pessoas, dos meus amigos, gosto de viver.

H - Mas era capaz de viver 1000 anos, com esse pretexto?

M - Depende.

H - Ser imortal com...

M - Se eu tivesse saúde porque não? Desde que sejam 1000 anos feliz.

Deixem-me colocar outra questão, eu disse no início que alimentos funcionais são alimentos naturais aos quais, nestes casos em concreto, foi industrialmente, tecnologicamente adicionado alguma coisa. Vocês quando pensam neste tipo de produtos pensam nisto como um alimento ou pensam nisto como outra coisa? Isto é natural ou que sobressai aqui é o natural, o facto disto ser leite e portanto é um alimento natural ou o facto de como isto não é exatamente o que sai da vaca, enfim tecnologicamente foi aqui... Quando pensam neste tipo de produtos o que é que vos vem à mente, é o facto de ser um produto processado industrial, ou continua a ser um alimento?

H - Eu olho para o Danacol e penso, isto faz bem ao colesterol, vou já beber um, pumba. Vou já ficar com o colesterol mais baixo. Estou mesmo contente e amanhã tomo mais outro. **Vai ser a minha atitude com todo o tipo de produtos que tem uma aplicação funcional vai ser essa, vai ser de me convencer a mim próprio, agora se tiver efeito ou não, se tiver boa sorte a minha, se não tiver paciência.**

M - Mas têm efeitos, os iogurtes activia tem muito efeito no intestino.

Mas quando pensam neste tipo de produtos pensam nisto como um alimento ou pensam nisto como, já não é bem um alimento? Imaginem que têm aqui o leite original da vaquinha, têm aqui deste lado, um comprimido de cálcio e têm aqui o leite enriquecido com cálcio, isto está mais perto do alimento ou está mais perto da cápsula do cálcio?

M - Eu vejo o alimento com a essência de nos servir.

M - É uma evolução no bom sentido.

M - Mesmo porque os alimentos antigamente davam-nos muito mais vitaminas do que dão agora, porque a própria poluição do meio ambiente, o desgaste do sol, nós não estamos a retirar, por exemplo o magnésio, a população em geral está a ficar com uma certa deficiência de magnésio, que não é muito visível mas vê-se no cansaço e outras coisas, porque não conseguimos retirar em nada da alimentação, porque infelizmente isto já está um bocado destruído. As coisas são como são.

M - Agora o leite eu ainda me lembro de ir com a leiteira buscar.

Mas nesse caso em concreto do leite...

M - Ele durava pouco tempo em casa e agora dura meses.

Mas no caso em concreto do leite com cálcio, a água com fibras, enfim têm a água, têm um comprimido com fibra para ativar o intestino e têm aqui a água com fibras. Isto está mais perto de facto do natural ou mais perto...

M - Eu no meu caso é água natural.

M - Acho que é um meio termo.

H - Eu prefiro a água no seu estado natural.

M - Eu prefiro, beber água de garrafa, mas às vezes tiro da torneira ponho um bocadinho de sumo de limão, uma rodela de limão, um bocadinho de hortelã e pronto.

01:12:44 - Mas com essa água procura obter o quê?

M - Procuo obter vitamina C, tento acidificar um pouco a água para fazer contraste com outra que bebo muito alcalina, e tento ter a hortelã e de dar sabor e ser relaxante, é um ótimo anti-desparasitante. Os próprios alimentos, porque consumimos muita coisa fora, e nem todas a gente tem aqueles cuidados de higiene que devia de ter, acho que é importante termos esse tipo de cuidado.

Vocês, aqui à pouco o Nuno até disse que começou a tomar por via da esposa, mas na vossa família há mais pessoas a tomarem alimentos funcionais?

H - A minha mãe é diabética, tem o colesterol muito elevado, toma o Actimel, o activia, Becel, por exemplo o leite com cálcio a minha avó que tem 90 e tal anos está sempre a beber leite com cálcio, mas **no fundo não sou consumidor deste tipo de produtos porque tenho uma determinada latência, estão lá e consumo. Se tivessem lá outros quaisquer...**

E vocês na vossa família, nos amigos mais próximos.

M - Eu moro sozinha, sou cliente do Celeiro e compro lá várias coisas, quando vou a África noto uma diferença enorme e faz-me lembrar a minha infância, eu lembro-me que há uns anos atrás, sobretudo a fruta, tinha um sabor completamente diferente e quando vou de férias a Moçambique, vou buscar os sabores da minha infância, os legumes, as batatas, o arroz, o feijão, o peixe e a carne tem o sabor ainda à moda antiga.

H - Isso são coisas boas.

M - E é engraçado porque eu faço alguma intolerância o leite e quando vou lá como queijo e leite e não me faz mal nenhum. Eu acho que o problema é o que eles adicionam, eu lembro-me que antigamente havia aqueles senhores que iam nas carrinhas vender aqueles pacotes de leite que apenas duravam 3 dias, ou então eu ia lá à quintinha do senhor com umas bilhas de alumínio e ia ao leite e que vinha morno e eu e a minha irmã até aos 15 anos bebíamos leite às refeições não me acontecia nada, agora quando bebo fico com a barriga, o arroz, a soja já deixei tanto mas mais de arroz, e muito da mimosa, vou alternando.

01:15:32 - E vocês? Família, amigos?

M - Eu bebo leite de soja todas as manhãs como digo. E foi mesmo a médica que me disse que eu devia de consumir a soja e tenho-me dado sempre muito bem.

M - A soja hoje em dia é tão modificada tecnologicamente. Vale mesmo a pena em investir em soja biológica.

H - Eu tomo natas com soja, não sei porquê.

M - Mas tem que se ter cuidado com a origem da soja.

Este tipo de alimentos era algo que recomendariam a alguém? E o que é que diriam para convencer alguém a tomar isto o que é que diriam?

M - Tem boas propriedades para a saúde e que podem funcionar como medidas preventivas, que é uma alimentação correta e a curar mesmo determinadas situações.

H - Eu há pouco tive a pensar o que teve a perguntar e ainda não consegui pensar muito bem mas tive a refletir um pouco quando perguntou o que é que estava mais próximo, eu acho que este tipo de produtos acho que estão mais próximos ao medicamento. Lá está ou é a prevenção ou é para cuidar mesmo nos casos em concretos que uma pessoa se sente bem, como o trânsito intestinal, eu acho que está um bocado mais próximo. Aconselharia a alguém num caso muito específico, que imagine que tinha problemas de intestinos, se calhar tomava isto e dava-me bem, se calhar uma ou outra pessoa da família se sofresse do mesmo, olha toma isto que comigo resultou. Uma coisa muito específica, de resto se calhar não aconselharia a ninguém.

M - Eu também aconselhava com os iogurtes, que me faz efeito em mim talvez pudesse fazer efeito a outra pessoa.

E o Miguel? O que é que recomendaria, que argumentos utilizariam para convencer alguém que habitualmente até nem tomava este tipo de coisas?

H - Eu não tomava, eu como disse, como resultou comigo, notei diferenças naquilo que fiz e só por isso é que recomendaria. Porque pessoalmente comigo resultou. **Não há nada como tentar, não dói, não magoa.**

M - Eu como disse tento baixar o colesterol com a alimentação mais adequada, mas **tenho muitos colegas que dizem muito bem deste Danacol, assim que se fala em colesterol eles falam logo nisso.**

H - Atenção que não é milagroso.

M - Eles acham que sim.

H - Para o próximo ano descubrem que o Danacol faz cancro.

M - Pode acontecer.

Quando pensam neste tipo de produtos na vossa cabeça associam isto mais a doença ou bem-estar, prevenção, o que é que pensam.

M - Bem-estar.

M - Prevenção.

M - Mais prevenção.

M - Até porque se o problema for grave e tiver lá instalado não é suficiente.

M - Não é suficiente, é prevenção.

H - Eu acho que é um bocado prevenção e um bocado de estilo de vida.

H - Eu não gosto de pensar assim, de ter esse pensamento. Mesmo que seja fraco eu não gosto de pensar que sou fraco...

M - Mas isso não é ser fraco.

H - Mas as pessoas gostam muito de dói sito, dói aquilo.

M - Não é uma situação temporária, é para mudar é para sempre.

O Nuno, falou aqui que isto era estilo de vida. Quando diz estilo de vida quer dizer o quê?

H - Há os vegans, há não sei o quê... Eu por exemplo, não é o meu estilo de vida mas quando ando às compras e vejo pessoas com os carrinhos e outra vez observei um casal novo, que só levava coisas de vegetais, coisas deste género, e achei graça, ou precisam mesmo por uma

questão de saúde, ou então é um estilo de vida. Porque há pessoas que só comem coisas naturais.

M - Os vegans. É só vegetais e não comem nada derivado de animais. 01:20:28

M - Os vegetarianos comem, os vegans não comem nem mel.

De alguma forma podemos, não sei se estão de acordo, este tipo de alimentos funcionais são para pessoas mais modernas?

M - Eu acho que não, acho que de há uns anos a esta parte que as pessoas estão a ter consciência de fazer uma alimentação mais cuidada, para terem mais saúde, por causa das doenças coronárias, de coração e isso assim. Eu com todas as pessoas que falo e falando com pessoas de várias idades, as pessoas têm todas uma preocupação em fazer uma alimentação mais cuidada para prevenir determinado tipo de situações, de doenças e serem mais saudáveis. Um estilo de vida melhor, sobretudo para terem mais saúde. Acho que há essa preocupação de às uns anos a esta parte, independentemente das idades.

H - Fora filosofias, eu sou da mesma opinião do Miguel, eu só iria recomendar caso tivesse algum problema e tomasse e visse realmente que dava resultados. Então aí eu recomendava.

M - É como eu faria, eu recomendaria o Danacol porque há estudos científicos, recomendaria o activia por experiencia própria, porque uma pessoa pode andar obstipada mas que é um desconforto brutal é. Recomendaria os ovos biológicos porque tudo o que vem nos ovos a mais é brutal, recomendaria o óleo Becel que é uma coisa que sempre usei, porque não gosto de óleo com muito sabor e aquele tem menos sabor, daquilo que é a minha experiencia e que eu sei que tenho visto, que estão estudados válidos, sendo certo que se corre o risco que de hoje para amanhã vir outro estudo, e é isto que faz a ciência, estudos a refutar coisas.

H - Indo um pouco ao encontro do Tiago, porque estão sempre a falar de coisas (...), acho que também ouvi das vacas, não sei se eram vacas ou outro animal, por estarem tanto tempo em stress, que não era igual. E é um pouco por isso, uma pessoa pensa que está a comer uma coisa boa que não faz mal, estão sempre a refutar a ideia, sempre a alterar, não se sabe o que deve de comer ou não.

01:23:07 - Mas nesses casos que não se sabe o que pode comer ou não, o que é que fazem? Em que é que acredita?

H - Pois lá está, às vezes caio a comprar estas coisas porque, bem deixa lá experimentar que dizem que faz bem aqui ou ali, uma pessoa compra e por vezes até entra na rotina.

H - Se calhar tem sabor e até cai bem.

H - Eu até agora graças a Deus, nunca tive nenhum problema, não ando a combater uma coisa muito específica, mas lá está...

H - Mas isso também é complicado, mesmo estas coisas específicas, e falámos dos legumes que todos nós comemos, também é complicado. Tem pesticidas e mais não sei o quê...

M - Por causa disso é que eu vou ao biológico. Mas uma coisa é certa quando me vi confrontada em ter que comer muitos vegetais, e especificamente uns, o que pensei, então vamos escolher aqueles que não têm pesticidas, ou que tenham aquela cauda fina...

H - Mas isso é impossível.

M - Mas na agricultura biológica é só mesmo algumas coisas, opor exemplo aquela mistura de calda com (...) mas já não tem se calhar aquelas coisas agressivas que outros tenham e vou dizer uma coisa, eu notei uma diferença enorme, eu já não me lembrava do sabor da alface.

H - Até o cheiro. Os meus pais agora fazem um pouco de agricultura, tomate não tem nada a ver.

01:24:42 - H - É uma coisa abismal.

M - Tem que se ter cuidado com o solo onde se está a plantar com a semente, porque por exemplo, eu tenho família na terra que deixaram de comprar os pintos no mercado para criação, começaram a ter umas galinhas específicas para produção biológica, os ovos têm de ser chocados até uma determinada temperatura para o pinto nascer e eles não compram os pintos como compravam antigamente, porque já vem ali com algumas coisas, já é aquela reciclagem da própria criação.

O Nuno estava aqui a dizer que no fundo todos os alimentos, como a Maria também estava a dizer, que no fundo os alimentos são processados. Portanto acham que estes são mais processados que os outros?

H - Sim.

M - São mais.

H - O leite é uma coisa natural, sai da vaca. Sabemos que se vai para um pacote que aí já está processado.

M - É como as águas com fibras, com vários sabores, mas são saborosas, tornam-se frescas e as pessoas consomem. São caras também.

H - E será que fazem bem?

H - Isso já é outra conversa.

Mas apesar de tudo, mesmo o leite com cálcio, aquilo que disseram à pouco que o medicamento é químico, quando pensam em medicamento é uma coisa química, quando pensam num produto destes...

H - É um bocadinho menos químico.

Isto é natural porque é um alimento ou não, é processado.

H - É natural mas tem um pequeno químico lá dentro.

M - É isso.

H - Falando especificamente no leite, a questão que falámos do Danacol, é um iogurte que tem um químico lá dentro.

M - Não é vegetal.

H - Mas aquilo tem que ser processado quimicamente, acaba por nunca ser a 100%.

M - Só a introdução daquela substancia específica, é normal que os compostos químicos alterem e se põe mais alguma coisa para a preservação.

H - Por isso é que associo a uma coisa mais natural o iogurte, não deixa de ser uma coisa natural, que leva um pequeno processo químico lá dentro.

Estamos mesmo a terminar, esta vai ser mesmo a ultima pergunta, aparentemente, segundo eu percebi, todos vós consomem alimentos funcionais que de alguma forma já fazem parte da vossa alimentação, ou seja, já tomavam iogurtes, agora é o activia, ou já bebiam leite e agora em vez do normal. Estariam disponíveis para tomarem um alimento funcional que tivesse associado a promessa de tratar alguma coisa se não fizesse parte da vossa alimentação habitual?

M- Eu sim, se fizesse bem.

M - Se o gosto fosse bom.

Era uma coisa que habitualmente mesmo natural não tomavam...

M - Se achasse que era bom.

H - Se fosse uma coisa que soubesse bem.

O sabor aí era o determinante?

H - Porque se não é uma coisa que eu precisasse neste momento ou de controlar neste momento, é uma coisa que pode prevenir, acho que nessa situação é como disse, é preciso um susto, mas se fosse uma coisa que me soubesse bem na altura.

M - Nem é uma questão de saber bem, se me garantissem que me iria evitar alguma doença ou combater algum problema.

H - Mas isso já vai ao encontro de tomar um comprimido.

M - Mas se fosse um alimento, como acontece milhares de vezes, como coisas que não me sabem bem mas sei que fazem bem. Não sabe bem mas é para fazer bem, tomo.

Nesse caso não é o sabor mas sacrificava-se?

M - Perfeitamente.

O Miguel era preciso que soubesse...

H - Eu vou de dizer de outra forma, se temos os legumes que sabemos que naturais são bons, isto nunca deixa de ter um pequeno processamento, não é uma coisa 100% natural, eu não preciso muitos espinafres, mas sei que faz bem, tenho que comer, é natural, é um legume e faz bem. Agora comer espinafres esmagados dentro de um copo líquido aqui já olhava de lado para aquilo. Vou fazer a sopa que é melhor do que beber assim, é mais nesse aspeto que vejo isso, acaba por ser um pouco processado. **Se for uma coisa nova vamos experimentar, se correr bem...**

M - Normalmente quando sai algo novo há sempre uma demonstradora no Hipermercado a dar a provar, se uma pessoa gostar compra.

M - Eu já houve coisas que experimentei e disse, Meu Deus, é péssimo.

A Maria era daquelas que mesmo que a publicidade dissesse que aquilo de facto atingia um determinado objetivo, se o sabor não fosse bom...

M - Se eu precisar mesmo daquilo, é como o mínimo olímpico, fazia o favor.

M - Eu não teria problema nenhum.

H - O ideal é saber se o sabor entra na rotina ou então é para fazer alguma coisa.

M - Eu por exemplo o sal, no início custou-me muito mas pensei que tinha que ser, e agora não me faz diferença.

H - Mas isso não é fácil de ser saudável.

M - Com as ervas aromáticas consigo.

M - Mas é completamente diferente.

M - Eu neste momento estou com um trabalho que é beber menos vinho, é claro que agora quando estive com estas restrições alimentares, lá em casa os jantares eram tipo comida vegetariana, lasanha de legumes e por aí fora. Foi tudo corrido a vegetal, estava ali a servir carne e eu com restrições e as pessoas mantiveram. É preciso fazer uma ginástica maior, mas por exemplo agora estou a tentar substituir o vinho, por exemplo a cerveja que era uma constante ao fim do dia, com uns tremoços e amendoins, e depois faz barriga, estou a tentar substituir por água.

M - Cerveja para mim é só no verão com o marisco. O vinho é só ao fim de semana.

Resta agradecer a vossa presença e vossa maneira aberta de falar das coisas.

M - Mas isto agora não é assim, agora que sei que está a fazer um estudo e eu que até vou atrás dos estudos, quero saber depois quando é que sai.

Muito bem, terei todo o gosto, mas também saberão disso porque será divulgado quando o doutoramento estiver concluído. Ia apenas pedir mais um minuto, para preencher aqui.

M - Por isto é muito importante, estamos a dar a nossa opinião para uma coisa que vai ser objeto de um estudo científico. Uma tese de doutoramento.

Porque de facto são produtos tão diferentes.

M - Eu na minha adolescência vivi nos EUA e ainda não havia produtos funcionais em Portugal, e já havia nos EUA porque já havia colesterol, já havia uma cápsula, já havia iogurtes, tanta coisa.

Muito obrigado pela vossa ajuda.

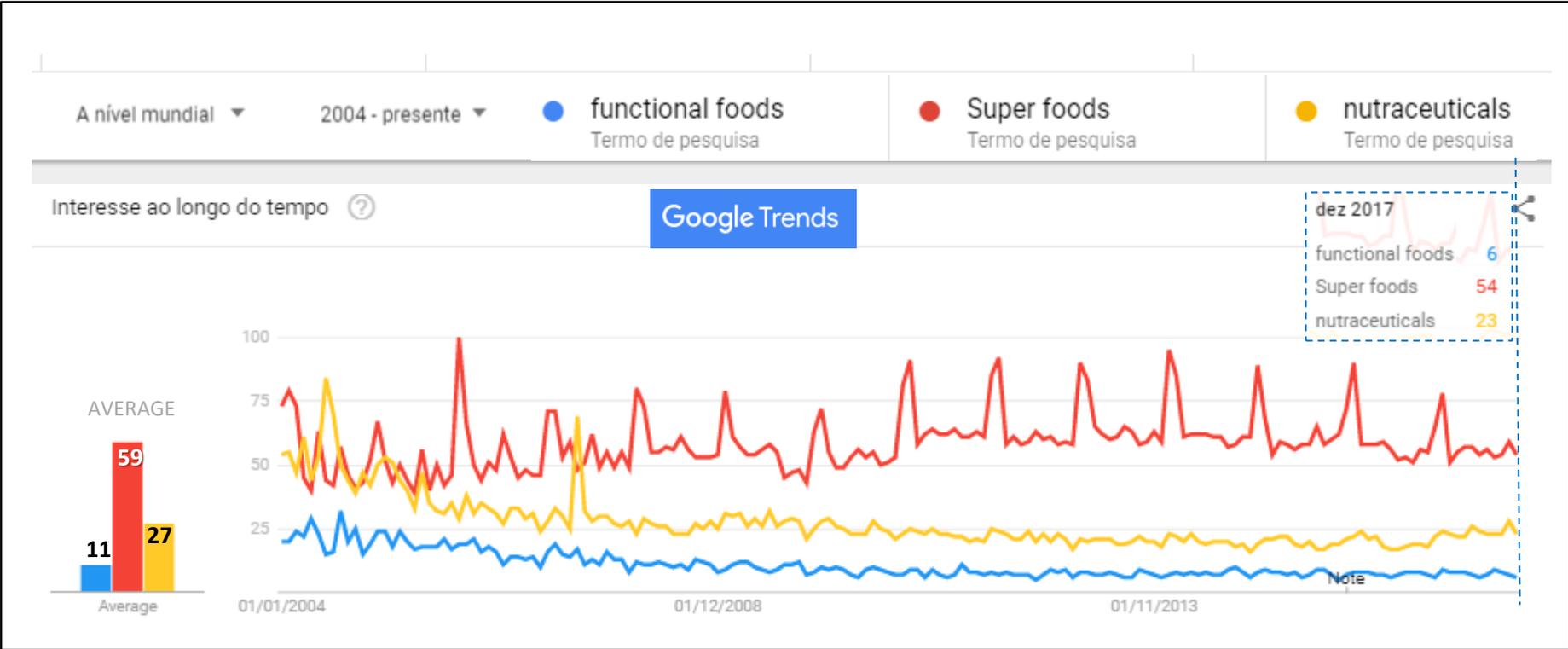
ANEXO C – GOOGLE TRENDS

Pesquisa efetuada no dia 05 de Dezembro

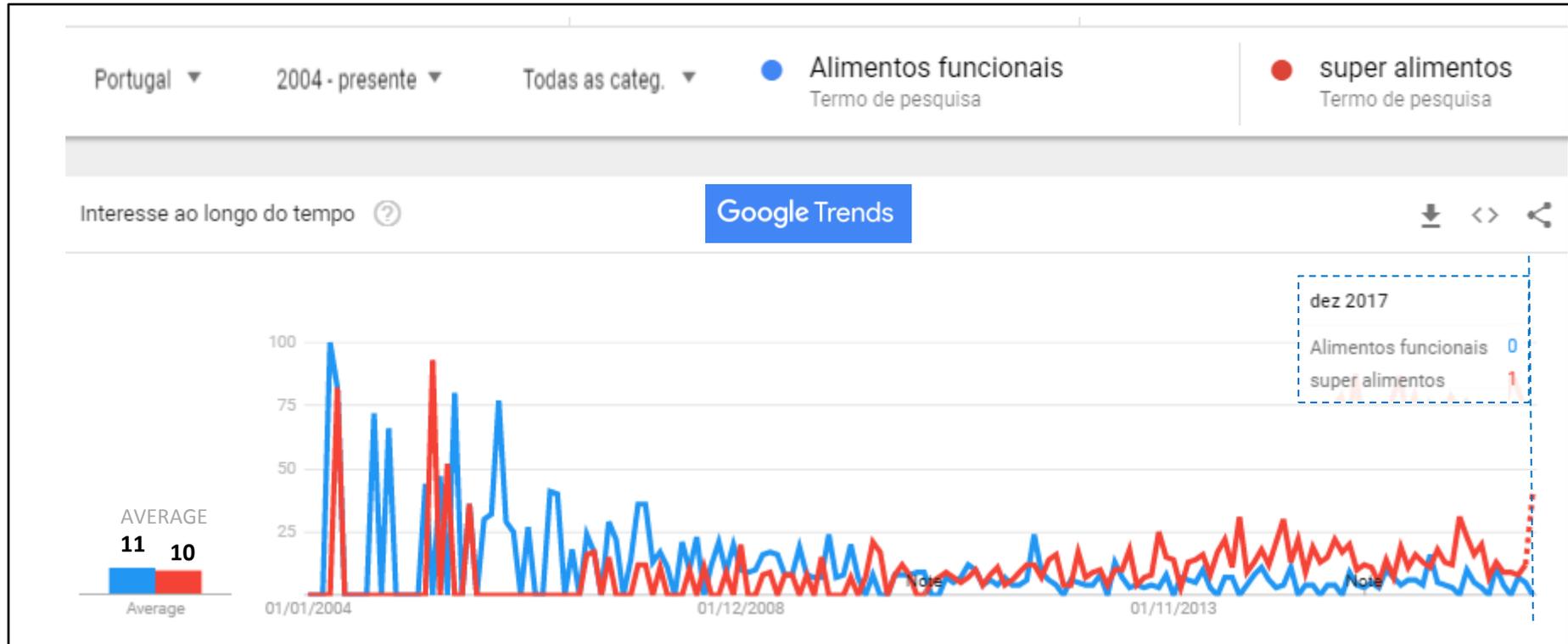
Google Trends é uma ferramenta do Google que mostra os mais populares termos pesquisados, na Internet, numa determinada janela temporal (desde 2004) revelando tendências. A ferramenta apresenta gráficos com a frequência com que um termo particular é procurado em várias regiões do mundo, e em vários idiomas. São excluídos os dados pesquisados por poucas pessoas, buscas por um termo realizadas pela mesma pessoa, em um curto período de tempo, e caracteres especiais.

Os números representam o interesse de pesquisa relativo ao ponto mais elevado do gráfico para a região e o intervalo de tempo especificados. Um valor de 100 corresponde ao pico de popularidade do termo. Um valor de 50 significa que o termo teve metade da popularidade. Do mesmo modo, uma pontuação de 0 significa que esse termo teve menos de 1% da popularidade relativamente ao ponto mais alto.

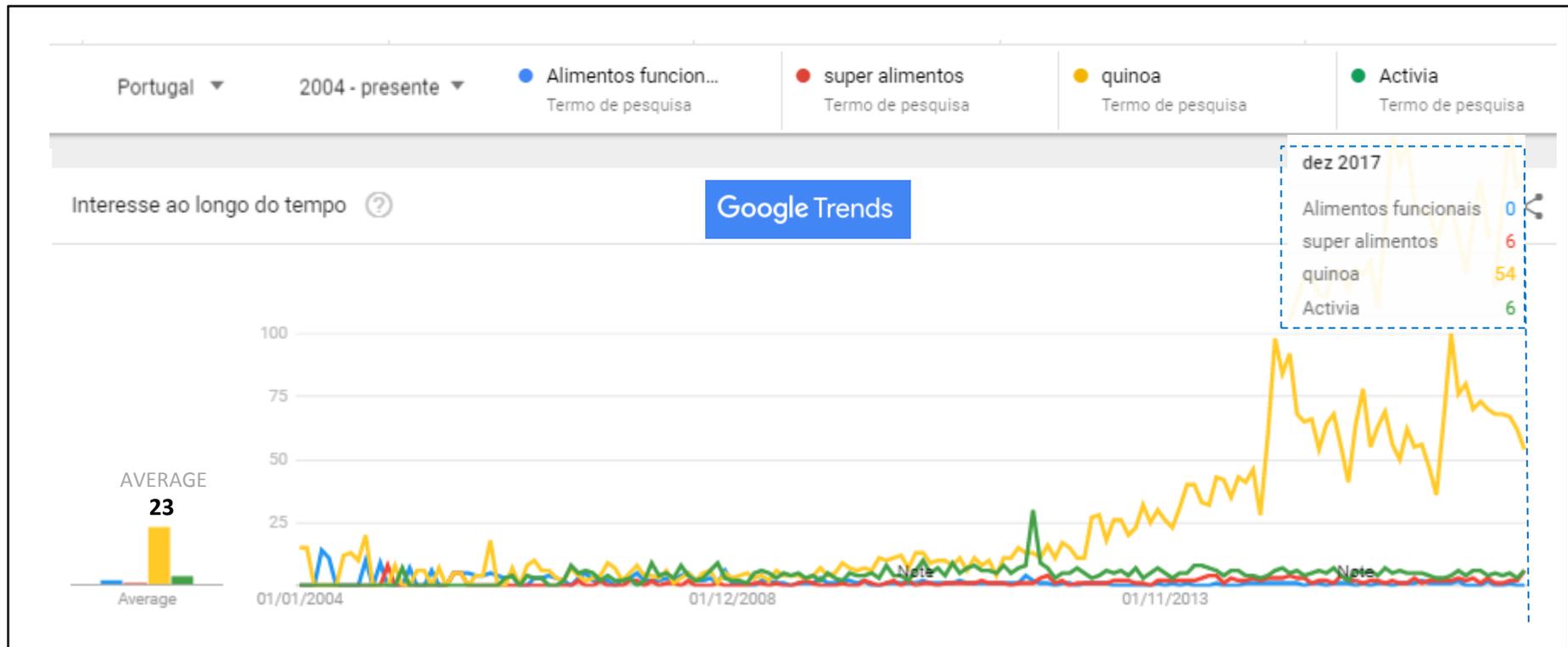
Google Trends – A Nível Mundial – Categorias



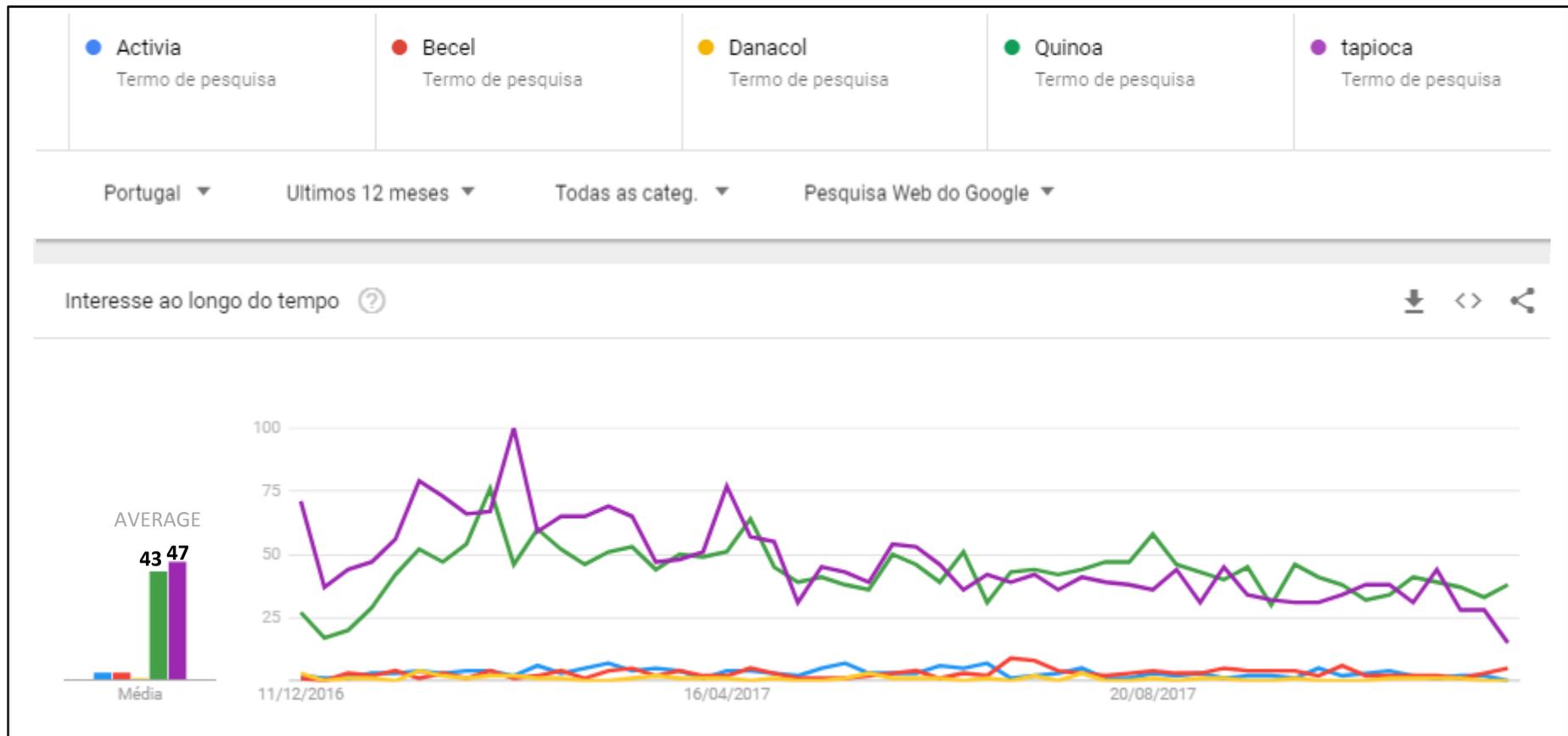
Google Trends – Portugal – Categorias



Google Trends – Portugal – Categorias vs. Produtos



Google Trends – Portugal – Produtos



ANEXO D – ESTUDO ONAP – RELATÓRIO ESTATÍSTICO PERFIS DE CONSUMO

Observatório da Nutrição e Alimentação em Portugal – 1ª Edição

Introdução

A base de dados a analisar foi construída a partir da informação disponibilizada pelos organizadores do ONAP. Esta refere-se a uma amostra de 1221 indivíduos descritos por um total final de 40 variáveis (às quais se acrescentaram ainda 84 variáveis binárias construídas a partir de 21 das variáveis iniciais de consumo de alimentos). **Constitui objectivo desta análise estatística a caracterização dos perfis encontrados seja aqueles de consumo assim como aquele dos não-consumidores**

Notas metodológicas:

- Adaptação da base de dados, disponibilizada, ao formato adequado para processamento estatístico, de acordo com as metodologias a aplicar, recodificando e criando as variáveis iniciais;
- Aplicação de metodologias de Análise de *Clusters* (classificação hierárquica e não-hierárquica) e de Análise Fatorial das Correspondências Múltiplas (ACM), com vista a detetar e caracterizar perfis multidimensionais de consumo na amostra em estudo;
- Cruzamento da partição de classes seleccionada com todas as variáveis em estudo, como reforço da caracterização encontrada na ACM, aplicando Testes de Qui-Quadrado de Homogeneidade ou Testes Exatos de Fisher, quando possível, bem como calculando medidas de associação, menos sensíveis a tamanhos elevados da amostra (como estatísticas V de Cramer, Phi ou Coeficiente de Contingência).

Os Dados

A base de dados inicialmente disponibilizada era constituída por variáveis binárias. Após importação da informação para o software estatístico utilizado (IBM – SPSS 24), construíram-se variáveis nominais e ordinais a partir das variáveis iniciais, tendo-se atribuído nomes às variáveis e às suas categorias de acordo com o questionário disponibilizado.

Durante o processo de validação e importação, identificaram-se algumas incoerências aparentes na base de dados inicialmente entregue, que foram prontamente corrigidas, tais como a existência de:

- *Missings* ou valores em falta não codificados nas respetivas categorias NS/NR, como por exemplo no questionário 1002 relativamente à questão 1.12.II.a;

- Respostas múltiplas em questões que não seriam de esperar ser de resposta múltipla, como por exemplo na nacionalidade, o questionário 612, nas habilitações literárias, o questionário 2024, na profissão, os questionários 306, 874, 1075, 1113, 2010, 2022;
- Indivíduos menores, com idade inferior a 18 anos (41 questionários).

A primeira exploração dos dados a nível descritivo permitiu também tomar algumas decisões sobre a forma mais adequada de recodificar determinadas variáveis e a relevância (ou falta dela) de analisar algumas das variáveis. Assim, por exemplo:

- A recodificação em 4 faixas etárias da variável idade foi a selecionada para análise;
- A variável profissão foi recodificada numa variável Atividade profissional com categorias Ativo/Não ativo;
- Não foram consideradas para análise as questões 4.2 a 4.5 caracterizando a toma de suplementos alimentares, selecionando-se apenas a questão 4.1 sobre se tomou ou não algum suplemento no último ano;
- Não foram consideradas igualmente as questões sobre a toma de medicação relativa a diversas doenças, selecionando-se apenas as questões sobre se sofre ou não cada uma das doenças (questões 3.2.1 a 3.2.5);
- A frequência de consumo dos alimentos (questões 1.12) e de utilização de determinados alimentos como prevenção de doença e promoção de saúde (questões 3.9) foram recodificadas em 4 categorias (Regular, Esporádico, Nunca, NS/NR);
- A nacionalidade foi recodificada em 3 categorias (Portuguesa, Outra, NS/NR);
- A carga horária foi recodificada em 4 categorias (≤ 39 horas, 40-44, 45+, NS/NR);
- O rendimento foi recodificado em 4 categorias (≤ 1000 euros, 1001-2500, 2501+, NS/NR);
- Com base nas variáveis iniciais relativas à constituição do agregado familiar, construíram-se duas variáveis que se recodificaram posteriormente em categorias: ter ou não crianças no agregado familiar e o número de elementos no agregado familiar (esta última como soma do número de crianças e do número de adultos, sendo acrescentado um elemento, correspondente ao respondente, sempre que o número de adultos era zero – 4 categorias, a saber 1, 2, 3, 4+ pessoas).

As seguintes 40 variáveis foram assim utilizadas na esmagadora maioria dos procedimentos estatísticos aplicados, exceto na aplicação de classificação para a construção e seleção da partição de classes de consumo de alimentos funcionais em que se usaram variáveis binárias:

- 6 Variáveis respeitantes à frequência de consumo de alimentos funcionais (que correspondem a 18 variáveis, após a recodificação em variáveis binárias)
 - Iogurte para regulação do trânsito intestinal
 - Bebidas e cereais enriquecidos com fibras
 - Leite, ovos e cereais enriquecidos com Omega3
 - Laticínios para redução de colesterol
 - Leite para regulação do trânsito intestinal
 - Laticínios enriquecidos com cálcio
- 21 Variáveis relativas à frequência de consumo de alimentos
 - Alimento Laticínios - Leite
 - Alimento Laticínios - Iogurte
 - Alimento Laticínios - Queijo
 - Alimento Leguminosas - sopa ou prato
 - Alimento Hortícolas - Sopa
 - Alimento Hortícolas - Legumes cozidos
 - Alimento Hortícolas - Alface
 - Alimento Fruta Fresca
 - Alimento Doces - Chocolates
 - Alimento Doces - Sobremesas, gelados, outros
 - Alimento Proteína - Ovos
 - Alimento Proteína - Frango
 - Alimento Proteína - Peru
 - Alimento Proteína - Suíno
 - Alimento Proteína - Bovino
 - Alimento Proteína - Equino
 - Alimento Proteína - Caprino
 - Alimento Proteína - Coelho
 - Alimento Proteína - Peixes magros
 - Alimento Proteína - Peixes gordos
 - Alimento Vegetariano

- 11 Variáveis de caracterização sociodemográfica de base:
 - Género
 - Idade (4 faixas etárias)
 - Estado civil
 - Nacionalidade
 - Estado civil
 - Escolaridade
 - Atividade Profissional
 - Carga horária
 - Crianças no Agregado Familiar
 - Pessoas no Agregado Familiar
 - Rendimento
- 16 Variáveis respeitantes a estilos de vida e saúde:
 - Alimentação importante para saúde
 - Suplemento alimentar
 - Exercício físico
 - Leite sem lactose
 - Carne de aves por recomendação médica
 - Hipertensão
 - Colesterol
 - Diabetes tipo II
 - Doenças cardiovasculares
 - Obesidade

Para a aplicação de classificação hierárquica e não hierárquica (análise de clusters) e a obtenção de *clusters* ou potenciais perfis de frequência de consumo de alimentos funcionais, foram construídas 24 variáveis binárias a partir das 6 variáveis iniciais de consumo de alimentos funcionais (questão 3.09) e 84 variáveis binárias a partir das 21 variáveis iniciais de consumo de alimentos (questão 1.12). Note-se que não foram usadas as variáveis binárias da base de dados inicial, pois só após a validação e correção de incongruências se obteve uma base de dados fiável para análise. Para a aplicação de classificação foram assim utilizadas 81 destas variáveis binárias, excluindo-se as relativas às categorias NS/NR.

Perfis de Consumo de Alimentos Funcionais

Seleção da partição ou número de perfis potenciais

A construção de perfis baseia-se na aplicação de métodos de análise de *clusters* ou classificação com base nas variáveis de consumo de alimentos funcionais. Aplicam-se métodos de classificação hierárquica sobre estas variáveis binárias para determinar as partições potenciais, ou seja, os números de perfis candidatos para análise.

Em seguida, aplica-se classificação não-hierárquica (método das nuvens dinâmicas ou *k-means*) sobre as variáveis ordinais de consumo de alimentos funcionais, para agrupar mais eficientemente os indivíduos tendo em conta o número de grupos obtidos.

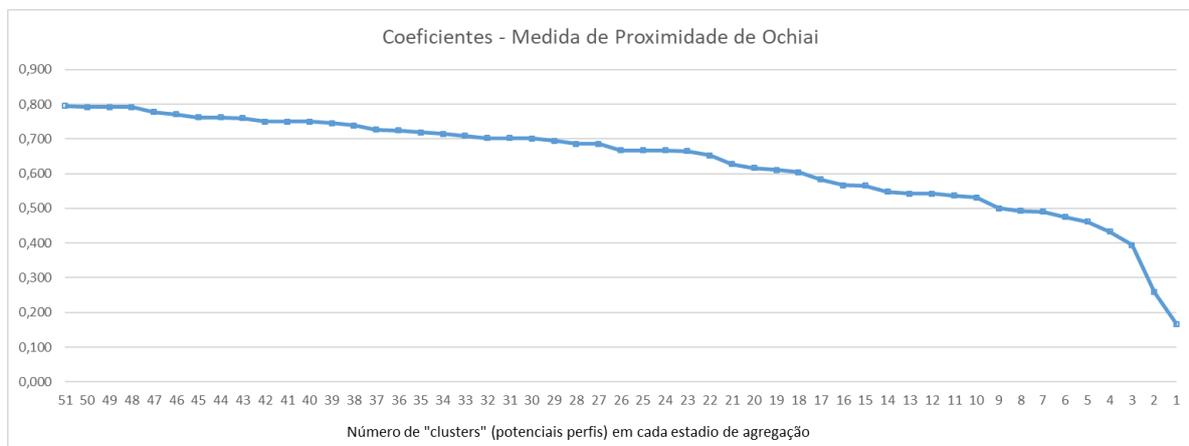
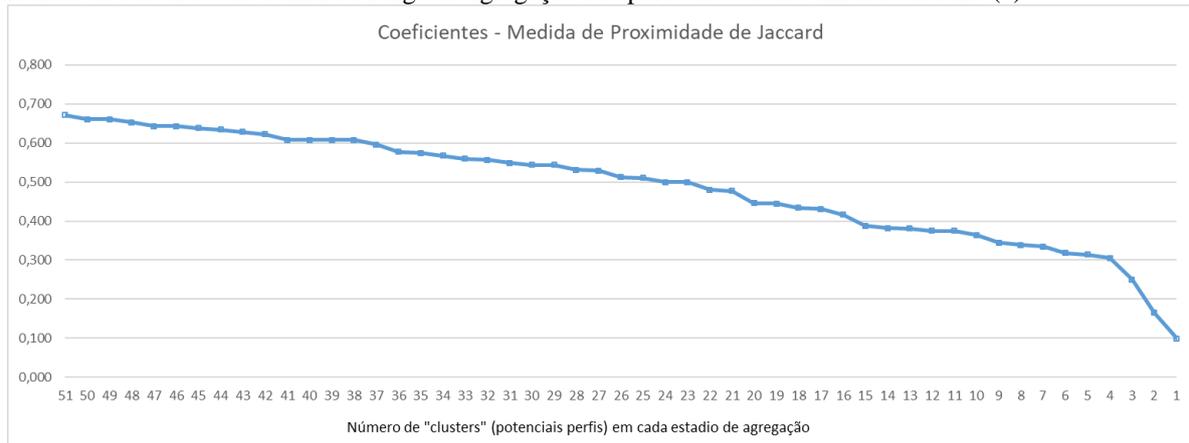
Finalmente, caracteriza-se a partição selecionada relativamente às restantes variáveis em estudo. Efetua-se primeiro uma análise multivariada, aplicando-se análise de correspondências múltiplas e, em seguida, uma análise bivariada, cruzando a partição de perfis com as restantes variáveis em análise (frequências por célula, percentagens por coluna e os respetivos resíduos ajustados), aplicando-se também testes de Qui-quadrado de homogeneidade e testes exatos de Fisher, se adequado, e apurando-se estatísticas de associação como o V de Cramer e o coeficiente de contingência.

Note-se que se aplica Análise de *Clusters* às variáveis de frequência de consumo de alimentos funcionais (questão 3.09 do Inquérito ONAP). Isso quer dizer que estamos a procurar perfis distintos de frequência de consumo de alimentos funcionais, que depois se podem relacionar com determinadas características (alimentação saudável, consumo de suplementos, prática de exercício físico, características sociodemográficas e de saúde – comorbilidades, nomeadamente sofrer de doenças crónicas). Não estamos assim a procurar perfis globais dos indivíduos, que se obteriam não só com base nas variáveis de consumo de alimentos funcionais, como também na restante informação. A ideia é identificar que comportamentos de frequência de consumo de alimentos funcionais se podem identificar e, em seguida, analisar como estes comportamentos se associam ou não a outras características dos indivíduos.

Na Classificação Hierárquica, o estudo da evolução do valor da medida de proximidade ao longo do processo de agregação dos indivíduos e grupos de indivíduos mais próximos permite-nos visualizar as potenciais partições ótimas. Utilizam-se duas medidas de proximidade que são cada vez menores à medida que se agregam indivíduos e grupos de indivíduos cada vez mais distintos, a saber as medidas de proximidade de Jaccard e de Ochiai.

Como critério de agregação escolhe-se o da ligação média (*average linkage*). Um decréscimo importante nas medidas de proximidade indica que se agregaram nesse estágio dois grupos mais distintos um do outro. Assim, nas figuras seguintes pode-se eleger como potencial partição para análise pela medida de Jaccard a de quatro perfis e pela medida de Ochiai partições entre três e cinco perfis.

Figura 1 - Classificação hierárquica sobre a frequência de consumo de alimentos funcionais: evolução das medidas de Jaccard e de Ochiai ao longo da agregação dos pares de *clusters* em cada estágio (*)



(*) São apresentados os últimos 51 níveis de agregação. A semelhança entre a evolução das medidas de Jaccard e de Ochiai transmite coerência entre padrões de agregação dos indivíduos.

Dado que os resultados da classificação hierárquica tendem a ser mais sensíveis à existência de indivíduos *outliers* (que formam classes com um efetivo muito pequeno nos estágios finais de agregação), tomam-se para a classificação não-hierárquica partições entre quatro e seis perfis.

A tabela seguinte permite-nos obter uma caracterização sumária dos perfis encontrados nestas três partições a partir das variáveis de frequência de consumo dos alimentos funcionais. Assim, reencontram-se 3 perfis comuns nas 3 partições: um perfil mais

comum de não-consumo dos AF (assinalado a vermelho), um perfil de consumo frequente de AF Lacticínios para redução de colesterol e de não consumo dos restantes AF (assinalado a laranja), um perfil de maior consumo dos AF Iogurtes para regulação do trânsito intestinal e de Bebidas e cereais enriquecidos com fibras e não-consumo dos restantes AF (assinalado a amarelo).

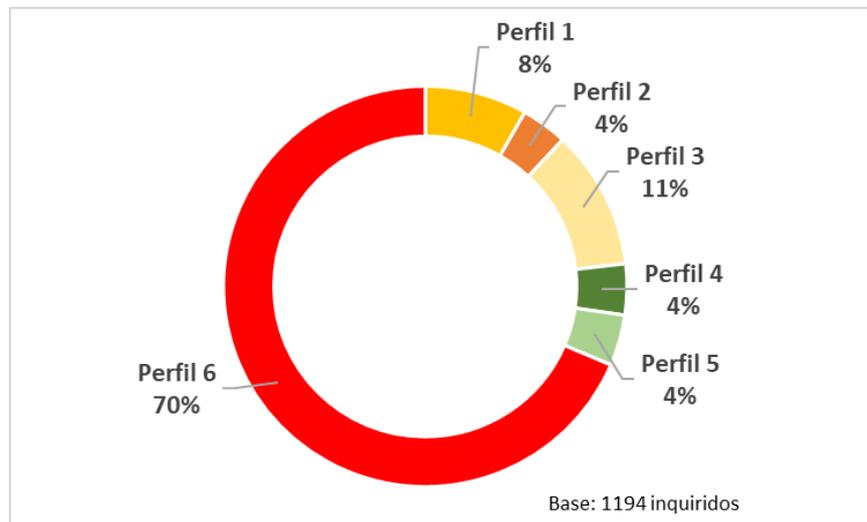
Tabela 1 – Classificação não-hierárquica para partições de 4, 5 e 6 *clusters*/perfis potenciais: médias finais dos perfis (1 – Não-Consumo; 2 – Consumo Esporádico; 3 – Consumo regular)

	Partição de 4 perfis					
	P1/4	P2/4	P3/4	P4/4		
logurte para regulação do trânsito intestinal	1	1	2	3		
Bebidas e cereais enriquecidos com fibras	1	1	3	2		
Leite, ovos e cereais enriquecidos com Omega3	1	1	2	1		
Lacticínios para redução de colesterol	1	3	1	1		
Leite para regulação do trânsito intestinal	1	1	1	1		
Lacticínios enriquecidos com cálcio	1	1	2	1		
Número de indivíduos	940	59	80	115		
	Partição de 5 perfis					
	P1/5	P2/5	P3/5	P4/5	P5/5	
logurte para regulação do trânsito intestinal	1	1	2	2	2	
Bebidas e cereais enriquecidos com fibras	1	1	2	3	3	
Leite, ovos e cereais enriquecidos com Omega3	1	1	1	3	1	
Lacticínios para redução de colesterol	1	3	1	2	1	
Leite para regulação do trânsito intestinal	1	1	1	2	1	
Lacticínios enriquecidos com cálcio	1	1	3	2	1	
Número de indivíduos	892	54	51	34	163	
	Partição de 6 perfis					
	P1/6	P2/6	P3/6	P4/6	P5/6	P6/6
logurte para regulação do trânsito intestinal	3	1	1	2	2	1
Bebidas e cereais enriquecidos com fibras	2	1	3	3	3	1
Leite, ovos e cereais enriquecidos com Omega3	1	1	1	2	3	1
Lacticínios para redução de colesterol	1	3	1	2	1	1
Leite para regulação do trânsito intestinal	1	1	1	2	1	1
Lacticínios enriquecidos com cálcio	1	1	1	3	1	1
Número de indivíduos	100	45	137	50	28	834

Na partição de 6 classes encontram-se ainda três perfis adicionais que parecem também bastante distintos entre si. Os três perfis apresentam-se como consumidores regulares de Bebidas e cereais enriquecidos com fibras, mas o perfil P3/6 tende a não consumir mais nenhum AF, o perfil P5/6 tende a consumir regularmente AF enriquecidos com ómega 3 e esporadicamente Iogurtes para regulação intestinal, enquanto o perfil P4/6 parece ser aquele dos maiores consumidores de AF, consumindo regularmente Lacticínios enriquecidos com

cálcio e esporadicamente todos os restantes AF. Opta-se assim por estudar em maior pormenor a partição de 6 *clusters* ou potenciais perfis distintos de consumo de AF.

Figura 2 - Classificação hierárquica sobre a frequência de consumo de alimentos funcionais: partição de 6 perfis

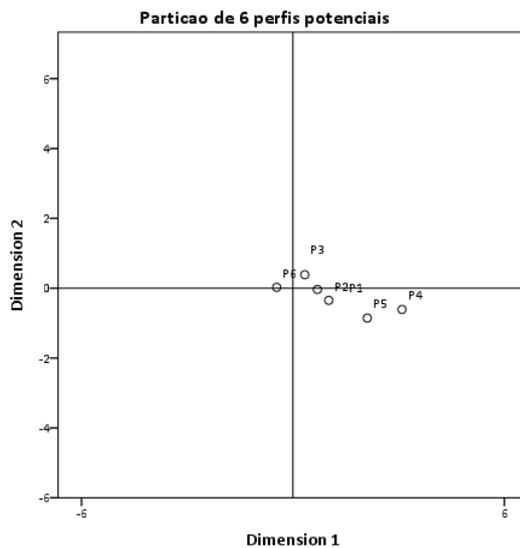
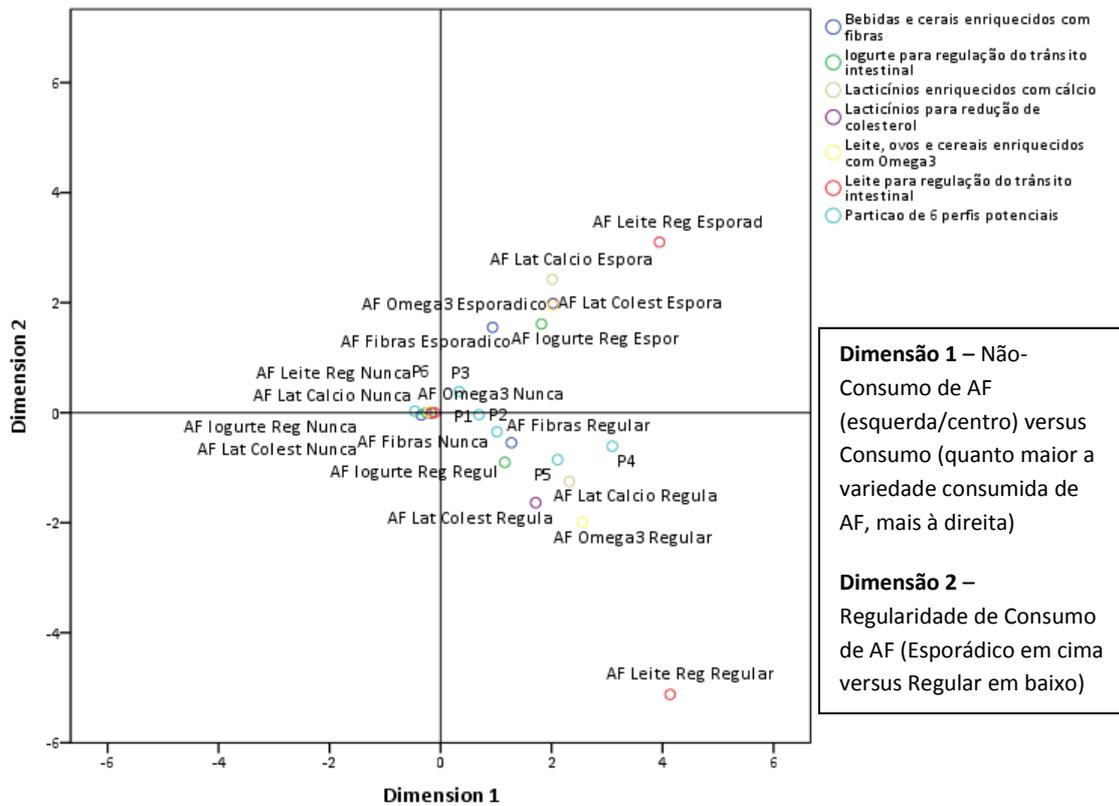


Caracterização multivariada dos seis perfis de consumo de AF

Os resultados da Análise de Correspondências Múltiplas (ACM) resumem de forma multivariada e mais visual o que mais distingue os inquiridos entre si quanto ao consumo de AF. Na aplicação da ACM, com efeito, consideram-se como variáveis ativas os aspetos relativos ao consumo de AF, tomando-se as restantes variáveis como suplementares à análise. Isto significa que a construção dos fatores da ACM é realizada com base no consumo de AF, calculando-se *a posteriori* a posição relativa das restantes variáveis.

O plano fatorial seguinte apresenta o conjunto das categorias das variáveis ativas relativas aos AF e à variável suplementar dos perfis. Nos anexos 3 e 4, podem observar-se planos fatoriais com as categorias de cada uma das variáveis, quer ativas, quer suplementares, separadamente. Isso permite visualizar melhor as tendências observadas, o que num único gráfico dificilmente se pode estudar. Todavia, há que ter em atenção que as escalas desses gráficos são diferentes, de modo a empolar essas tendências e a tornarem-nas mais visíveis. As tabelas do anexo 5 ajudam-nos também a visualizar essas tendências, mas a utilização de cores azul e vermelho torna mais óbvia a identificação das categorias efetivamente mais relevantes.

Figura 3 - Plano Fatorial 1-2 da ACM – variáveis ativas de consumo de AF e suplementar da partição de 6 perfis



A dimensão 1, representada no eixo horizontal, corresponde a uma dimensão de consumo ou não de AF, talvez mesmo de variedade de AFs consumidos: do lado esquerdo surgem as categorias de não-consumo relativas aos 6 AF em estudo e do direito as categorias de consumos esporádico e regular. **O perfil 6 corresponde a um perfil de não-consumo:** situa-se do lado esquerdo do plano e junto do centro devido ao seu grande efetivo. Os restantes

perfis representam perfis de consumo de AF: situam-se todos do lado direito e a progressão observada da esquerda para a direita tenderá a estar associada ao número de tipos de AF consumidos. Assim, o perfil 3 tenderá a consumir um tipo de produto e à medida que vamos para a esquerda cada vez mais produtos: após o perfil 3, surgem os perfis 2 e 1 e depois os perfis 5 e 4.

A interpretação da dimensão 2 permite distinguir de uma forma um pouco diferentes estes perfis de consumidores de AF. A dimensão 2, representada no eixo vertical, parece ser uma dimensão de grau de consumo de AF: nos quadrantes superiores agrupam-se as categorias de consumo esporádico e nos quadrantes inferiores as de consumo regular. Os perfis 4 e 5 surgem assim como os perfis mais associados a um consumo regular de AF, os perfis 1 e 2 são perfis intermédios e o perfil 3 será aquele que menos frequentemente consome AF.

A progressão ao longo dos perfis de consumo espelham por um lado a variedade dos consumos e o grau de consumo. A análise bivariada permite-nos ter uma caracterização mais pormenorizada de cada um dos perfis.

Caracterização bivariada dos seis perfis de consumo de AF

A caracterização da partição de 6 perfis de consumo de alimentos funcionais é agora realizada de forma bivariada com tabelas de cruzamento e medidas de associação.

No anexo 2 são apresentadas as tabelas de cruzamento dos 6 perfis com as restantes variáveis em análise, em que constam as frequências absolutas, as percentagens por coluna (percentagens relativas ao efetivo de cada classe) e os resíduos ajustados. Os resíduos ajustados permitem identificar as células da tabela em que as categorias do par de variáveis cruzadas diferem mais umas das outras: quanto mais longe de 0, mais diferenças de identificam, quer positivas, quer negativas. Os resultados dos testes de qui-quadrado de homogeneidade revelaram-se metodologicamente pouco fiáveis, dado que o pequeno efetivo associado a alguns dos perfis contribui para que as condições de aplicabilidade destes testes não estejam geralmente satisfeitas. A alternativa usual dos testes exatos de Fisher não é possível de aplicar, dada a complexidade dos cálculos associados para tabelas 3x6 e os efetivos dos perfis. Assim, complementa-se a análise das percentagens e dos resíduos ajustados pelo estudo das medidas de associação V de Cramer e Coeficiente de Contingência.

Estas medidas de associação variam entre 0 e 1: quanto maiores, mais associado é o par de variáveis nominais que estamos a cruzar.

Nos outputs do anexo 2, foram assinalados:

- A verde todos os valores dos resíduos e das medidas de associação mais relevantes,
- A amarelo os valores importantes, mas em que os resultados não são coerentes em todas as metodologias aplicadas
- A vermelho as variáveis e os valores das medidas de associação que indiciam não se encontrarem diferenças tão relevantes
- A negrito os valores das percentagens mais pertinentes.

As tabelas seguintes apresentam os comportamentos em que cada perfil se distingue mais dos restantes. Note-se que quando analisamos as tabelas de cruzamento do anexo 2, as percentagens relativas ao total da amostra estão muito influenciadas pelo perfil 6, mais associado ao não-consumo de AF e cujo efetivo representa 70% do total da amostra. Assim, quando abaixo se comparam as percentagens de cada perfil com o total, está-se na realidade a analisar o quanto cada perfil se distingue do total da amostra, ou indiretamente mais do perfil de não consumo de AF. Os valores são assinalados a amarelo quando as percentagens associadas ao perfil são menores do que as percentagens do total correspondentes.

O perfil 6 representa um perfil de não consumo de AF. É curioso verificar que são tendencialmente indivíduos com menores rendimentos e escolaridade que se repartem pelos diversos níveis educacionais, mas com ênfase no do Ensino Básico.

O perfil 3 surge como um fraco consumidor de AF, tendendo a consumir regularmente apenas Bebidas e cereais enriquecidos com fibras. Apresentam um efetivo mais jovem considerável (18-39 anos) comparativamente a outros perfis, muito frequentemente solteiros e sem crianças no agregado, com um nível de escolaridade superior e ligeiramente menos frequentemente de nacionalidade portuguesa que os restantes e com um nível. São mais frequentemente que outros da região Norte, um pouco menos da região de Lisboa. Tomam mais frequentemente suplementos e praticam exercício físico, registando uma melhor saúde a nível de hipertensão que outros perfis. Tendem a consumir mais doces do tipo sobremesas e gelados e um pouco menos frequentemente de forma regular a carna de suíno.

O perfil 2 distingue-se por consumir AF, regularmente na sua esmagadora maioria Lacticínios para redução de colesterol e também nalgum grau Leite, ovos e cereais enriquecidos com Omega3 e Lacticínios enriquecidos com cálcio. São mais frequentemente

que outros perfis do género feminino e de idades ou de 40-64 anos ou de 65 anos ou mais, sendo dos que mais frequentemente apresentam um nível de escolaridade no ensino básico. Na sua maioria indivíduos casados, integrando frequentemente agregados de 2 pessoas e da região de Lisboa e Vale do Tejo e registando rendimentos no escalão mais elevado com maior propensão que os restantes perfis. São indivíduos com tendência a apresentar um estado de saúde de menor qualidade, pois registam uma maior prevalência que outros perfis de hipertensão e colesterol elevado, tomando mais frequentemente medicação para ambas estas condições, mas também para doenças cardiovasculares. Indicam consumir regularmente com maior frequência que outros perfis muitos alimentos quer considerados eventualmente mais saudáveis (legumes cozidos, peru, peixes magros), quer menos saudáveis (queijo, doces-sobremesas e gelados, carne de suíno e peixes gordos).

O perfil 1 distingue-se por consumir AF regularmente na sua esmagadora maioria Iogurtes para regulação do trânsito intestinal. São mais frequentemente que outros perfis do género feminino e dos que mais frequentemente apresentam um nível de escolaridade no ensino superior. Residem na sua maioria na região de Lisboa e Vale do Tejo, registando mais frequentemente que outros perfis rendimentos no escalão mais elevado. São indivíduos com tendência a apresentar um estado de saúde com uma ligeira maior prevalência que outros perfis de hipertensão, tomando também mais frequentemente medicação para esta condição. Parecem ser indivíduos com algum cuidado na sua alimentação, consumindo mais frequentemente que outros perfis alimentos considerados eventualmente mais saudáveis (iogurtes, sopa, legumes cozidos, ovos, peixes gordos) e menos frequentemente carne de origens usualmente estimadas menos saudáveis (carne de suíno e de bovino). São dos que registam uma maior frequência de consumo de alimentação vegetariana.

Os perfis 4 e 5 são os que se encontram mais associados a um maior e mais variado consumo de AF, mas são diferentes um do outro.

Assim o perfil 4 consome regularmente na sua maioria Lacticínios enriquecidos com cálcio, sobretudo, e Bebidas e cereais enriquecidos com fibras, mas também regista algum grau de consumo de Lacticínios para redução de colesterol e Leite para regulação do trânsito intestinal. Inclui indivíduos na sua esmagadora maioria do género feminino, mais frequentemente solteiros e menos frequentemente que outros perfis casados. Completaram mais frequentemente que outros perfis o Ensino Secundário, não sendo frequentemente ativos e registando um rendimento de 1001 a 2500 euros ou sobretudo inferior a 1000 euros. Mais de metade dos indivíduos deste perfil declara praticar exercício físico, mas um pouco menos que outros perfis afirmam não ter problemas de obesidade. Indicam consumir regularmente com

maior frequência que outros perfis muitos alimentos quer considerados eventualmente mais saudáveis (leite, iogurtes, legumes cozidos, alface, carne de frango), quer menos saudáveis (queijo, chocolates, outros doces como sobremesas e gelados). Consomem menos frequentemente que outros perfis carne de suíno e de bovino. Consomem nalgum grau leite sem lactose e carnes de aves por recomendação médica.

A esmagadora maioria dos indivíduos do perfil 5 declara consumir regularmente Bebidas e cereais enriquecidos com fibras e Leite, ovos e cereais enriquecidos com Omega3 e nalgum grau de consumo Lacticínios para redução de colesterol, Leite para regulação do trânsito intestinal e Lacticínios enriquecidos com cálcio. São mais frequentemente que outros perfis solteiros e não casados, integrando ou agregados sem crianças ou com 3 pessoas, e residindo menos frequentemente na região de Lisboa e Vale do Tejo. São com maior frequência que outros perfis não-ativos e auferem um rendimento sobretudo de 1001-2500 e menos frequentemente inferior a 1000 euros. Consomem suplementos e praticam exercício físico com maior frequência que outros perfis. Parecem ter menos frequentemente problemas de saúde como hipertensão, doenças cardiovasculares, obesidade, tomando com menor frequência medicação para hipertensão, colesterol ou doenças cardiovasculares. Indicam consumir regularmente com maior frequência que outros perfis muitos alimentos quer considerados eventualmente mais saudáveis (leite, iogurtes, sopa, legumes cozidos, ovos, carne de frango e de peru), quer menos saudáveis (chocolates, outros doces como sobremesas e gelados, carne de bovino e peixes gordos). Consomem menos frequentemente que outros perfis carne de suíno. Consomem nalgum grau carnes de aves por recomendação médica.

Tabela 2 – Características mais relevantes associadas ao Perfil 1 em 6 perfis potenciais, obtidos por Classificação não-hierárquica (*)

Perfil 1	
Alimentos Funcionais	
<i>Nunca Consomem</i>	<i>Consomem Regularmente</i>
Leite, ovos e cereais enriquecidos com Omega3 (99% vs. 92%) Lacticínios para redução de colesterol (91%) Leite para regulação do trânsito intestinal (95%) Lacticínios enriquecidos com cálcio (92%)	Iogurtes para regulação do trânsito intestinal (85% vs. 10%)
Outros tipos de Alimentos	
<i>Nunca Consomem</i>	<i>Consomem Regularmente</i>
Caprino (78% vs. 73%) Coelho (59% vs. 64%) Alimentação vegetariana (69% vs. 78%)	Iogurte (91% vs. 76%) Hortícolas – Sopa (96% vs. 88%) Legumes cozidos (90% vs. 84%) Ovos (85% vs. 79%) Suíno (53% vs. 59%) Bovino (42% vs. 51%) Peixes gordos (85% vs. 76%)
Caracterização socio demográfica	
Género Feminino (77% vs. 54%)	
Região LVT (56% vs. 53%)	
Escolaridade Ens Superior (40% vs. 35%)	
Atividade Profissional Não-Ativo (54% vs. 48%)	
Rendimento 1001-2500 (45% vs. 43%) e inferior a 1000 euros (35% vs. 38%)	
Saúde	
Com hipertensão (29% vs. 23%)	
Toma medicação para hipertensão (26% vs. 20%)	

(*) (% na categoria versus % no total da amostra); assinaladas a amarelo as diferenças mais relevantes em que a % na categoria é inferior à % no total

Tabela 3 – Características mais relevantes associadas ao Perfil 2 em 6 perfis potenciais, obtidos por Classificação não-hierárquica (*)

Perfil 2	
Alimentos Funcionais	
<i>Nunca Consomem</i>	<i>Consomem Regularmente</i>
Iogurtes para regulação do trânsito intestinal (80%) Bebidas e cereais enriquecidos com fibras (78%) Leite, ovos e cereais enriquecidos com Omega3 (80% vs. 92%) Leite para regulação do trânsito intestinal (98%) Lacticínios enriquecidos com cálcio (78% vs. 92%)	Lacticínios para redução de colesterol (76% vs. 4%)
Outros tipos de Alimentos	
<i>Nunca Consomem</i>	<i>Consomem Regularmente</i>
Caprino (58% vs. 73%) Coelho (49% vs. 64%)	Queijo (84% vs. 78%) Legumes cozidos (89% vs. 84%) Doces - Sobremesas, gelados (44% vs. 58%) Peru (80% vs. 66%) Suíno (64% vs. 59%) Peixes magros (89% vs. 81%) Peixes gordos (82% vs. 76%)
Carnes por recomendação médica (76% vs. 90%)	
Caracterização socio demográfica	
Género Feminino (64% vs. 54%)	
Idade sobretudo 40-64 e +65 anos (49% e 44% vs. 38% e 25%)	
Escolaridade no Ensino Básico (36% vs. 32%)	
Estado civil Casado (68% vs. 40%)	
Região LVT (60% vs. 53%)	
Agregado Familiar com 2 pessoas (42% vs. 29%)	
Rendimento superior a 2500 (33% vs. 20%) e 1001-2500 (33% vs. 43%) ou inferior a 1000 euros (33% vs. 38%)	
Saúde	
Com hipertensão (36% vs. 23%)	
Com colesterol (56% vs. 28%)	
Toma medicação para hipertensão (36% vs. 20%)	
Toma medicação para colesterol (33% vs. 16%)	
Toma medicação para doenças cardiovasculares (16% vs. 7%)	

(*) (% na categoria versus % no total da amostra); assinaladas a amarelo as diferenças mais relevantes em que que a % na categoria é inferior à % no total

Tabela 4 – Características mais relevantes associadas ao Perfil 3 em 6 perfis potenciais, obtidos por Classificação não-hierárquica (*)

Perfil 3	
Alimentos Funcionais	
<i>Nunca Consomem</i>	<i>Consomem Regularmente</i>
Iogurtes para regulação do trânsito intestinal (94% vs. 85%) Leite, ovos e cereais enriquecidos com Omega3 (92%) Lacticínios para redução de colesterol (97% vs. 92%) Leite para regulação do trânsito intestinal (99%) Lacticínios enriquecidos com cálcio (93%)	Bebidas e cereais enriquecidos com fibras (66% vs. 16%)
Outros tipos de Alimentos	
<i>Nunca Consomem</i>	<i>Consomem Regularmente</i>
Caprino (67% vs. 73%) Coelho (72% vs. 64%) Alimentação vegetariana (72% vs. 78%)	Doces - Sobremesas, gelados (65% vs. 58%) Suíno (53% vs. 59%)
Carnes de aves por recomendação médica (84% vs. 90%)	
Caracterização socio demográfica	
Idade sobretudo 18-39 e 40-64 anos (42% e 39% vs. 34% e 38%)	
Estado civil Solteiro (40% vs. 32%) ou Casado (39% vs. 40%)	
Nacionalidade PT (88% vs. 94%)	
Região Norte (32% vs. 24%) e LVT (48% vs. 53%)	
Escolaridade Ens Superior (49% vs. 35%)	
Agregado Familiar Sem Crianças (76% vs. 69%)	
Rendimento superior a 2500 (26% vs. 20%) ou 1001-2500 (42% vs. 43%) e inferior a 1000 euros (32% vs. 38%)	
Saúde	
Não Toma Suplementos (65% vs. 77%)	
Pratica Exercício físico (63% vs. 49%)	
Sem hipertensão (87% vs. 77%)	
Toma medicação para hipertensão (11% vs. 20%)	

(*) (% na categoria versus % no total da amostra); assinaladas a amarelo as diferenças mais relevantes em que que a % na categoria é inferior à % no total

Tabela 5 – Características mais relevantes associadas ao Perfil 4 em 6 perfis potenciais, obtidos por Classificação não-hierárquica (*)

Perfil 4	
Alimentos Funcionais	
<i>Nunca Consomem</i>	<i>Consomem Regularmente</i>
Lacticínios para redução de colesterol (60% vs. 92%)	Bebidas e cereais enriquecidos com fibras (64% vs. 16%)
Leite para regulação do trânsito intestinal (66% vs. 97%)	Lacticínios enriquecidos com cálcio (88% vs. 5%)
Outros tipos de Alimentos	
<i>Nunca Consomem</i>	<i>Consomem Regularmente</i>
Caprino (57% vs. 73%)	Leite (86% vs. 71%)
Coelho (57% vs. 64%)	Iogurte (94% vs. 76%)
Alimentação vegetariana (63% vs. 78%)	Queijo (88% vs. 78%)
	Legumes cozidos (92% vs. 84%)
	Alface (98% vs. 92%)
	Chocolates (54% vs. 45%)
	Doces - Sobremesas, gelados (63% vs. 58%)
	Frango (96% vs. 89%)
	Suíno (54% vs. 59%)
	Bovino (44% vs. 51%)
Leite sem lactose (70% vs. 95%)	
Carnes de aves por recomendação médica (63% vs. 90%)	
Caracterização socio demográfica	
Género Feminino (70% vs. 54%)	
Estado civil Solteiro (40% vs. 32%) ou Casado (30% vs. 40%)	
Região Norte (30% vs. 24%) e LVT (50% vs. 53%)	
Escolaridade Ens Secundário (44% vs. 31%)	
Atividade Profissional Não-Ativo (54% vs. 48%)	
Rendimento sobretudo inferior a 1000 euros (47% vs. 38%) e 1001-2500 (40% vs. 43%)	
Saúde	
Exercício físico Sim (54% vs. 49%)	
Sem obesidade (84% vs. 90%)	

(*) (% na categoria versus % no total da amostra); assinaladas a amarelo as diferenças mais relevantes em que a % na categoria é inferior à % no total

Tabela 6 – Características mais relevantes associadas ao Perfil 5 em 6 perfis potenciais, obtidos por Classificação não-hierárquica (*)

Perfil 5	
Alimentos Funcionais	
<i>Nunca Consomem</i>	<i>Consomem Regularmente</i>
Lacticínios para redução de colesterol (82% vs. 92%)	Bebidas e cereais enriquecidos com fibras (89% vs. 16%)
Leite para regulação do trânsito intestinal (82% vs. 97%)	Leite, ovos e cereais enriquecidos com Omega3 (79% vs. 4%)
Lacticínios enriquecidos com cálcio (93%)	
Outros tipos de Alimentos	
<i>Nunca Consomem</i>	<i>Consomem Regularmente</i>
Caprino (64% vs. 73%)	Leite (79% vs. 71%) Iogurte (93% vs. 76%) Hortícolas – Sopa (82% vs. 88%) Legumes cozidos (93% vs. 84%) Chocolates (54% vs. 45%) Doces - Sobremesas, gelados (64% vs. 58%) Ovos (96% vs. 79%) Frango (93%) Peru (75% vs. 66%) Suíno (54% vs. 59%) Bovino (57% vs. 51%) Peixes gordos (89% vs. 76%)
Carnes de aves por recomendação médica (68% vs. 90%)	
Caracterização socio demográfica	
Estado civil Solteiro (46% vs. 32%) ou Casado (21% vs. 40%)	
Região Norte (29% vs. 24%) e LVT (39% vs. 53%)	
Atividade Profissional Não-Ativo (54% vs. 48%)	
Agregado Familiar Sem Crianças (75% vs. 69%)	
Agregado Familiar com 3 pessoas (54% vs. 32%)	
Rendimento sobretudo 1001-2500 (48% vs. 43%) e inferior a 1000 euros (33% vs. 38%)	
Saúde	
Suplemento Não (64% vs. 77%)	
Alimentação muito importante para saúde (82% vs. 92%)	
Exercício físico Sim (68% vs. 49%)	
Sem hipertensão (89% vs. 77%)	
Sem doenças cardiovasculares (96% vs. 88%)	
Sem obesidade (96% vs. 90%)	
Toma medicação para hipertensão (7% vs. 20%)	
Toma medicação para colesterol (7% vs. 16%)	
Toma medicação para doenças cardiovasculares (0% vs. 7%)	

(*) (% na categoria versus % no total da amostra); assinaladas a amarelo as diferenças mais relevantes em que que a % na categoria é inferior à % no total

Tabela 7 – Características mais relevantes associadas ao Perfil 6 em 6 perfis potenciais, obtidos por Classificação não-hierárquica (*)

Perfil 6	
Alimentos Funcionais	
<i>Nunca Consomem</i>	<i>Consomem Regularmente</i>
Iogurtes para regulação do trânsito intestinal (98% vs. 85%) Bebidas e cereais enriquecidos com fibras (100% vs. 77%) Leite, ovos e cereais enriquecidos com Omega3 (98% vs. 92%) Lacticínios para redução de colesterol (99% vs. 92%) Leite para regulação do trânsito intestinal (100%) Lacticínios enriquecidos com cálcio (98% vs. 92%)	
Outros tipos de Alimentos	
<i>Nunca Consomem</i>	<i>Consomem Regularmente</i>
	Iogurte (72% vs. %s acima de 78%)
Carnes de aves por recomendação médica (95% vs. 90%)	
Caracterização socio demográfica	
Região Norte (22%) e LVT (53%)	
Escolaridade no Ensino Básico (34%), seguida de Ensino Superior (33%) e Ensino Secundário (31%)	
Rendimento sobretudo 1001-2500 e inferior a 1000 euros (43% e 39%)	

(*) (% na categoria versus % no total da amostra); assinaladas a amarelo as diferenças mais relevantes em que a % na categoria é inferior à % no total

Tabelas de frequências (absolutas e percentagens)

		Freq	%
Iogurte para regulação do trânsito intestinal	Saúde Iogurte Nunca	1026	84,5%
	Saúde Iogurte Esporádico	68	5,6%
	Saúde Iogurte Regular	120	9,9%
	Total	1214	100,0%
Bebidas e cereais enriquecidos com fibras	Saúde Bebida Cerais Nunca	931	76,8%
	Saúde Bebida Cerais Esporádico	92	7,6%
	Saúde Bebida Cerais Regular	189	15,6%
	Total	1212	100,0%
Leite, ovos e cereais enriquecidos com Omega3	Saúde Omega3 Nunca	1109	91,9%
	Saúde Omega3 Esporádico	45	3,7%
	Saúde Omega3 Regular	53	4,4%
	Total	1207	100,0%
Lacticínios para redução de colesterol	Saúde Lat Colesterol Nunca	1117	92,1%
	Saúde Lat Colesterol Esporádico	45	3,7%
	Saúde Lat Colesterol Regular	51	4,2%
	Total	1213	100,0%
Leite para regulação do trânsito intestinal	Saúde Leite reg intestinal Nunca	1180	97,4%
	Saúde Leite reg intestinal Esporádico	20	1,7%
	Saúde Leite reg intestinal Regular	12	1,0%
	Total	1212	100,0%
Leite sem lactose	Saúde Leite sem lactose Nunca	1145	94,5%
	Saúde Leite sem lactose Esporádico	26	2,1%
	Saúde Leite sem lactose Regular	41	3,4%
	Total	1212	100,0%
Lacticínios enriquecidos com cálcio	Saúde Lat Cálcio Nunca	1113	91,8%
	Saúde Lat Cálcio Esporádico	34	2,8%
	Saúde Lat Cálcio Regular	65	5,4%
	Total	1212	100,0%
Carne de aves por recomendação médica	Saúde Aves rec med Nunca	1089	89,9%
	Saúde Aves rec med Esporádico	16	1,3%
	Saúde Aves rec med Regular	107	8,8%
	Total	1212	100,0%

		Freq	%
Alimento Lacticínios - Leite	Al Leite Nunca	307	25,3%
	Al Leite Esporádico	37	3,0%
	Al Leite Regular	871	71,7%
	Total	1215	100,0%
Alimento Lacticínios - Iogurte	Al Iogurte Nunca	216	17,7%
	Al Iogurte Esporádico	75	6,2%
	Al Iogurte Regular	928	76,1%
	Total	1219	100,0%
Alimento Lacticínios - Queijo	Al Queijo Nunca	181	14,9%
	Al Queijo Esporádico	85	7,0%
	Al Queijo Regular	950	78,1%
	Total	1216	100,0%
Alimento Leguminosas - Sopa ou prato	Al Leguminosa Nunca	85	7,0%
	Al Leguminosa Esporádico	137	11,3%
	Al Leguminosa Regular	988	81,7%
	Total	1210	100,0%
Alimento Hortícolas - Sopa	Al Sopa Nunca	84	6,9%
	Al Sopa Esporádico	63	5,2%
	Al Sopa Regular	1069	87,9%
	Total	1216	100,0%
Alimento Hortícolas - Legumes cozidos	Al Legumes Cz Nunca	96	7,9%
	Al Legumes Cz Esporádico	97	8,0%
	Al Legumes Cz Regular	1024	84,1%
	Total	1217	100,0%
Alimento Hortícolas - Alface	Al Alface Nunca	56	4,6%
	Al Alface Esporádico	36	3,0%
	Al Alface Regular	1119	92,4%
	Total	1211	100,0%
Alimento Fruta Fresca	Al Fruta Nunca	26	2,1%
	Al Fruta Esporádico	23	1,9%
	Al Fruta Regular	1167	96,0%
	Total	1216	100,0%
Alimento Doces - Chocolates	Al Chocolates Nunca	434	35,7%
	Al Chocolates Esporádico	230	18,9%
	Al Chocolates Regular	553	45,4%
	Total	1217	100,0%
Alimento Doces - Sobremesas, gelados, outros	Al Outros Doces Nunca	312	25,7%
	Al Outros Doces Esporádico	203	16,7%
	Al Outros Doces Regular	701	57,6%
	Total	1216	100,0%

		Freq	%
Alimento Proteína - Ovos	Al Ovos Nunca	85	7,0%
	Al Ovos Esporádico	170	14,0%
	Al Ovos Regular	962	79,0%
	Total	1217	100,0%
Alimento Proteína - Frango	Al Frango Nunca	58	4,8%
	Al Frango Esporádico	72	5,9%
	Al Frango Regular	1084	89,3%
	Total	1214	100,0%
Alimento Proteína - Peru	Al Peru Nunca	253	20,9%
	Al Peru Esporádico	161	13,3%
	Al Peru Regular	797	65,8%
	Total	1211	100,0%
Alimento Proteína - Suíno	Al Suíno Nunca	297	24,5%
	Al Suíno Esporádico	196	16,1%
	Al Suíno Regular	721	59,4%
	Total	1214	100,0%
Alimento Proteína - Bovino	Al Bovino Nunca	334	27,6%
	Al Bovino Esporádico	255	21,0%
	Al Bovino Regular	623	51,4%
	Total	1212	100,0%
Alimento Proteína - Equino	Al Equino Nunca	1185	97,8%
	Al Equino Esporádico	12	1,0%
	Al Equino Regular	15	1,2%
	Total	1212	100,0%
Alimento Proteína - Caprino	Al Caprino Nunca	884	72,8%
	Al Caprino Esporádico	232	19,1%
	Al Caprino Regular	98	8,1%
	Total	1214	100,0%
Alimento Proteína - Coelho	Al Coelho Nunca	772	63,9%
	Al Coelho Esporádico	289	23,9%
	Al Coelho Regular	148	12,2%
	Total	1209	100,0%
Alimento Proteína - Peixes magros	Al Peixe Magro Nunca	115	9,5%
	Al Peixe Magro Esporádico	116	9,5%
	Al Peixe Magro Regular	985	81,0%
	Total	1216	100,0%
Alimento Proteína - Peixes gordos	Al Peixe Gordo Nunca	153	12,6%
	Al Peixe Gordo Esporádico	136	11,2%
	Al Peixe Gordo Regular	925	76,2%
	Total	1214	100,0%
Alimento Vegetariano	Al Vegetariano Nunca	949	78,3%
	Al Vegetariano Esporádico	100	8,3%
	Al Vegetariano Regular	163	13,4%
	Total	1212	100,0%

		Freq	%
Alimentação importante para saúde	Al Saúde Nada Pouco importante	4	0,4%
	Al Saúde Alguma importância	92	8,2%
	Al Saúde Muito Importante	1027	91,5%
	Total	1123	100,0%
Suplemento alimentar	Suplemento Sim	280	23,2%
	Suplemento Não	925	76,8%
	Total	1205	100,0%
Exercício físico	Exercício Fis Sim	602	49,4%
	Exercício Fis Não	616	50,6%
	Total	1218	100,0%

		Freq	%
Hipertensão	D Hipertensão Sim	273	22,8%
	D Hipertensão Não	924	77,2%
	Total	1197	100,0%
Colesterol	D Colesterol Sim	327	27,8%
	D Colesterol Não	848	72,2%
	Total	1175	100,0%
Diabetes tipo II	D Diabetes T2 Sim	84	7,0%
	D Diabetes T2 Não	1108	93,0%
	Total	1192	100,0%
Doenças cardiovasculares	D Cardiovasc Sim	145	12,1%
	D Cardiovasc Não	1056	87,9%
	Total	1201	100,0%
Obesidade	D Obesidade Sim	114	9,7%
	D Obesidade Não	1059	90,3%
	Total	1173	100,0%

		Freq	%
Hipertensão medicação	D Hipertensão Med NS/NR	923	75,6%
	D Hipertensão Med Sim	247	20,2%
	D Hipertensão Med Não	51	4,2%
	Total	1221	100,0%
Colesterol medicação	D Colesterol Med NS/NR	901	73,8%
	D Colesterol Med Sim	199	16,3%
	D Colesterol Med Não	121	9,9%
	Total	1221	100,0%
Diabetes tipo II medicação	D Diabetes T2 Med NS/NR	1108	90,7%
	D Diabetes T2 Med Sim	69	5,7%
	D Diabetes T2 Med Não	44	3,6%
	Total	1221	100,0%
Doenças cardiovasculares medicação	D Cardiovasc Med NS/NR	1066	87,3%
	D Cardiovasc Med Sim	89	7,3%
	D Cardiovasc Med Não	66	5,4%
	Total	1221	100,0%
Obesidade medicação	D Obesidade Med NS/NR	1130	92,5%
	D Obesidade Med Sim	15	1,2%
	D Obesidade Med Não	76	6,2%
	Total	1221	100,0%

		Freq	%
Género	Gen Feminino	667	54,6%
	Gen Masculino	554	45,4%
	Total	1221	100,0%
Idade (4 faixas etárias)	Idade <18	41	3,4%
	Idade 18-39	407	33,3%
	Idade 40-64	460	37,7%
	Idade >=65	313	25,6%
	Total	1221	100,0%
Estado civil	Est civil Solteiro	386	31,9%
	Est civil Casado	481	39,8%
	Est civil União de fato	97	8,0%
	Est civil Divorciado	136	11,2%
	Est civil Viúvo	109	9,0%
	Total	1209	100,0%
Nacionalidade	Nacionalidade PT	1143	94,2%
	Nacionalidade Outra	70	5,8%
	Total	1213	100,0%
Estado civil	Região Norte	290	23,8%
	Região Centro	154	12,6%
	Região LVT	646	52,9%
	Região Alentejo	56	4,6%
	Região Algarve	75	6,1%
	Total	1221	100,0%
Escolaridade	Escol Ens básico	396	32,4%
	Escol Ens 2ario	374	30,6%
	Escol Ens superior	428	35,1%
	Escol Outra/NS/NR	23	1,9%
	Total	1221	100,0%
Atividade Profissional	Ativ Profiss Ativo	609	49,9%
	Ativ Profiss Não Ativo	597	48,9%
	Ativ Profiss Outra/NS/NR	15	1,2%
	Total	1221	100,0%
Carga horária	Carga horaria <=39 h	185	30,4%
	Carga horaria 40-44 h	240	39,5%
	Carga horaria 45+ h	183	30,1%
	Total	608	100,0%
Crianças no Agregado Familiar	Ag Fam Com Crianças	379	31,0%
	Ag Fam Sem Crianças	842	69,0%
	Total	1221	100,0%
Pessoas no Agregado Familiar	Ag Familiar 1	294	24,1%
	Ag Familiar 2	352	28,8%
	Ag Familiar 3	382	31,3%
	Ag Familiar 4+	193	15,8%
	Total	1221	100,0%
Rendimento	Rendimento <=1000 eur	327	37,8%
	Rendimento 1001-2500 eur	367	42,5%
	Rendimento 2501+ eur	170	19,7%
	Total	864	100,0%

Partição de 6 classes da classificação não-hierárquica - Tabelas de cruzamento, testes de qui-quadrado e medidas de associação

Nos *outputs* seguintes foram assinalados:

- A verde todos os valores dos resíduos e das medidas de associação mais relevantes,
- A amarelo os valores importantes, mas em que os resultados não são coerentes em todas as metodologias aplicadas
- A vermelho as variáveis e os valores das medidas de associação que indiciam não se encontrarem diferenças tão relevantes
- A negrito os valores das percentagens mais pertinentes.

ALIMENTOS FUNCIONAIS

Iogurte para regulação do trânsito intestinal * Partição de 6 perfis potenciais

			Crosstab						
			Partição de 6 perfis potenciais						
			1	2	3	4	5	6	Total
Iogurte para regulação do trânsito intestinal	AF Iogurte Reg Nunca	Count	0	36	129	17	12	818	1012
		% within Partição de 6 perfis potenciais	0,0%	80,0%	94,2%	34,0%	42,9%	98,1%	84,8%
		Adjusted Residual	-24,6	-,9	3,3	-10,2	-6,2	19,5	
	AF Iogurte Reg Esporádico	Count	15	4	8	16	7	16	66
		% within Partição de 6 perfis potenciais	15,0%	8,9%	5,8%	32,0%	25,0%	1,9%	5,5%
		Adjusted Residual	4,3	1,0	,2	8,4	4,6	-8,3	
	AF Iogurte Reg Regular	Count	85	5	0	17	9	0	116
		% within Partição de 6 perfis potenciais	85,0%	11,1%	0,0%	34,0%	32,1%	0,0%	9,7%
		Adjusted Residual	26,6	,3	-4,1	5,9	4,1	-17,3	
Total	Count	100	45	137	50	28	834	1194	
	% within Partição de 6 perfis potenciais	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	966,866 ^a	10	,000
Likelihood Ratio	726,709	10	,000
Linear-by-Linear Association	519,551	1	,000
N of Valid Cases	1194		

a. 6 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,55.

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	,900	,000
	Cramer's V	,636	,000
	Contingency Coefficient	,669	,000
N of Valid Cases		1194	

Bebidas e cereais enriquecidos com fibras * Partição de 6 perfis potenciais

Crosstab

			Partição de 6 perfis potenciais						
			1	2	3	4	5	6	Total
Bebidas e cereais enriquecidos com fibras	AF Fibras Nunca	Count	43	35	0	5	1	834	918
		% within Partição de 6 perfis potenciais	43,0%	77,8%	0,0%	10,0%	3,6%	100,0%	76,9%
		Adjusted Residual	-8,4	,1	-22,7	-11,5	-9,3	28,8	
	AF Fibras Esporádico	Count	24	4	47	13	2	0	90
		% within Partição de 6 perfis potenciais	24,0%	8,9%	34,3%	26,0%	7,1%	0,0%	7,5%
		Adjusted Residual	6,5	,3	12,6	5,1	-,1	-15,0	
	AF Fibras Regular	Count	33	6	90	32	25	0	186
		% within Partição de 6 perfis potenciais	33,0%	13,3%	65,7%	64,0%	89,3%	0,0%	15,6%
		Adjusted Residual	5,0	-,4	17,2	9,6	10,9	-22,6	
Total	Count	100	45	137	50	28	834	1194	
	% within Partição de 6 perfis potenciais	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	1022,018 ^a	10	,000
Likelihood Ratio	1078,553	10	,000
Linear-by-Linear Association	457,579	1	,000
N of Valid Cases	1194		

a. 4 cells (22,2%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,11.

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	,925	,000
	Cramer's V	,654	,000
	Contingency Coefficient	,679	,000
N of Valid Cases		1194	

Leite, ovos e cereais enriquecidos com Omega3 * Partição de 6 perfis potenciais

Crosstab

			Partição de 6 perfis potenciais						
			1	2	3	4	5	6	Total
Leite, ovos e cereais enriquecidos com Omega3	AF Omega3 Nunca	Count	99	36	126	19	0	821	1101
		% within Partição de 6 perfis potenciais	99,0%	80,0%	92,0%	38,0%	0,0%	98,4%	92,2%
		Adjusted Residual	2,6	-3,1	-,1	-14,6	-18,4	12,2	
	AF Omega3 Esporádico	Count	1	5	11	12	6	8	43
		% within Partição de 6 perfis potenciais	1,0%	11,1%	8,0%	24,0%	21,4%	1,0%	3,6%
		Adjusted Residual	-1,5	2,8	3,0	7,9	5,1	-7,5	
	AF Omega3 Regular	Count	0	4	0	19	22	5	50
		% within Partição de 6 perfis potenciais	0,0%	8,9%	0,0%	38,0%	78,6%	0,6%	4,2%
		Adjusted Residual	-2,2	1,6	-2,6	12,2	19,9	-9,4	
Total	Count	100	45	137	50	28	834	1194	
	% within Partição de 6 perfis potenciais	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	705,927 ^a	10	,000
Likelihood Ratio	348,341	10	,000
Linear-by-Linear Association	13,582	1	,000
N of Valid Cases	1194		

a. 9 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,01.

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	,769	,000
	Cramer's V	,544	,000
	Contingency Coefficient	,610	,000
N of Valid Cases		1194	

Lactícínios para redução de colesterol * Partição de 6 perfis potenciais

Crosstab

		Partição de 6 perfis potenciais						Total	
		1	2	3	4	5	6		
Lactícínios para redução de colesterol	AF Lat Colest Nunca	Count	91	0	133	30	23	824	1101
		% within Partição de 6 perfis potenciais	91,0%	0,0%	97,1%	60,0%	82,1%	98,8%	92,2%
		Adjusted Residual	-,5	-23,5	2,3	-8,7	-2,0	12,9	
	AF Lat Colest Esporádico	Count	8	11	4	10	1	10	44
		% within Partição de 6 perfis potenciais	8,0%	24,4%	2,9%	20,0%	3,6%	1,2%	3,7%
		Adjusted Residual	2,4	7,5	-,5	6,3	,0	-6,9	
	AF Lat Colest Regular	Count	1	34	0	10	4	0	49
		% within Partição de 6 perfis potenciais	1,0%	75,6%	0,0%	20,0%	14,3%	0,0%	4,1%
		Adjusted Residual	-1,6	24,6	-2,6	5,8	2,7	-10,9	
Total	Count	100	45	137	50	28	834	1194	
	% within Partição de 6 perfis potenciais	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	799,596 ^a	10	,000
Likelihood Ratio	394,324	10	,000
Linear-by-Linear Association	141,937	1	,000
N of Valid Cases	1194		

a. 8 cells (44,4%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,03.

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	,818	,000
	Cramer's V	,579	,000
	Contingency Coefficient	,633	,000
N of Valid Cases		1194	

Leite para regulação do trânsito intestinal * Partição de 6 perfis potenciais

Crosstab

		Partição de 6 perfis potenciais						Total	
		1	2	3	4	5	6		
Leite para regulação do trânsito intestinal	AF Leite Reg Nunca	Count	95	44	135	33	23	833	1163
		% within Partição de 6 perfis potenciais	95,0%	97,8%	98,5%	66,0%	82,1%	99,9%	97,4%
		Adjusted Residual	-1,6	,2	,9	-14,3	-5,1	8,2	
	AF Leite Reg Esporádico	Count	4	1	1	9	3	1	19
		% within Partição de 6 perfis potenciais	4,0%	2,2%	0,7%	18,0%	10,7%	0,1%	1,6%
		Adjusted Residual	2,0	,3	-,9	9,5	3,9	-6,2	
	AF Leite Reg Regular	Count	1	0	1	8	2	0	12
		% within Partição de 6 perfis potenciais	1,0%	0,0%	0,7%	16,0%	7,1%	0,0%	1,0%
		Adjusted Residual	,0	-,7	-,3	10,9	3,3	-5,3	
Total	Count	100	45	137	50	28	834	1194	
	% within Partição de 6 perfis potenciais	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	252,619 ^a	10	,000
Likelihood Ratio	114,918	10	,000
Linear-by-Linear Association	16,693	1	,000
N of Valid Cases	1194		

a. 10 cells (55,6%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,28.

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	,460	,000
	Cramer's V	,325	,000
	Contingency Coefficient	,418	,000
N of Valid Cases		1194	

Lactícínios enriquecidos com cálcio * Partição de 6 perfis potenciais

Crosstab

		Partição de 6 perfis potenciais						Total	
		1	2	3	4	5	6		
Lactícínios enriquecidos AF Lat Cálcio Nunca com cálcio	Count	92	35	127	0	26	819	1099	
	% within Partição de 6 perfis potenciais	92,0%	77,8%	92,7%	0,0%	92,9%	98,2%	92,0%	
	Adjusted Residual	,0	3,6	,3	-24,6	,2	12,0		
	AF Lat Cálcio Esporádico	Count	4	3	10	6	2	8	33
	% within Partição de 6 perfis potenciais	4,0%	6,7%	7,3%	12,0%	7,1%	1,0%	2,8%	
	Adjusted Residual	,8	1,6	3,4	4,1	1,4	-5,8		
	AF Lat Cálcio Regular	Count	4	7	0	44	0	7	62
	% within Partição de 6 perfis potenciais	4,0%	15,6%	0,0%	88,0%	0,0%	0,8%	5,2%	
	Adjusted Residual	-,6	3,2	-2,9	27,0	-1,3	-10,3		
Total	Count	100	45	137	50	28	834	1194	
	% within Partição de 6 perfis potenciais	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	799,748 ^a	10	,000
Likelihood Ratio	365,422	10	,000
Linear-by-Linear Association	46,984	1	,000
N of Valid Cases	1194		

a. 8 cells (44,4%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,77.

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	,818	,000
	Cramer's V	,579	,000
	Contingency Coefficient	,633	,000
N of Valid Cases		1194	

ALIMENTAÇÃO MAIS E MENOS SAUDÁVEL

Alimento Laticínios - Leite * Partição de 6 perfis potenciais

Crosstab

			Partição de 6 perfis potenciais						Total
			1	2	3	4	5	6	
Alimento Laticínios - Leite	Al Leite Nunca	Count	24	9	43	7	5	216	304
		% within Partição de 6 perfis potenciais	24,2%	20,0%	31,4%	14,0%	17,9%	26,0%	25,6%
		Adjusted Residual	-,3	-,9	1,7	-1,9	-,9	,5	
	Al Leite Esporádico	Count	5	2	4	0	1	25	37
		% within Partição de 6 perfis potenciais	5,1%	4,4%	2,9%	0,0%	3,6%	3,0%	3,1%
		Adjusted Residual	1,2	,5	-,1	-1,3	,1	-,3	
	Al Leite Regular	Count	70	34	90	43	22	589	848
		% within Partição de 6 perfis potenciais	70,7%	75,6%	65,7%	86,0%	78,6%	71,0%	71,3%
		Adjusted Residual	-,1	,6	-1,5	2,3	,9	-,4	
Total	Count	99	45	137	50	28	830	1189	
	% within Partição de 6 perfis potenciais	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	11,292 ^a	10	,335
Likelihood Ratio	13,058	10	,220
Linear-by-Linear Association	,008	1	,929
N of Valid Cases	1189		

a. 5 cells (27,8%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,87.

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	,097	,335
	Cramer's V	,069	,335
	Contingency Coefficient	,097	,335
N of Valid Cases		1189	

Alimento Laticínios - Iogurte * Partição de 6 perfis potenciais

Crosstab

			Partição de 6 perfis potenciais						Total
			1	2	3	4	5	6	
Alimento Laticínios - Iogurte	Al Iogurte Nunca	Count	4	7	21	2	1	178	213
		% within Partição de 6 perfis potenciais	4,0%	15,6%	15,3%	4,0%	3,6%	21,4%	17,9%
		Adjusted Residual	3,8	-,4	-,8	-2,6	-2,0	4,8	
	Al Iogurte Esporádico	Count	5	2	8	1	1	54	71
		% within Partição de 6 perfis potenciais	5,0%	4,4%	5,8%	2,0%	3,6%	6,5%	6,0%
		Adjusted Residual	-,4	-,4	-,1	-1,2	-,5	1,2	
	Al Iogurte Regular	Count	91	36	108	47	26	601	909
		% within Partição de 6 perfis potenciais	91,0%	80,0%	78,8%	94,0%	92,9%	72,1%	76,2%
		Adjusted Residual	3,6	,6	,8	3,0	2,1	-5,0	
Total	Count	100	45	137	50	28	833	1193	
	% within Partição de 6 perfis potenciais	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	35,987 ^a	10	,000
Likelihood Ratio	44,905	10	,000
Linear-by-Linear Association	22,576	1	,000
N of Valid Cases	1193		

a. 4 cells (22,2%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,67.

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	,174	,000
	Cramer's V	,123	,000
	Contingency Coefficient	,171	,000
N of Valid Cases		1193	

Alimento Lactínicos - Queijo * Partição de 6 perfis potenciais

Crosstab

			Partição de 6 perfis potenciais						
			1	2	3	4	5	6	Total
Alimento Lactínicos - Queijo	Al Queijo Nunca	Count	15	5	20	2	5	130	177
		% within Partição de 6 perfis potenciais	15,0%	11,1%	14,6%	4,0%	17,9%	15,7%	14,9%
		Adjusted Residual	,0	-,7	-,1	-2,2	,4	1,2	
	Al Queijo Esporádico	Count	7	2	6	4	1	63	83
		% within Partição de 6 perfis potenciais	7,0%	4,4%	4,4%	8,0%	3,6%	7,6%	7,0%
		Adjusted Residual	,0	-,7	-1,3	,3	-,7	1,3	
	Al Queijo Regular	Count	78	38	111	44	22	637	930
		% within Partição de 6 perfis potenciais	78,0%	84,4%	81,0%	88,0%	78,6%	76,7%	78,2%
		Adjusted Residual	,0	1,0	,9	1,7	,1	-1,8	
Total	Count	100	45	137	50	28	830	1190	
	% within Partição de 6 perfis potenciais	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,857 ^a	10	,546
Likelihood Ratio	10,849	10	,369
Linear-by-Linear Association	1,354	1	,245
N of Valid Cases	1190		

a. 4 cells (22,2%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,95.

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	,086	,546
	Cramer's V	,061	,546
	Contingency Coefficient	,086	,546
N of Valid Cases		1190	

Alimento Leguminosas - Sopa ou prato * Partição de 6 perfis potenciais

Crosstab

		Partição de 6 perfis potenciais						Total
		1	2	3	4	5	6	
Alimento Leguminosas - Al Leguminosa Nunca Sopa ou prato	Count	4	3	10	3	2	62	84
	% within Partição de 6 perfis potenciais	4,0%	6,7%	7,4%	6,0%	7,1%	7,5%	7,1%
	Adjusted Residual	-1,3	-,1	,1	-,3	,0	,8	
Al Leguminosa Esporádico	Count	10	6	20	5	2	91	134
	% within Partição de 6 perfis potenciais	10,0%	13,3%	14,7%	10,0%	7,1%	11,0%	11,3%
	Adjusted Residual	-,4	,4	1,3	-,3	-,7	-,5	
Al Leguminosa Regular	Count	86	36	106	42	24	673	967
	% within Partição de 6 perfis potenciais	86,0%	80,0%	77,9%	84,0%	85,7%	81,5%	81,6%
	Adjusted Residual	1,2	-,3	-1,2	,4	,6	-,2	
Total	Count	100	45	136	50	28	826	1185
	% within Partição de 6 perfis potenciais	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,497 ^a	10	,922
Likelihood Ratio	4,694	10	,911
Linear-by-Linear Association	,503	1	,478
N of Valid Cases	1185		

a. 4 cells (22,2%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,98.

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	,062	,922
	Cramer's V	,044	,922
	Contingency Coefficient	,061	,922
N of Valid Cases		1185	

Alimento Hortícolas - Sopa * Partição de 6 perfis potenciais

Crosstab

			Partição de 6 perfis potenciais						
			1	2	3	4	5	6	Total
Alimento Hortícolas - Sopa	Al Sopa Nunca	Count	3	2	7	2	4	66	84
		% within Partição de 6 perfis potenciais	3,0%	4,4%	5,1%	4,1%	14,3%	7,9%	7,1%
		Adjusted Residual	-1,7	-,7	-,9	-,8	1,5	1,8	
	Al Sopa Esporádico	Count	1	2	12	3	1	42	61
		% within Partição de 6 perfis potenciais	1,0%	4,4%	8,8%	6,1%	3,6%	5,1%	5,1%
		Adjusted Residual	-2,0	-,2	2,0	,3	-,4	-,2	
	Al Sopa Regular	Count	96	41	118	44	23	723	1045
		% within Partição de 6 perfis potenciais	96,0%	91,1%	86,1%	89,8%	82,1%	87,0%	87,8%
		Adjusted Residual	2,6	,7	-,6	,4	-,9	-,1,3	
Total	Count	100	45	137	49	28	831	1190	
	% within Partição de 6 perfis potenciais	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	15,287 ^a	10	,122
Likelihood Ratio	16,709	10	,081
Linear-by-Linear Association	5,403	1	,020
N of Valid Cases	1190		

a. 6 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,44.

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	,113	,122
	Cramer's V	,080	,122
	Contingency Coefficient	,113	,122
N of Valid Cases		1190	

Alimento Hortícolas - Legumes cozidos * Partição de 6 perfis potenciais

Crosstab

		Partição de 6 perfis potenciais						Total	
		1	2	3	4	5	6		
Alimento Hortícolas - Legumes cozidos	Al Legumes Cz Nunca	Count	4	1	12	2	0	75	94
		% within Partição de 6 perfis potenciais	4,0%	2,2%	8,8%	4,0%	0,0%	9,0%	7,9%
		Adjusted Residual	-1,5	-1,4	,4	-1,0	-1,6	2,2	
	Al Legumes Cz Esporádico	Count	6	4	8	2	2	73	95
		% within Partição de 6 perfis potenciais	6,0%	8,9%	5,8%	4,0%	7,1%	8,8%	8,0%
		Adjusted Residual	-,8	,2	-1,0	-1,1	-,2	1,6	
	Al Legumes Cz Regular	Count	90	40	117	46	26	683	1002
		% within Partição de 6 perfis potenciais	90,0%	88,9%	85,4%	92,0%	92,9%	82,2%	84,1%
		Adjusted Residual	1,7	,9	,4	1,6	1,3	-2,8	
Total	Count	100	45	137	50	28	831	1191	
	% within Partição de 6 perfis potenciais	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)
Pearson Chi-Square	12,971 ^a	10	,225
Likelihood Ratio	16,796	10	,079
Linear-by-Linear Association	6,298	1	,012
N of Valid Cases	1191		

a. 6 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,21.

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	,104	,225
	Cramer's V	,074	,225
	Contingency Coefficient	,104	,225
N of Valid Cases		1191	

Alimento Hortícolas - Alface * Partição de 6 perfis potenciais

Crosstab

			Partição de 6 perfis potenciais						
			1	2	3	4	5	6	Total
Alimento Hortícolas - Alface	Al Alface Nunca	Count	3	1	5	1	2	43	55
		% within Partição de 6 perfis potenciais	3,0%	2,2%	3,6%	2,0%	7,1%	5,2%	4,6%
		Adjusted Residual	-,8	-,8	-,6	-,9	,6	1,4	
	Al Alface Esporádico	Count	3	2	3	0	0	27	35
		% within Partição de 6 perfis potenciais	3,0%	4,4%	2,2%	0,0%	0,0%	3,3%	3,0%
		Adjusted Residual	,0	,6	-,6	-1,3	-,9	1,0	
	Al Alface Regular	Count	93	42	129	49	26	757	1096
		% within Partição de 6 perfis potenciais	93,9%	93,3%	94,2%	98,0%	92,9%	91,5%	92,4%
		Adjusted Residual	,6	,2	,8	1,5	,1	-1,7	
Total		Count	99	45	137	50	28	827	1186
		% within Partição de 6 perfis potenciais	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,600 ^a	10	,763
Likelihood Ratio	9,236	10	,510
Linear-by-Linear Association	2,391	1	,122
N of Valid Cases	1186		

a. 9 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,83.

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	,075	,763
	Cramer's V	,053	,763
	Contingency Coefficient	,074	,763
N of Valid Cases		1186	

Alimento Fruta Fresca * Partição de 6 perfis potenciais

Crosstab

		Partição de 6 perfis potenciais						Total	
		1	2	3	4	5	6		
Alimento Fruta Fresca	AI Fruta Nunca	Count	1	0	2	1	1	21	26
	% within Partição de 6 perfis potenciais		1,0%	0,0%	1,5%	2,0%	3,6%	2,5%	2,2%
	Adjusted Residual		-,8	-,1,0	-,6	-,1	,5	1,2	
	AI Fruta Esporádico	Count	0	0	2	0	0	19	21
	% within Partição de 6 perfis potenciais		0,0%	0,0%	1,5%	0,0%	0,0%	2,3%	1,8%
	Adjusted Residual		-,1,4	-,9	-,3	-,1,0	-,7	2,1	
	AI Fruta Regular	Count	99	44	133	49	27	792	1144
	% within Partição de 6 perfis potenciais		99,0%	100,0%	97,1%	98,0%	96,4%	95,2%	96,1%
	Adjusted Residual		1,6	1,4	,7	,7	,1	-2,3	
Total	Count	100	44	137	50	28	832	1191	
% within Partição de 6 perfis potenciais		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,153 ^a	10	,614
Likelihood Ratio	13,066	10	,220
Linear-by-Linear Association	4,721	1	,030
N of Valid Cases	1191		

a. 10 cells (55,6%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,49.

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	,083	,614
	Cramer's V	,059	,614
	Contingency Coefficient	,082	,614
N of Valid Cases		1191	

Alimento Doces - Chocolates * Partição de 6 perfis potenciais

Crosstab

		Partição de 6 perfis potenciais						Total	
		1	2	3	4	5	6		
Alimento Doces - Chocolates	AI Chocolates Nunca	Count	32	18	49	8	8	314	429
		% within Partição de 6 perfis potenciais	32,0%	40,0%	35,8%	16,0%	28,6%	37,8%	36,0%
		Adjusted Residual	-,9	,6	-,1	-3,0	-,8	1,9	
	AI Chocolates Esporádico	Count	24	7	24	15	5	149	224
		% within Partição de 6 perfis potenciais	24,0%	15,6%	17,5%	30,0%	17,9%	17,9%	18,8%
		Adjusted Residual	1,4	-,6	-,4	2,1	-,1	-1,2	
	AI Chocolates Regular	Count	44	20	64	27	15	368	538
		% within Partição de 6 perfis potenciais	44,0%	44,4%	46,7%	54,0%	53,6%	44,3%	45,2%
		Adjusted Residual	-,2	-,1	,4	1,3	,9	-,9	
Total	Count	100	45	137	50	28	831	1191	
	% within Partição de 6 perfis potenciais	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)
Pearson Chi-Square	14,408 ^a	10	,155
Likelihood Ratio	15,231	10	,124
Linear-by-Linear Association	,781	1	,377
N of Valid Cases	1191		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,27.

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	,110	,155
	Cramer's V	,078	,155
	Contingency Coefficient	,109	,155
N of Valid Cases		1191	

Alimento Doces - Sobremesas, gelados, outros * Partição de 6 perfis potenciais

Crosstab

		Partição de 6 perfis potenciais						Total	
		1	2	3	4	5	6		
Alimento Doces - Sobremesas, gelados, outros	AI Outros Doces Nunca	Count	26	13	30	7	5	227	308
		% within Partição de 6 perfis potenciais	26,3%	28,9%	22,1%	14,3%	17,9%	27,3%	25,9%
		Adjusted Residual	,1	,5	-1,1	-1,9	-1,0	1,6	
	AI Outros Doces Esporádico	Count	15	12	18	11	5	137	198
		% within Partição de 6 perfis potenciais	15,2%	26,7%	13,2%	22,4%	17,9%	16,4%	16,6%
		Adjusted Residual	-,4	1,8	-1,1	1,1	,2	-,3	
	AI Outros Doces Regular	Count	58	20	88	31	18	469	684
		% within Partição de 6 perfis potenciais	58,6%	44,4%	64,7%	63,3%	64,3%	56,3%	57,5%
		Adjusted Residual	,2	-1,8	1,8	,8	,7	-1,3	
Total	Count	99	45	136	49	28	833	1190	
	% within Partição de 6 perfis potenciais	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	12,911 ^a	10	,229
Likelihood Ratio	13,121	10	,217
Linear-by-Linear Association	,670	1	,413
N of Valid Cases	1190		

a. 1 cells (5,6%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,66.

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	,104	,229
	Cramer's V	,074	,229
	Contingency Coefficient	,104	,229
N of Valid Cases		1190	

Alimento Proteína - Ovos * Partição de 6 perfis potenciais

Crosstab

			Partição de 6 perfis potenciais						
			1	2	3	4	5	6	Total
Alimento Proteína - Ovos	Al Ovos Nunca	Count	5	4	12	5	0	58	84
		% within Partição de 6 perfis potenciais	5,0%	8,9%	8,8%	10,2%	0,0%	7,0%	7,0%
		Adjusted Residual	-,8	,5	,8	,9	-1,5	-,2	
	Al Ovos Esporádico	Count	10	6	21	7	1	123	168
		% within Partição de 6 perfis potenciais	10,0%	13,3%	15,3%	14,3%	3,6%	14,8%	14,1%
		Adjusted Residual	-1,2	-,1	,4	,0	-1,6	1,0	
	Al Ovos Regular	Count	85	35	104	37	27	652	940
		% within Partição de 6 perfis potenciais	85,0%	77,8%	75,9%	75,5%	96,4%	78,3%	78,9%
		Adjusted Residual	1,6	-,2	-,9	-,6	2,3	-,8	
Total	Count	100	45	137	49	28	833	1192	
	% within Partição de 6 perfis potenciais	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,717 ^a	10	,466
Likelihood Ratio	12,608	10	,246
Linear-by-Linear Association	,246	1	,620
N of Valid Cases	1192		

a. 4 cells (22,2%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,97.

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	,090	,466
	Cramer's V	,064	,466
	Contingency Coefficient	,090	,466
N of Valid Cases		1192	

Alimento Proteína - Frango * Partição de 6 perfis potenciais

Crosstab

			Partição de 6 perfis potenciais						
			1	2	3	4	5	6	Total
Alimento Proteína - Frango	Al Frango Nunca	Count	5	4	10	1	1	36	57
		% within Partição de 6 perfis potenciais	5,1%	8,9%	7,3%	2,1%	3,6%	4,3%	4,8%
		Adjusted Residual	,1	1,3	1,5	-,9	-,3	-,1,1	
	Al Frango Esporádico	Count	8	3	10	1	1	48	71
		% within Partição de 6 perfis potenciais	8,1%	6,7%	7,3%	2,1%	3,6%	5,8%	6,0%
		Adjusted Residual	,9	,2	,7	-,2	-,5	-,4	
	Al Frango Regular	Count	86	38	117	46	26	747	1060
		% within Partição de 6 perfis potenciais	86,9%	84,4%	85,4%	95,8%	92,9%	89,9%	89,2%
		Adjusted Residual	-,8	-,1,1	-,1,5	1,5	,6	1,1	
Total		Count	99	45	137	48	28	831	1188
		% within Partição de 6 perfis potenciais	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,004 ^a	10	,628
Likelihood Ratio	8,016	10	,627
Linear-by-Linear Association	2,556	1	,110
N of Valid Cases	1188		

a. 7 cells (38,9%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,34.

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	,082	,628
	Cramer's V	,058	,628
	Contingency Coefficient	,082	,628
N of Valid Cases		1188	

Alimento Proteína - Peru * Partição de 6 perfis potenciais

Crosstab

			Partição de 6 perfis potenciais						
			1	2	3	4	5	6	Total
Alimento Proteína - Peru	Al Peru Nunca	Count	18	7	27	10	5	180	247
		% within Partição de 6 perfis potenciais	18,2%	15,6%	19,7%	21,3%	17,9%	21,7%	20,8%
		Adjusted Residual	-,7	-,9	-,3	,1	-,4	1,1	
	Al Peru Esporádico	Count	13	2	19	4	2	118	158
		% within Partição de 6 perfis potenciais	13,1%	4,4%	13,9%	8,5%	7,1%	14,2%	13,3%
		Adjusted Residual	-,1	-1,8	,2	-1,0	-1,0	1,4	
	Al Peru Regular	Count	68	36	91	33	21	531	780
		% within Partição de 6 perfis potenciais	68,7%	80,0%	66,4%	70,2%	75,0%	64,1%	65,8%
		Adjusted Residual	,6	2,0	,2	,6	1,0	-2,0	
Total	Count	99	45	137	47	28	829	1185	
	% within Partição de 6 perfis potenciais	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,673 ^a	10	,563
Likelihood Ratio	9,859	10	,453
Linear-by-Linear Association	2,590	1	,108
N of Valid Cases	1185		

a. 1 cells (5,6%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,73.

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	,086	,563
	Cramer's V	,060	,563
	Contingency Coefficient	,085	,563
N of Valid Cases		1185	

Alimento Proteína - Suíno * Partição de 6 perfis potenciais

Crosstab

			Partição de 6 perfis potenciais						
			1	2	3	4	5	6	Total
Alimento Proteína - Suíno	Al Suíno Nunca	Count	27	9	36	15	9	194	290
		% within Partição de 6 perfis potenciais	27,3%	20,0%	26,5%	30,0%	32,1%	23,4%	24,4%
		Adjusted Residual	,7	-,7	,6	,9	1,0	-,3	
	Al Suíno Esporádico	Count	20	7	28	8	4	128	195
		% within Partição de 6 perfis potenciais	20,2%	15,6%	20,6%	16,0%	14,3%	15,4%	16,4%
		Adjusted Residual	1,1	-,2	1,4	-,1	-,3	-,4	
	Al Suíno Regular	Count	52	29	72	27	15	508	703
		% within Partição de 6 perfis potenciais	52,5%	64,4%	52,9%	54,0%	53,6%	61,2%	59,2%
		Adjusted Residual	-1,4	,7	-1,6	-,8	-,6	2,2	
Total	Count	99	45	136	50	28	830	1188	
	% within Partição de 6 perfis potenciais	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,325 ^a	10	,597
Likelihood Ratio	8,137	10	,616
Linear-by-Linear Association	2,491	1	,114
N of Valid Cases	1188		

a. 1 cells (5,6%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,60.

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	,084	,597
	Cramer's V	,059	,597
	Contingency Coefficient	,083	,597
N of Valid Cases		1188	

Alimento Proteína - Bovino * Partição de 6 perfis potenciais

Crosstab

		Partição de 6 perfis potenciais						Total	
		1	2	3	4	5	6		
Alimento Proteína - Bovino	Al Bovino Nunca	Count	27	13	33	18	7	230	328
		% within Partição de 6 perfis potenciais	27,6%	28,9%	24,3%	36,0%	25,0%	27,7%	27,6%
		Adjusted Residual	,0	,2	-,9	1,4	-,3	,1	
	Al Bovino Esporádico	Count	30	10	37	10	5	160	252
		% within Partição de 6 perfis potenciais	30,6%	22,2%	27,2%	20,0%	17,9%	19,3%	21,2%
		Adjusted Residual	2,4	,2	1,8	-,2	-,4	-2,5	
	Al Bovino Regular	Count	41	22	66	22	16	440	607
		% within Partição de 6 perfis potenciais	41,8%	48,9%	48,5%	44,0%	57,1%	53,0%	51,1%
		Adjusted Residual	-1,9	-,3	-,6	-1,0	,6	2,0	
Total	Count	98	45	136	50	28	830	1187	
	% within Partição de 6 perfis potenciais	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	13,121 ^a	10	,217
Likelihood Ratio	12,536	10	,251
Linear-by-Linear Association	1,517	1	,218
N of Valid Cases	1187		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,94.

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	,105	,217
	Cramer's V	,074	,217
	Contingency Coefficient	,105	,217
N of Valid Cases		1187	

Alimento Proteína - Equino * Partição de 6 perfis potenciais

Crosstab

			Partição de 6 perfis potenciais						
			1	2	3	4	5	6	Total
Alimento Proteína - Equino	Al Equino Nunca	Count	97	45	134	45	28	811	1160
		% within Partição de 6 perfis potenciais	99,0%	100,0%	97,8%	91,8%	100,0%	97,7%	97,7%
		Adjusted Residual	,9	1,0	,1	-2,8	,8	-,1	
	Al Equino Esporádico	Count	0	0	2	1	0	9	12
		% within Partição de 6 perfis potenciais	0,0%	0,0%	1,5%	2,0%	0,0%	1,1%	1,0%
		Adjusted Residual	-1,0	-,7	,6	,7	-,5	,4	
	Al Equino Regular	Count	1	0	1	3	0	10	15
		% within Partição de 6 perfis potenciais	1,0%	0,0%	0,7%	6,1%	0,0%	1,2%	1,3%
		Adjusted Residual	-,2	-,8	-,6	3,1	-,6	-,3	
Total		Count	98	45	137	49	28	830	1187
		% within Partição de 6 perfis potenciais	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	13,242 ^a	10	,210
Likelihood Ratio	11,356	10	,330
Linear-by-Linear Association	,223	1	,637
N of Valid Cases	1187		

a. 10 cells (55,6%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,28.

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	,106	,210
	Cramer's V	,075	,210
	Contingency Coefficient	,105	,210
N of Valid Cases		1187	

Alimento Proteína - Caprino * Partição de 6 perfis potenciais

Crosstab

		Partição de 6 perfis potenciais						Total	
		1	2	3	4	5	6		
Alimento Proteína - Caprino	Al Caprino Nunca	Count	78	26	92	28	18	623	865
		% within Partição de 6 perfis potenciais	78,0%	57,8%	67,2%	57,1%	64,3%	75,0%	72,7%
		Adjusted Residual	1,2	-2,3	-1,5	-2,5	-1,0	2,7	
	Al Caprino Esporádico	Count	13	16	33	14	9	142	227
		% within Partição de 6 perfis potenciais	13,0%	35,6%	24,1%	28,6%	32,1%	17,1%	19,1%
		Adjusted Residual	-1,6	2,9	1,6	1,7	1,8	-2,7	
	Al Caprino Regular	Count	9	3	12	7	1	66	98
		% within Partição de 6 perfis potenciais	9,0%	6,7%	8,8%	14,3%	3,6%	7,9%	8,2%
		Adjusted Residual	,3	-,4	,2	1,6	-,9	-,6	
Total		Count	100	45	137	49	28	831	1190
		% within Partição de 6 perfis potenciais	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	24,783 ^a	10	,006
Likelihood Ratio	22,957	10	,011
Linear-by-Linear Association	1,732	1	,188
N of Valid Cases	1190		

a. 3 cells (16,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,31.

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	,144	,006
	Cramer's V	,102	,006
	Contingency Coefficient	,143	,006
N of Valid Cases		1190	

Alimento Proteína - Coelho * Partição de 6 perfis potenciais

Crosstab

		Partição de 6 perfis potenciais						Total	
		1	2	3	4	5	6		
Alimento Proteína - Coelho	Al Coelho Nunca	Count	58	22	98	28	17	533	756
		% within Partição de 6 perfis potenciais	58,6%	48,9%	71,5%	57,1%	60,7%	64,5%	63,9%
		Adjusted Residual	-1,1	-2,1	2,0	-1,0	-,3	,7	
	Al Coelho Esporádico	Count	31	17	23	15	7	191	284
		% within Partição de 6 perfis potenciais	31,3%	37,8%	16,8%	30,6%	25,0%	23,1%	24,0%
		Adjusted Residual	1,8	2,2	-2,1	1,1	,1	-1,1	
	Al Coelho Regular	Count	10	6	16	6	4	102	144
		% within Partição de 6 perfis potenciais	10,1%	13,3%	11,7%	12,2%	14,3%	12,3%	12,2%
		Adjusted Residual	-,7	,2	-,2	,0	,3	,3	
Total		Count	99	45	137	49	28	826	1184
		% within Partição de 6 perfis potenciais	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	14,180 ^a	10	,165
Likelihood Ratio	13,860	10	,179
Linear-by-Linear Association	,225	1	,635
N of Valid Cases	1184		

a. 1 cells (5,6%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,41.

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	,109	,165
	Cramer's V	,077	,165
	Contingency Coefficient	,109	,165
N of Valid Cases		1184	

Alimento Proteína - Peixes magros * Partição de 6 perfis potenciais

Crosstab

		Partição de 6 perfis potenciais						Total	
		1	2	3	4	5	6		
Alimento Proteína - Peixes magros	Al Peixe Magro Nunca	Count	5	1	12	4	2	90	114
		% within Partição de 6 perfis potenciais	5,0%	2,2%	8,8%	8,2%	7,1%	10,8%	9,6%
		Adjusted Residual	-1,6	-1,7	-,3	-,3	-,4	2,2	
	Al Peixe Magro Esporádico	Count	11	4	11	5	4	79	114
		% within Partição de 6 perfis potenciais	11,0%	8,9%	8,0%	10,2%	14,3%	9,5%	9,6%
		Adjusted Residual	,5	-,2	-,7	,2	,9	-,1	
	Al Peixe Magro Regular	Count	84	40	114	40	22	663	963
		% within Partição de 6 perfis potenciais	84,0%	88,9%	83,2%	81,6%	78,6%	79,7%	80,9%
		Adjusted Residual	,8	1,4	,7	,1	-,3	-1,6	
Total	Count	100	45	137	49	28	832	1191	
	% within Partição de 6 perfis potenciais	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)
Pearson Chi-Square	8,429 ^a	10	,587
Likelihood Ratio	9,931	10	,447
Linear-by-Linear Association	4,876	1	,027
N of Valid Cases	1191		

a. 6 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,68.

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	,084	,587
	Cramer's V	,059	,587
	Contingency Coefficient	,084	,587
N of Valid Cases		1191	

Alimento Proteína - Peixes gordos * Partição de 6 perfis potenciais

Crosstab

		Partição de 6 perfis potenciais						Total	
		1	2	3	4	5	6		
Alimento Proteína - Peixes gordos	Al Peixe Gordo Nunca	Count	5	6	11	1	0	128	151
		% within Partição de 6 perfis potenciais	5,0%	13,3%	8,1%	2,0%	0,0%	15,4%	12,7%
		Adjusted Residual	-2,4	,1	-1,7	-2,3	-2,0	4,3	
	Al Peixe Gordo Esporádico	Count	10	2	18	9	3	89	131
		% within Partição de 6 perfis potenciais	10,0%	4,4%	13,2%	18,0%	10,7%	10,7%	11,0%
		Adjusted Residual	-,3	-1,4	,9	1,6	-,1	-,5	
	Al Peixe Gordo Regular	Count	85	37	107	40	25	613	907
		% within Partição de 6 perfis potenciais	85,0%	82,2%	78,7%	80,0%	89,3%	73,9%	76,3%
		Adjusted Residual	2,1	1,0	,7	,6	1,6	-3,0	
Total		Count	100	45	136	50	28	830	1189
		% within Partição de 6 perfis potenciais	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)
Pearson Chi-Square	27,270 ^a	10	,002
Likelihood Ratio	34,816	10	,000
Linear-by-Linear Association	12,074	1	,001
N of Valid Cases	1189		

a. 3 cells (16,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,08.

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	,151	,002
	Cramer's V	,107	,002
	Contingency Coefficient	,150	,002
N of Valid Cases		1189	

Alimento Vegetariano * Partição de 6 perfis potenciais

Crosstab

		Partição de 6 perfis potenciais						Total	
		1	2	3	4	5	6		
Alimento Vegetariano	Al Vegetariano Nunca	Count	68	36	99	30	20	676	929
		% within Partição de 6 perfis potenciais	69,4%	80,0%	72,3%	62,5%	71,4%	81,3%	78,3%
		Adjusted Residual	-2,2	,3	-1,8	-2,7	-,9	3,9	
	Al Vegetariano Esporádico	Count	14	3	15	6	2	58	98
		% within Partição de 6 perfis potenciais	14,3%	6,7%	10,9%	12,5%	7,1%	7,0%	8,3%
		Adjusted Residual	2,3	-,4	1,2	1,1	-,2	-2,4	
	Al Vegetariano Regular	Count	16	6	23	12	6	97	160
		% within Partição de 6 perfis potenciais	16,3%	13,3%	16,8%	25,0%	21,4%	11,7%	13,5%
		Adjusted Residual	,9	,0	1,2	2,4	1,2	-2,8	
Total	Count	98	45	137	48	28	831	1187	
	% within Partição de 6 perfis potenciais	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	22,475 ^a	10	,013
Likelihood Ratio	20,519	10	,025
Linear-by-Linear Association	8,884	1	,003
N of Valid Cases	1187		

a. 4 cells (22,2%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,31.

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	,138	,013
	Cramer's V	,097	,013
	Contingency Coefficient	,136	,013
N of Valid Cases		1187	

IMPORTÂNCIA DA ALIMENTAÇÃO PARA SAÚDE, SUPLEMENTOS ALIMENTARES E EXERCÍCIO FÍSICO, LEITE SEM LACTOSE E PRESCRIÇÃO DE CARNE DE AVES

Alimentação importante para saúde * Partição de 6 perfis potenciais

Crosstab

		Partição de 6 perfis potenciais						Total	
		1	2	3	4	5	6		
Alimentação importante para saúde	Al Saúde Nada importante	Count	0	0	0	0	1	3	4
		% within Partição de 6 perfis potenciais	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	3,7%	0,4%	0,4%
		Adjusted Residual	-,6	-,4	-,7	-,4	2,9	,2	
	Al Saúde Alguma importância	Count	7	3	14	4	4	58	90
		% within Partição de 6 perfis potenciais	7,6%	7,5%	10,8%	8,3%	14,8%	7,6%	8,2%
		Adjusted Residual	-,2	-,2	1,1	,0	1,3	-1,1	
	Al Saúde Muito importante	Count	85	37	116	44	22	703	1007
		% within Partição de 6 perfis potenciais	92,4%	92,5%	89,2%	91,7%	81,5%	92,0%	91,5%
		Adjusted Residual	,3	,2	-1,0	,1	-1,9	1,0	
Total		Count	92	40	130	48	27	764	1101
		% within Partição de 6 perfis potenciais	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	12,745 ^a	10	,238
Likelihood Ratio	8,056	10	,623
Linear-by-Linear Association	,017	1	,898
N of Valid Cases	1101		

a. 9 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,10.

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	,108	,238
	Cramer's V	,076	,238
	Contingency Coefficient	,107	,238
N of Valid Cases		1101	

Suplemento alimentar * Partição de 6 perfis potenciais

Crosstab

		Partição de 6 perfis potenciais						Total	
		1	2	3	4	5	6		
Suplemento alimentar	Suplemento Sim	Count	26	10	47	12	10	170	275
		% within Partição de 6 perfis potenciais	26,0%	22,2%	34,6%	24,5%	35,7%	20,7%	23,3%
		Adjusted Residual	,7	-,2	3,3	,2	1,6	-3,2	
Suplemento Não	Count	74	35	89	37	18	651	904	
		% within Partição de 6 perfis potenciais	74,0%	77,8%	65,4%	75,5%	64,3%	79,3%	76,7%
		Adjusted Residual	-,7	,2	-3,3	-,2	-1,6	3,2	
Total	Count	100	45	136	49	28	821	1179	
	% within Partição de 6 perfis potenciais	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	15,615 ^a	5	,008
Likelihood Ratio	14,624	5	,012
Linear-by-Linear Association	6,250	1	,012
N of Valid Cases	1179		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,53.

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	,115	,008
	Cramer's V	,115	,008
	Contingency Coefficient	,114	,008
N of Valid Cases		1179	

Exercício físico * Partição de 6 perfis potenciais

Crosstab

		Partição de 6 perfis potenciais						Total	
		1	2	3	4	5	6		
Exercício físico	Exercício Fis Sim	Count	49	21	86	27	19	386	588
		% within Partição de 6 perfis potenciais	49,0%	46,7%	62,8%	54,0%	67,9%	46,3%	49,3%
		Adjusted Residual	-,1	-,4	3,4	,7	2,0	-3,1	
	Exercício Fis Não	Count	51	24	51	23	9	447	605
		% within Partição de 6 perfis potenciais	51,0%	53,3%	37,2%	46,0%	32,1%	53,7%	50,7%
		Adjusted Residual	,1	,4	-3,4	-,7	-2,0	3,1	
Total		Count	100	45	137	50	28	833	1193
		% within Partição de 6 perfis potenciais	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	17,301 ^a	5	,004
Likelihood Ratio	17,482	5	,004
Linear-by-Linear Association	4,076	1	,043
N of Valid Cases	1193		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 13,80.

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	,120	,004
	Cramer's V	,120	,004
	Contingency Coefficient	,120	,004
N of Valid Cases		1193	

Leite sem lactose * Partição de 6 perfis potenciais

Crosstab

			Partição de 6 perfis potenciais						
			1	2	3	4	5	6	Total
Leite sem lactose	AF Leite sem lactose Nunca	Count	90	40	123	35	25	814	1127
		% within Partição de 6 perfis potenciais	90,0%	88,9%	89,8%	70,0%	89,3%	97,7%	94,5%
		Adjusted Residual	-2,0	-1,7	-2,6	-7,7	-1,2	7,5	
	AF Leite sem lactose Esporádico	Count	7	1	6	7	2	3	26
		% within Partição de 6 perfis potenciais	7,0%	2,2%	4,4%	14,0%	7,1%	0,4%	2,2%
		Adjusted Residual	3,4	,0	1,9	5,8	1,8	-6,5	
	AF Leite sem lactose Regular	Count	3	4	8	8	1	16	40
		% within Partição de 6 perfis potenciais	3,0%	8,9%	5,8%	16,0%	3,6%	1,9%	3,4%
		Adjusted Residual	-,2	2,1	1,7	5,1	,1	-4,2	
Total	Count	100	45	137	50	28	833	1193	
	% within Partição de 6 perfis potenciais	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)
Pearson Chi-Square	102,065 ^a	10	,000
Likelihood Ratio	73,227	10	,000
Linear-by-Linear Association	23,213	1	,000
N of Valid Cases	1193		

a. 10 cells (55,6%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,61.

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	,292	,000
	Cramer's V	,207	,000
	Contingency Coefficient	,281	,000
N of Valid Cases		1193	

Carne de aves por recomendação médica * Partição de 6 perfis potenciais

Crosstab

		Partição de 6 perfis potenciais						Total	
		1	2	3	4	5	6		
Carne de aves por recomendação médica	AF Aves rec med Nunca	Count	87	34	115	31	19	788	1074
		% within Partição de 6 perfis potenciais	87,0%	75,6%	83,9%	63,3%	67,9%	94,5%	90,0%
		Adjusted Residual	-1,1	-3,3	-2,5	-6,4	-4,0	7,8	
	AF Aves rec med Esporádico	Count	3	1	1	4	0	6	15
		% within Partição de 6 perfis potenciais	3,0%	2,2%	0,7%	8,2%	0,0%	0,7%	1,3%
		Adjusted Residual	1,6	,6	-,6	4,4	-,6	-2,5	
	AF Aves rec med Regular	Count	10	10	21	14	9	40	104
		% within Partição de 6 perfis potenciais	10,0%	22,2%	15,3%	28,6%	32,1%	4,8%	8,7%
		Adjusted Residual	,5	3,3	2,9	5,0	4,4	-7,3	
Total	Count	100	45	137	49	28	834	1193	
	% within Partição de 6 perfis potenciais	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	103,853 ^a	10	,000
Likelihood Ratio	77,248	10	,000
Linear-by-Linear Association	29,687	1	,000
N of Valid Cases	1193		

a. 8 cells (44,4%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,35.

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	,295	,000
	Cramer's V	,209	,000
	Contingency Coefficient	,283	,000
N of Valid Cases		1193	

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

Género * Partição de 6 perfis potenciais

Crosstab

		Partição de 6 perfis potenciais						Total	
		1	2	3	4	5	6		
Género	Gen Feminino	Count	77	29	71	35	15	422	649
		% within Partição de 6 perfis potenciais	77,0%	64,4%	51,8%	70,0%	53,6%	50,6%	54,4%
		Adjusted Residual	4,7	1,4	-,6	2,3	-,1	-4,0	
	Gen Masculino	Count	23	16	66	15	13	412	545
		% within Partição de 6 perfis potenciais	23,0%	35,6%	48,2%	30,0%	46,4%	49,4%	45,6%
		Adjusted Residual	-4,7	-1,4	,6	-2,3	,1	4,0	
Total		Count	100	45	137	50	28	834	1194
		% within Partição de 6 perfis potenciais	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	32,549 ^a	5	,000
Likelihood Ratio	34,187	5	,000
Linear-by-Linear Association	21,807	1	,000
N of Valid Cases	1194		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12,78.

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	,165	,000
	Cramer's V	,165	,000
	Contingency Coefficient	,163	,000
N of Valid Cases		1194	

Idade (4 faixas etárias) * Partição de 6 perfis potenciais

Crosstab

		Partição de 6 perfis potenciais						Total	
		1	2	3	4	5	6		
Idade (4 faixas etárias)	Idade <18	Count	3	0	2	1	2	31	39
		% within Partição de 6 perfis potenciais	3,0%	0,0%	1,5%	2,0%	7,1%	3,7%	3,3%
		Adjusted Residual	-,2	-1,3	-1,3	-,5	1,2	1,3	
	Idade 18-39	Count	31	3	58	19	11	280	402
		% within Partição de 6 perfis potenciais	31,0%	6,7%	42,3%	38,0%	39,3%	33,6%	33,7%
		Adjusted Residual	-,6	-3,9	2,3	,7	,6	-,1	
	Idade 40-64	Count	42	22	53	19	11	307	454
		% within Partição de 6 perfis potenciais	42,0%	48,9%	38,7%	38,0%	39,3%	36,8%	38,0%
		Adjusted Residual	,9	1,5	,2	,0	,1	-1,3	
	Idade >=65	Count	24	20	24	11	4	216	299
		% within Partição de 6 perfis potenciais	24,0%	44,4%	17,5%	22,0%	14,3%	25,9%	25,0%
		Adjusted Residual	-,3	3,1	-2,2	-,5	-1,3	1,0	
Total	Count	100	45	137	50	28	834	1194	
	% within Partição de 6 perfis potenciais	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	32,261 ^a	15	,006
Likelihood Ratio	37,573	15	,001
Linear-by-Linear Association	,766	1	,381
N of Valid Cases	1194		

a. 5 cells (20,8%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,91.

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	,164	,006
	Cramer's V	,095	,006
	Contingency Coefficient	,162	,006
N of Valid Cases		1194	

Estado civil * Partição de 6 perfis potenciais

Crosstab

			Partição de 6 perfis potenciais						
			1	2	3	4	5	6	Total
Estado civil	Est civil Solteiro	Count	25	5	55	20	13	261	379
		% within Partição de 6 perfis potenciais	25,0%	11,4%	40,4%	40,0%	46,4%	31,7%	32,1%
		Adjusted Residual	-1,6	-3,0	2,2	1,2	1,6	-,4	
	Est civil Casado	Count	41	30	53	15	6	328	473
		% within Partição de 6 perfis potenciais	41,0%	68,2%	39,0%	30,0%	21,4%	39,8%	40,0%
		Adjusted Residual	,2	3,9	-,3	-1,5	-2,0	-,2	
	Est civil União de fato	Count	11	1	12	6	3	62	95
		% within Partição de 6 perfis potenciais	11,0%	2,3%	8,8%	12,0%	10,7%	7,5%	8,0%
		Adjusted Residual	1,1	-1,4	,4	1,1	,5	-1,0	
	Est civil Divorciado	Count	11	5	14	5	4	93	132
		% within Partição de 6 perfis potenciais	11,0%	11,4%	10,3%	10,0%	14,3%	11,3%	11,2%
		Adjusted Residual	-,1	,0	-,3	-,3	,5	,2	
	Est civil Viúvo	Count	12	3	2	4	2	80	103
		% within Partição de 6 perfis potenciais	12,0%	6,8%	1,5%	8,0%	7,1%	9,7%	8,7%
		Adjusted Residual	1,2	-,5	-3,2	-,2	-,3	1,8	
	Total	Count	100	44	136	50	28	824	1182
		% within Partição de 6 perfis potenciais	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	41,278 ^a	20	,003
Likelihood Ratio	46,628	20	,001
Linear-by-Linear Association	,101	1	,750
N of Valid Cases	1182		

a. 8 cells (26,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,25.

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	,187	,003
	Cramer's V	,093	,003
	Contingency Coefficient	,184	,003
N of Valid Cases		1182	

Nacionalidade * Partição de 6 perfis potenciais

Crosstab

		Partição de 6 perfis potenciais						Total	
		1	2	3	4	5	6		
Nacionalidade	Nacionalidade PT	Count	95	41	119	46	27	791	1119
		% within Partição de 6 perfis potenciais	95,0%	93,2%	87,5%	92,0%	96,4%	95,5%	94,4%
		Adjusted Residual	,3	-,3	-3,7	-,7	,5	2,7	
	Nacionalidade Outra	Count	5	3	17	4	1	37	67
		% within Partição de 6 perfis potenciais	5,0%	6,8%	12,5%	8,0%	3,6%	4,5%	5,6%
		Adjusted Residual	-,3	,3	3,7	,7	-,5	-2,7	
Total	Count	100	44	136	50	28	828	1186	
	% within Partição de 6 perfis potenciais	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	15,078 ^a	5	,010
Likelihood Ratio	12,296	5	,031
Linear-by-Linear Association	4,465	1	,035
N of Valid Cases	1186		

a. 3 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,58.

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	,113	,010
	Cramer's V	,113	,010
	Contingency Coefficient	,112	,010
N of Valid Cases		1186	

Região * Partição de 6 perfis potenciais

Crosstab

		Partição de 6 perfis potenciais						Total	
		1	2	3	4	5	6		
Região	Região Norte	Count	24	12	44	15	8	181	284
		% within Partição de 6 perfis potenciais	24,0%	26,7%	32,1%	30,0%	28,6%	21,7%	23,8%
		Adjusted Residual	,1	,5	2,4	1,1	,6	-2,6	
Região	Região Centro	Count	15	6	14	3	2	112	152
		% within Partição de 6 perfis potenciais	15,0%	13,3%	10,2%	6,0%	7,1%	13,4%	12,7%
		Adjusted Residual	,7	,1	-,9	-1,5	-,9	1,1	
Região	LVT	Count	56	27	66	25	11	444	629
		% within Partição de 6 perfis potenciais	56,0%	60,0%	48,2%	50,0%	39,3%	53,2%	52,7%
		Adjusted Residual	,7	1,0	-1,1	-,4	-1,4	,6	
Região	Alentejo	Count	4	0	7	4	4	35	54
		% within Partição de 6 perfis potenciais	4,0%	0,0%	5,1%	8,0%	14,3%	4,2%	4,5%
		Adjusted Residual	-,3	-1,5	,4	1,2	2,5	-,8	
Região	Algarve	Count	1	0	6	3	3	62	75
		% within Partição de 6 perfis potenciais	1,0%	0,0%	4,4%	6,0%	10,7%	7,4%	6,3%
		Adjusted Residual	-2,3	-1,8	-1,0	-,1	1,0	2,5	
Total		Count	100	45	137	50	28	834	1194
		% within Partição de 6 perfis potenciais	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	33,244 ^a	20	,032
Likelihood Ratio	38,216	20	,008
Linear-by-Linear Association	8,032	1	,005
N of Valid Cases	1194		

a. 8 cells (26,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,27.

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	,167	,032
	Cramer's V	,083	,032
	Contingency Coefficient	,165	,032
N of Valid Cases		1194	

Escolaridade * Partição de 6 perfis potenciais

Crosstab

			Partição de 6 perfis potenciais						
			1	2	3	4	5	6	Total
Escolaridade	Escol Ens básico	Count	28	16	33	11	7	287	382
		% within Partição de 6 perfis potenciais	28,0%	35,6%	24,1%	22,0%	25,0%	34,4%	32,0%
		Adjusted Residual	-,9	,5	-2,1	-1,5	-,8	2,7	
	Escol Ens 2ario	Count	30	12	36	22	10	258	368
		% within Partição de 6 perfis potenciais	30,0%	26,7%	26,3%	44,0%	35,7%	30,9%	30,8%
		Adjusted Residual	-,2	-,6	-1,2	2,1	,6	,1	
	Escol Ens superior	Count	40	14	67	15	10	275	421
		% within Partição de 6 perfis potenciais	40,0%	31,1%	48,9%	30,0%	35,7%	33,0%	35,3%
		Adjusted Residual	1,0	-,6	3,6	-,8	,1	-2,5	
	Escol Outra/NS/NR	Count	2	3	1	2	1	14	23
		% within Partição de 6 perfis potenciais	2,0%	6,7%	0,7%	4,0%	3,6%	1,7%	1,9%
		Adjusted Residual	,1	2,4	-1,1	1,1	,6	-,9	
Total	Count	100	45	137	50	28	834	1194	
	% within Partição de 6 perfis potenciais	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	28,865 ^a	15	,017
Likelihood Ratio	26,205	15	,036
Linear-by-Linear Association	7,461	1	,006
N of Valid Cases	1194		

a. 5 cells (20,8%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,54.

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	,155	,017
	Cramer's V	,090	,017
	Contingency Coefficient	,154	,017
N of Valid Cases		1194	

Atividade Profissional * Partição de 6 perfis potenciais

Crosstab

		Partição de 6 perfis potenciais						Total	
		1	2	3	4	5	6		
Atividade Profissional	Ativ Profiss Ativo	Count	46	22	74	21	12	427	602
		% within Partição de 6 perfis potenciais	46,0%	48,9%	54,0%	42,0%	42,9%	51,2%	50,4%
		Adjusted Residual	-,9	-,2	,9	-1,2	-,8	,8	
Ativ Profiss Não Ativo	Ativ Profiss Não Ativo	Count	54	23	61	27	15	397	577
		% within Partição de 6 perfis potenciais	54,0%	51,1%	44,5%	54,0%	53,6%	47,6%	48,3%
		Adjusted Residual	1,2	,4	-,9	,8	,6	-,8	
Ativ Profiss Outra/NS/NR	Ativ Profiss Outra/NS/NR	Count	0	0	2	2	1	10	15
		% within Partição de 6 perfis potenciais	0,0%	0,0%	1,5%	4,0%	3,6%	1,2%	1,3%
		Adjusted Residual	-1,2	-,8	,2	1,8	1,1	-,3	
Total	Count	100	45	137	50	28	834	1194	
	% within Partição de 6 perfis potenciais	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,691 ^a	10	,468
Likelihood Ratio	10,033	10	,438
Linear-by-Linear Association	,281	1	,596
N of Valid Cases	1194		

a. 5 cells (27,8%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,35.

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	,090	,468
	Cramer's V	,064	,468
	Contingency Coefficient	,090	,468
N of Valid Cases		1194	

Carga horária * Partição de 6 perfis potenciais

Crosstab

		Partição de 6 perfis potenciais						Total	
		1	2	3	4	5	6		
Carga horária	Carga horaria <=39 h	Count	15	6	18	5	5	136	185
		% within Partição de 6 perfis potenciais	32,6%	28,6%	25,0%	23,8%	35,7%	31,8%	30,7%
		Adjusted Residual	,3	-,2	-1,1	-,7	,4	,9	
	Carga horaria 40-44 h	Count	17	8	35	9	4	164	237
		% within Partição de 6 perfis potenciais	37,0%	38,1%	48,6%	42,9%	28,6%	38,3%	39,4%
		Adjusted Residual	-,3	-,1	1,7	,3	-,8	-,8	
	Carga horaria 45+ h	Count	14	7	19	7	5	128	180
		% within Partição de 6 perfis potenciais	30,4%	33,3%	26,4%	33,3%	35,7%	29,9%	29,9%
		Adjusted Residual	,1	,3	-,7	,3	,5	,0	
Total		Count	46	21	72	21	14	428	602
		% within Partição de 6 perfis potenciais	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,310 ^a	10	,932
Likelihood Ratio	4,316	10	,932
Linear-by-Linear Association	,117	1	,732
N of Valid Cases	602		

a. 2 cells (11,1%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,19.

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	,085	,932
	Cramer's V	,060	,932
	Contingency Coefficient	,084	,932
N of Valid Cases		602	

Crianças no Agregado Familiar * Partição de 6 perfis potenciais

Crosstab

			Partição de 6 perfis potenciais						
			1	2	3	4	5	6	Total
Crianças no Agregado Familiar	Ag Fam Com Crianças	Count	30	12	33	16	7	271	369
		% within Partição de 6 perfis potenciais	30,0%	26,7%	24,1%	32,0%	25,0%	32,5%	30,9%
		Adjusted Residual	-,2	-,6	-1,8	,2	-,7	1,8	
	Ag Fam Sem Crianças	Count	70	33	104	34	21	563	825
		% within Partição de 6 perfis potenciais	70,0%	73,3%	75,9%	68,0%	75,0%	67,5%	69,1%
		Adjusted Residual	,2	,6	1,8	-,2	,7	-1,8	
Total	Count	100	45	137	50	28	834	1194	
	% within Partição de 6 perfis potenciais	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,870 ^a	5	,432
Likelihood Ratio	5,032	5	,412
Linear-by-Linear Association	2,258	1	,133
N of Valid Cases	1194		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,65.

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	,064	,432
	Cramer's V	,064	,432
	Contingency Coefficient	,064	,432
N of Valid Cases		1194	

Pessoas no Agregado Familiar * Partição de 6 perfis potenciais

Crosstab

			Partição de 6 perfis potenciais						
			1	2	3	4	5	6	Total
Pessoas no Agregado Familiar	Ag Familiar 1	Count	25	7	35	13	7	198	285
		% within Partição de 6 perfis potenciais	25,0%	15,6%	25,5%	26,0%	25,0%	23,7%	23,9%
		Adjusted Residual	,3	-1,3	,5	,4	,1	-,2	
	Ag Familiar 2	Count	31	19	41	12	3	237	343
		% within Partição de 6 perfis potenciais	31,0%	42,2%	29,9%	24,0%	10,7%	28,4%	28,7%
		Adjusted Residual	,5	2,0	,3	-,8	-2,1	-,4	
	Ag Familiar 3	Count	27	11	40	18	15	269	380
		% within Partição de 6 perfis potenciais	27,0%	24,4%	29,2%	36,0%	53,6%	32,3%	31,8%
		Adjusted Residual	-1,1	-1,1	-,7	,6	2,5	,5	
	Ag Familiar 4+	Count	17	8	21	7	3	130	186
		% within Partição de 6 perfis potenciais	17,0%	17,8%	15,3%	14,0%	10,7%	15,6%	15,6%
		Adjusted Residual	,4	,4	-,1	-,3	-,7	,0	
Total	Count	100	45	137	50	28	834	1194	
	% within Partição de 6 perfis potenciais	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	15,377 ^a	15	,425
Likelihood Ratio	15,649	15	,406
Linear-by-Linear Association	,160	1	,689
N of Valid Cases	1194		

a. 1 cells (4,2%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,36.

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	,113	,425
	Cramer's V	,066	,425
	Contingency Coefficient	,113	,425
N of Valid Cases		1194	

Rendimento * Partição de 6 perfis potenciais

Crosstab

		Partição de 6 perfis potenciais						Total	
		1	2	3	4	5	6		
Rendimento	Rendimento <=1000 eur	Count	26	11	33	18	7	224	319
		% within Partição de 6 perfis potenciais	35,1%	33,3%	32,0%	47,4%	33,3%	38,6%	37,6%
		Adjusted Residual	-,5	-,5	-1,2	1,3	-,4	,9	
	Rendimento 1001-2500 eur	Count	33	11	43	15	10	250	362
		% within Partição de 6 perfis potenciais	44,6%	33,3%	41,7%	39,5%	47,6%	43,1%	42,6%
		Adjusted Residual	,4	-1,1	-,2	-,4	,5	,4	
	Rendimento 2501+ eur	Count	15	11	27	5	4	106	168
		% within Partição de 6 perfis potenciais	20,3%	33,3%	26,2%	13,2%	19,0%	18,3%	19,8%
		Adjusted Residual	,1	2,0	1,7	-1,0	-,1	-1,6	
Total	Count	74	33	103	38	21	580	849	
	% within Partição de 6 perfis potenciais	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	10,089 ^a	10	,433
Likelihood Ratio	9,526	10	,483
Linear-by-Linear Association	2,602	1	,107
N of Valid Cases	849		

a. 1 cells (5,6%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,16.

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	,109	,433
	Cramer's V	,077	,433
	Contingency Coefficient	,108	,433
N of Valid Cases		849	

DOENÇAS CRÓNICAS

Hipertensão * Partição de 6 perfis potenciais

Crosstab

		Partição de 6 perfis potenciais						Total	
		1	2	3	4	5	6		
Hipertensão	D Hipertensão Sim	Count	28	16	17	12	3	190	266
		% within Partição de 6 perfis potenciais	28,9%	35,6%	12,6%	25,0%	11,1%	23,2%	22,7%
		Adjusted Residual	1,5	2,1	-3,0	,4	-1,5	,6	
	D Hipertensão Não	Count	69	29	118	36	24	628	904
		% within Partição de 6 perfis potenciais	71,1%	64,4%	87,4%	75,0%	88,9%	76,8%	77,3%
		Adjusted Residual	-1,5	-2,1	3,0	-,4	1,5	-,6	
Total		Count	97	45	135	48	27	818	1170
		% within Partição de 6 perfis potenciais	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	16,522 ^a	5	,006
Likelihood Ratio	17,450	5	,004
Linear-by-Linear Association	,196	1	,658
N of Valid Cases	1170		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,14.

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	,119	,006
	Cramer's V	,119	,006
	Contingency Coefficient	,118	,006
N of Valid Cases		1170	

Colesterol * Partição de 6 perfis potenciais

Crosstab

		Partição de 6 perfis potenciais						Total	
		1	2	3	4	5	6		
Colesterol	D Colesterol Sim	Count	30	25	38	13	7	206	319
		% within Partição de 6 perfis potenciais	31,9%	55,6%	27,9%	27,1%	25,9%	25,8%	27,8%
		Adjusted Residual	,9	4,2	,0	-,1	-,2	-2,3	
D Colesterol Não	Count	64	20	98	35	20	593	830	
		% within Partição de 6 perfis potenciais	68,1%	44,4%	72,1%	72,9%	74,1%	74,2%	72,2%
		Adjusted Residual	-,9	-4,2	,0	,1	,2	2,3	
Total	Count	94	45	136	48	27	799	1149	
	% within Partição de 6 perfis potenciais	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	19,761 ^a	5	,001
Likelihood Ratio	17,687	5	,003
Linear-by-Linear Association	7,214	1	,007
N of Valid Cases	1149		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,50.

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	,131	,001
	Cramer's V	,131	,001
	Contingency Coefficient	,130	,001
N of Valid Cases		1149	

Diabetes tipo II * Partição de 6 perfis potenciais

Crosstab

		Partição de 6 perfis potenciais						Total	
		1	2	3	4	5	6		
Diabetes tipo II	D Diabetes T2 Sim	Count	7	4	3	2	1	65	82
		% within Partição de 6 perfis potenciais	7,3%	8,9%	2,2%	4,2%	3,7%	8,0%	7,0%
		Adjusted Residual	,1	,5	-2,3	-,8	-,7	1,9	
	D Diabetes T2 Não	Count	89	41	133	46	26	748	1083
		% within Partição de 6 perfis potenciais	92,7%	91,1%	97,8%	95,8%	96,3%	92,0%	93,0%
		Adjusted Residual	-,1	-,5	2,3	,8	,7	-1,9	
Total	Count	96	45	136	48	27	813	1165	
	% within Partição de 6 perfis potenciais	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	7,300 ^a	5	,199
Likelihood Ratio	9,090	5	,106
Linear-by-Linear Association	1,618	1	,203
N of Valid Cases	1165		

a. 3 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,90.

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	,079	,199
	Cramer's V	,079	,199
	Contingency Coefficient	,079	,199
N of Valid Cases		1165	

Doenças cardiovasculares * Partição de 6 perfis potenciais

Crosstab

		Partição de 6 perfis potenciais						Total	
		1	2	3	4	5	6		
Doenças cardiovasculares	D Cardiovasc Sim	Count	11	7	14	4	1	103	140
		% within Partição de 6 perfis potenciais	11,3%	15,6%	10,4%	8,2%	3,6%	12,6%	11,9%
		Adjusted Residual	-,2	,8	-,6	-,8	-,1,4	1,0	
	D Cardiovasc Não	Count	86	38	121	45	27	717	1034
		% within Partição de 6 perfis potenciais	88,7%	84,4%	89,6%	91,8%	96,4%	87,4%	88,1%
		Adjusted Residual	,2	-,8	,6	,8	1,4	-,1,0	
Total	Count	97	45	135	49	28	820	1174	
	% within Partição de 6 perfis potenciais	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,743 ^a	5	,587
Likelihood Ratio	4,402	5	,493
Linear-by-Linear Association	,210	1	,647
N of Valid Cases	1174		

a. 1 cells (8,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,34.

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	,056	,587
	Cramer's V	,056	,587
	Contingency Coefficient	,056	,587
N of Valid Cases		1174	

Obesidade * Partição de 6 perfis potenciais

Crosstab

		Partição de 6 perfis potenciais						Total	
		1	2	3	4	5	6		
Obesidade D	Obesidade Sim	Count	8	4	10	8	1	80	111
		% within Partição de 6 perfis potenciais	8,3%	9,1%	7,6%	16,3%	3,6%	10,0%	9,7%
		Adjusted Residual	-,5	-,1	-,8	1,6	-1,1	,6	
D	Obesidade Não	Count	88	40	121	41	27	719	1036
		% within Partição de 6 perfis potenciais	91,7%	90,9%	92,4%	83,7%	96,4%	90,0%	90,3%
		Adjusted Residual	,5	,1	,8	-1,6	1,1	-,6	
Total		Count	96	44	131	49	28	799	1147
		% within Partição de 6 perfis potenciais	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,617 ^a	5	,464
Likelihood Ratio	4,633	5	,462
Linear-by-Linear Association	,397	1	,529
N of Valid Cases	1147		

a. 3 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,71.

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	,063	,464
	Cramer's V	,063	,464
	Contingency Coefficient	,063	,464
N of Valid Cases		1147	

MEDICAÇÃO PARA DOENÇAS CRÓNICAS

Hipertensão medicação * Partição de 6 perfis potenciais

Crosstab

		Partição de 6 perfis potenciais						Total	
		1	2	3	4	5	6		
Hipertensão medicação	D Hipertensão Med NS/NR	Count	70	28	111	37	24	631	901
		% within Partição de 6 perfis potenciais	70,0%	62,2%	81,0%	74,0%	85,7%	75,7%	75,5%
		Adjusted Residual	-1,3	-2,1	1,6	-,2	1,3	,2	
	D Hipertensão Med Sim	Count	26	16	15	11	2	173	243
		% within Partição de 6 perfis potenciais	26,0%	35,6%	10,9%	22,0%	7,1%	20,7%	20,4%
		Adjusted Residual	1,5	2,6	-2,9	,3	-1,8	,5	
	D Hipertensão Med Não	Count	4	1	11	2	2	30	50
		% within Partição de 6 perfis potenciais	4,0%	2,2%	8,0%	4,0%	7,1%	3,6%	4,2%
		Adjusted Residual	-,1	-,7	2,4	-,1	,8	-1,6	
Total	Count	100	45	137	50	28	834	1194	
	% within Partição de 6 perfis potenciais	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	24,105 ^a	10	,007
Likelihood Ratio	24,090	10	,007
Linear-by-Linear Association	1,519	1	,218
N of Valid Cases	1194		

a. 4 cells (22,2%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,17.

Symmetric Measures

	Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	,142
	Cramer's V	,100
	Contingency Coefficient	,141
N of Valid Cases	1194	

Colesterol medicação * Partição de 6 perfis potenciais

Crosstab

		Partição de 6 perfis potenciais						Total
		1	2	3	4	5	6	
Colesterol medicação D Colesterol Med NS/NR	Count	70	21	99	37	21	632	880
	% within Partição de 6 perfis potenciais	70,0%	46,7%	72,3%	74,0%	75,0%	75,8%	73,7%
	Adjusted Residual	-,9	-4,2	-,4	,0	,2	2,5	
D Colesterol Med Sim	Count	20	15	24	7	2	125	193
	% within Partição de 6 perfis potenciais	20,0%	33,3%	17,5%	14,0%	7,1%	15,0%	16,2%
	Adjusted Residual	1,1	3,2	,5	-,4	-1,3	-1,7	
D Colesterol Med Não	Count	10	9	14	6	5	77	121
	% within Partição de 6 perfis potenciais	10,0%	20,0%	10,2%	12,0%	17,9%	9,2%	10,1%
	Adjusted Residual	,0	2,2	,0	,4	1,4	-1,6	
Total	Count	100	45	137	50	28	834	1194
	% within Partição de 6 perfis potenciais	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	23,537 ^a	10	,009
Likelihood Ratio	21,335	10	,019
Linear-by-Linear Association	5,902	1	,015
N of Valid Cases	1194		

a. 3 cells (16,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,84.

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	,140	,009
	Cramer's V	,099	,009
	Contingency Coefficient	,139	,009
N of Valid Cases		1194	

Diabetes tipo II medicação * Partição de 6 perfis potenciais

Crosstab

			Partição de 6 perfis potenciais						
			1	2	3	4	5	6	Total
Diabetes tipo II medicação	D Diabetes T2 Med NS/NR	Count	91	39	125	49	25	755	1084
		% within Partição de 6 perfis potenciais	91,0%	86,7%	91,2%	98,0%	89,3%	90,5%	90,8%
		Adjusted Residual	,1	-1,0	,2	1,8	-,3	-,5	
	D Diabetes T2 Med Sim	Count	6	4	2	1	1	53	67
		% within Partição de 6 perfis potenciais	6,0%	8,9%	1,5%	2,0%	3,6%	6,4%	5,6%
		Adjusted Residual	,2	1,0	-2,2	-1,1	-,5	1,7	
	D Diabetes T2 Med Não	Count	3	2	10	0	2	26	43
		% within Partição de 6 perfis potenciais	3,0%	4,4%	7,3%	0,0%	7,1%	3,1%	3,6%
		Adjusted Residual	-,3	,3	2,5	-1,4	1,0	-1,4	
Total	Count	100	45	137	50	28	834	1194	
	% within Partição de 6 perfis potenciais	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	16,384 ^a	10	,089
Likelihood Ratio	18,813	10	,043
Linear-by-Linear Association	,122	1	,726
N of Valid Cases	1194		

a. 8 cells (44,4%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,01.

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	,117	,089
	Cramer's V	,083	,089
	Contingency Coefficient	,116	,089
N of Valid Cases		1194	

Doenças cardiovasculares medicação * Partição de 6 perfis potenciais

Crosstab

			Partição de 6 perfis potenciais						Total
			1	2	3	4	5	6	
Doenças cardiovasculares medicação	D Cardiovasc Med NS/NR	Count	87	37	115	47	26	731	1043
		% within Partição de 6 perfis potenciais	87,0%	82,2%	83,9%	94,0%	92,9%	87,6%	87,4%
		Adjusted Residual	-,1	-1,1	-1,3	1,4	,9	,5	
	D Cardiovasc Med Sim	Count	6	7	8	2	0	62	85
		% within Partição de 6 perfis potenciais	6,0%	15,6%	5,8%	4,0%	0,0%	7,4%	7,1%
		Adjusted Residual	-,5	2,2	-,6	-,9	-1,5	,6	
	D Cardiovasc Med Não	Count	7	1	14	1	2	41	66
		% within Partição de 6 perfis potenciais	7,0%	2,2%	10,2%	2,0%	7,1%	4,9%	5,5%
		Adjusted Residual	,7	-1,0	2,6	-1,1	,4	-1,4	
Total	Count	100	45	137	50	28	834	1194	
	% within Partição de 6 perfis potenciais	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	17,019 ^a	10	,074
Likelihood Ratio	17,528	10	,063
Linear-by-Linear Association	1,331	1	,249
N of Valid Cases	1194		

a. 6 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,55.

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	,119	,074
	Cramer's V	,084	,074
	Contingency Coefficient	,119	,074
N of Valid Cases		1194	

Obesidade medicação * Partição de 6 perfis potenciais

Crosstab

		Partição de 6 perfis potenciais						Total	
		1	2	3	4	5	6		
Obesidade medicação	D Obesidade Med NS/NR	Count	95	42	122	44	25	777	1105
		% within Partição de 6 perfis potenciais	95,0%	93,3%	89,1%	88,0%	89,3%	93,2%	92,5%
		Adjusted Residual	1,0	,2	-1,7	-1,3	-,7	1,2	
	D Obesidade Med Sim	Count	1	0	3	1	0	9	14
		% within Partição de 6 perfis potenciais	1,0%	0,0%	2,2%	2,0%	0,0%	1,1%	1,2%
		Adjusted Residual	-,2	-,7	1,2	,6	-,6	-,5	
	D Obesidade Med Não	Count	4	3	12	5	3	48	75
		% within Partição de 6 perfis potenciais	4,0%	6,7%	8,8%	10,0%	10,7%	5,8%	6,3%
		Adjusted Residual	-1,0	,1	1,3	1,1	1,0	-1,1	
Total	Count	100	45	137	50	28	834	1194	
	% within Partição de 6 perfis potenciais	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	7,394 ^a	10	,688
Likelihood Ratio	7,619	10	,666
Linear-by-Linear Association	,133	1	,715
N of Valid Cases	1194		

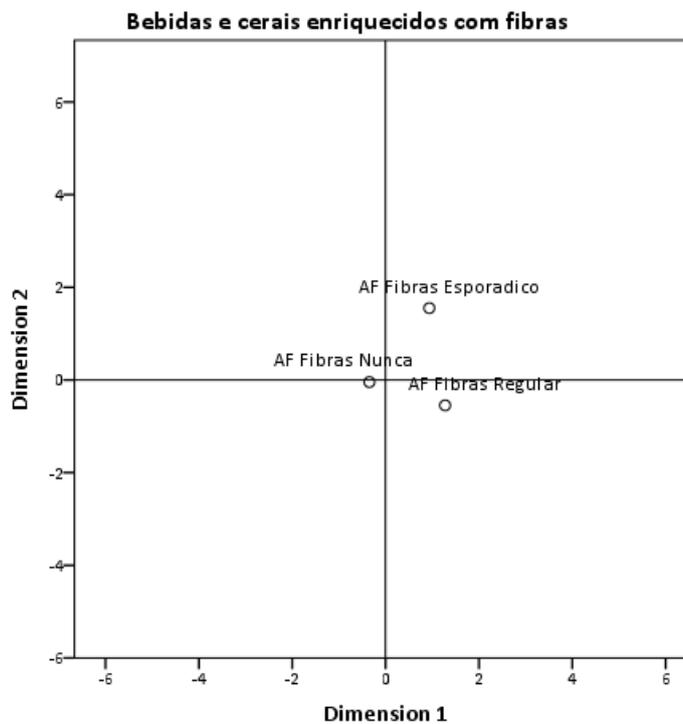
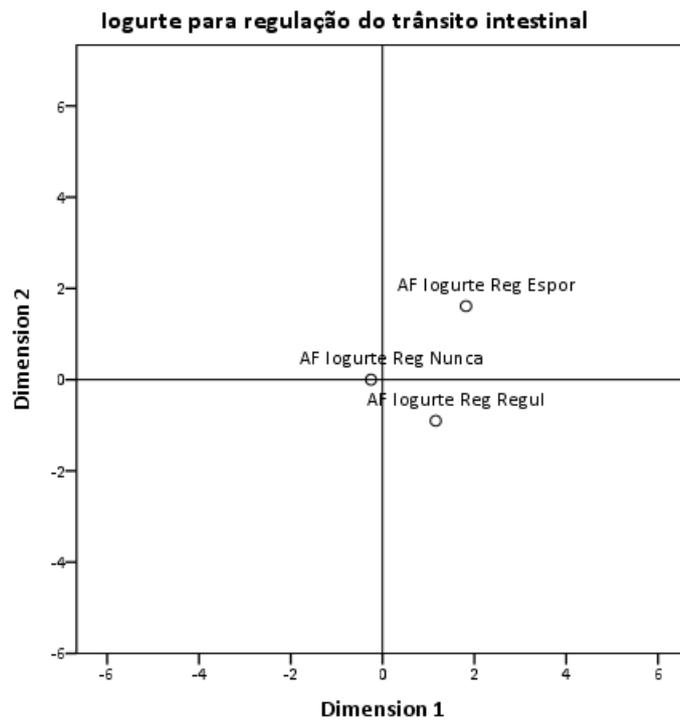
a. 8 cells (44,4%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,33.

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	,079	,688
	Cramer's V	,056	,688
	Contingency Coefficient	,078	,688
N of Valid Cases		1194	

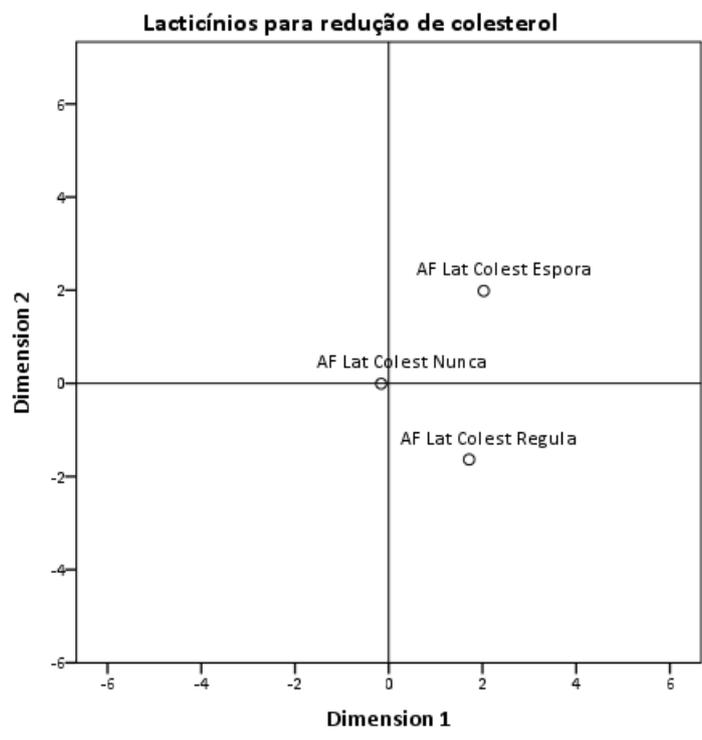
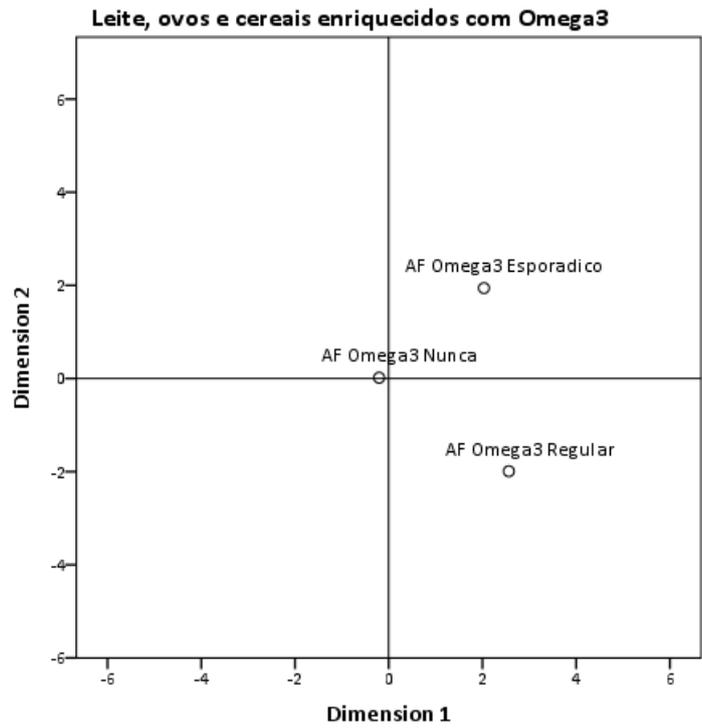
Planos Fatoriais 1-2 parcelares da ACM

Anexo 3.1. Variáveis ativas de consumo de AF



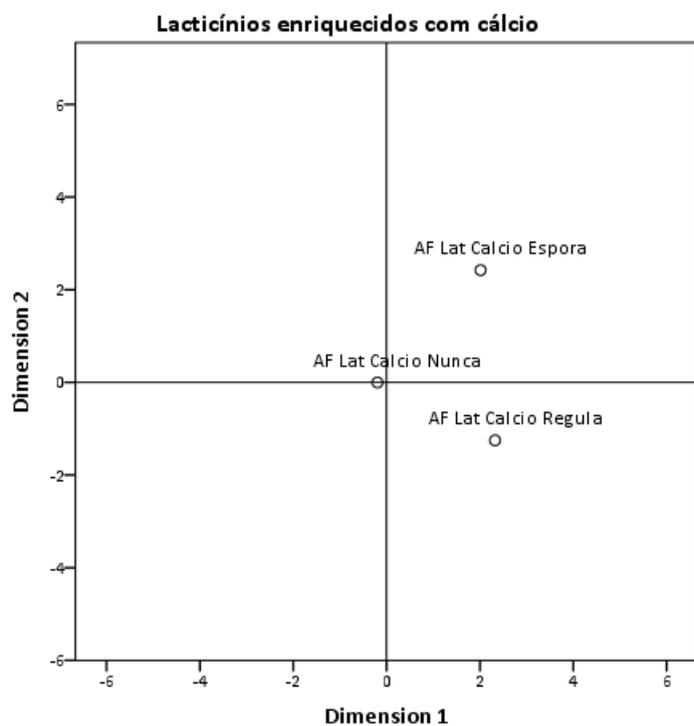
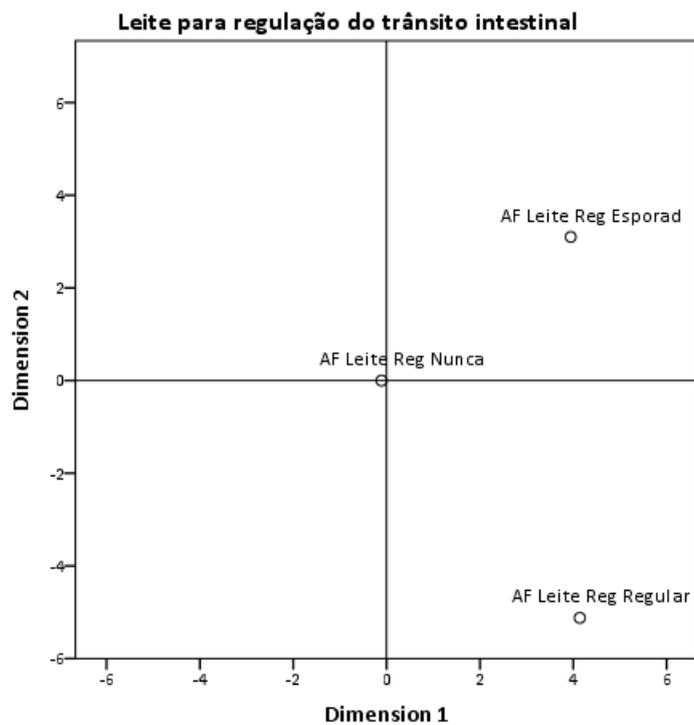
Dimensão 1 – Não-Consumo de AF (esquerda/centro) versus Consumo (quanto maior a variedade consumida de AF, mais à direita)

Dimensão 2 – Regularidade de Consumo de AF (Esporádico em cima versus Regular em baixo)



Dimensão 1 – Não-Consumo de AF (esquerda/centro) versus Consumo (quanto maior a variedade consumida de AF, mais à direita)

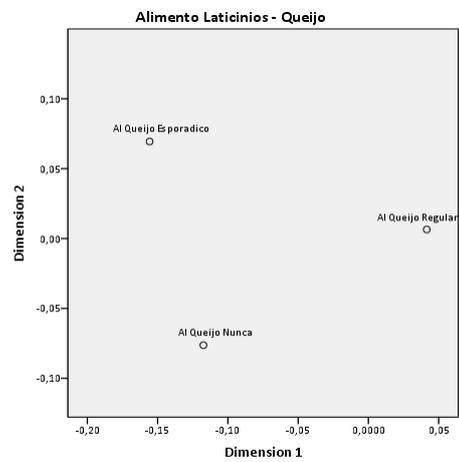
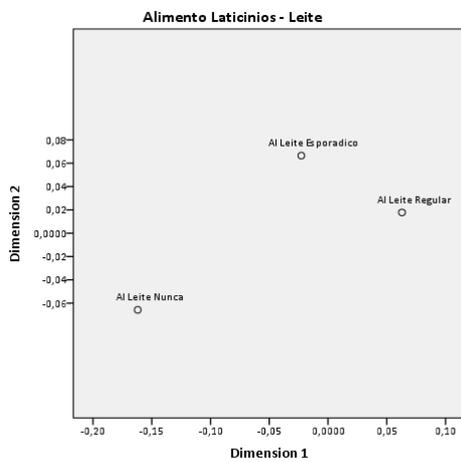
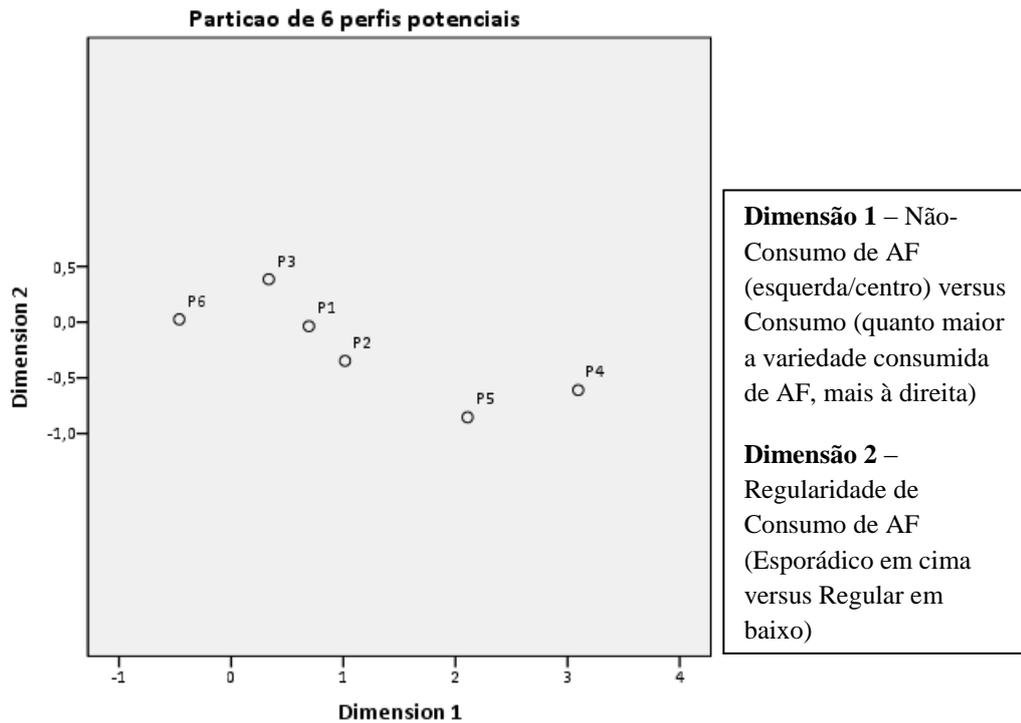
Dimensão 2 – Regularidade de Consumo de AF (Esporádico em cima versus Regular em baixo)



Dimensão 1 – Não-Consumo de AF (esquerda/centro) versus Consumo (quanto maior a variedade consumida de AF, mais à direita)

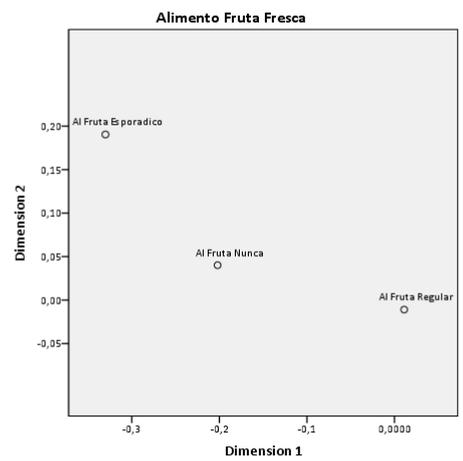
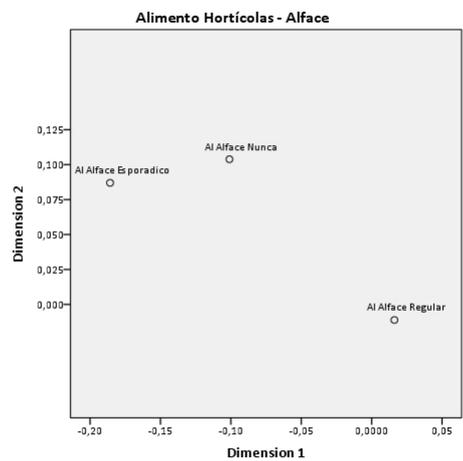
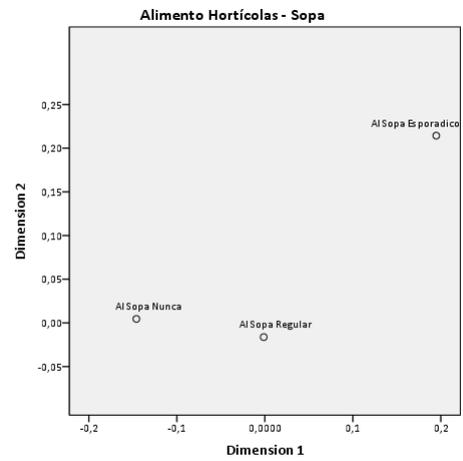
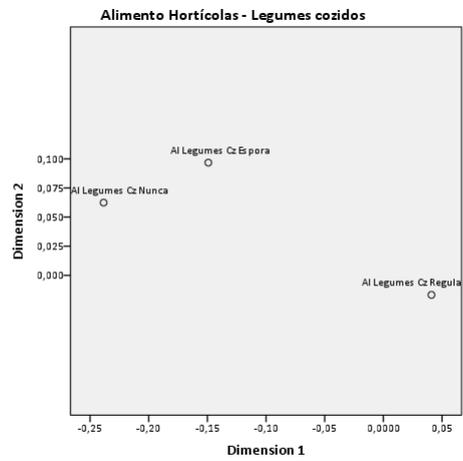
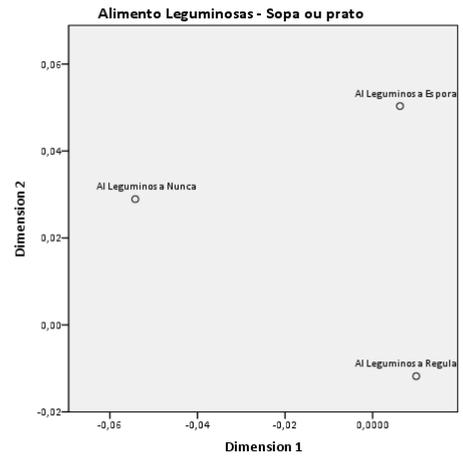
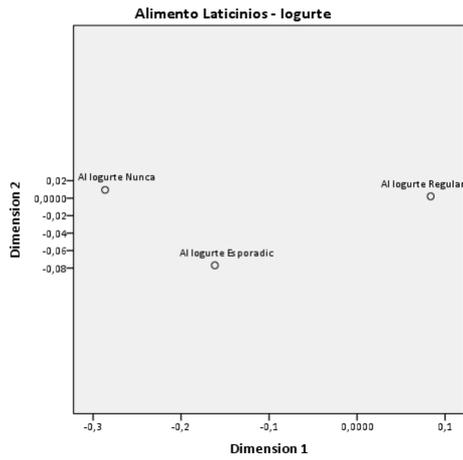
Dimensão 2 – Regularidade de Consumo de AF (Esporádico em cima versus Regular em baixo)

Planos Fatoriais 1-2 parcelares da ACM – variáveis suplementares



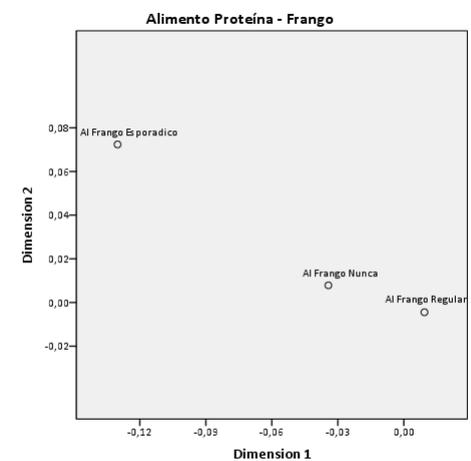
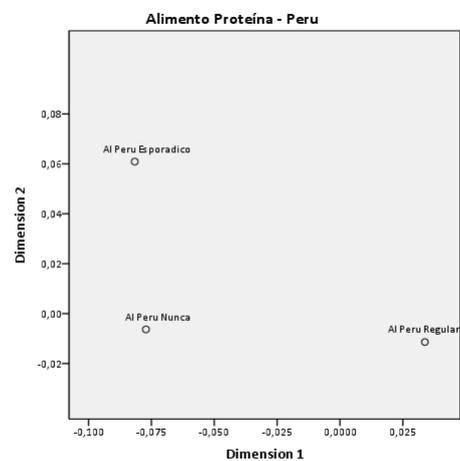
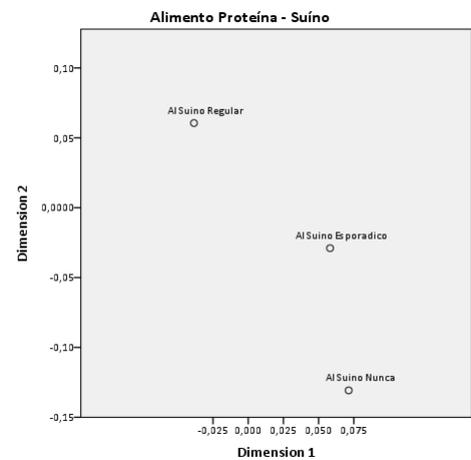
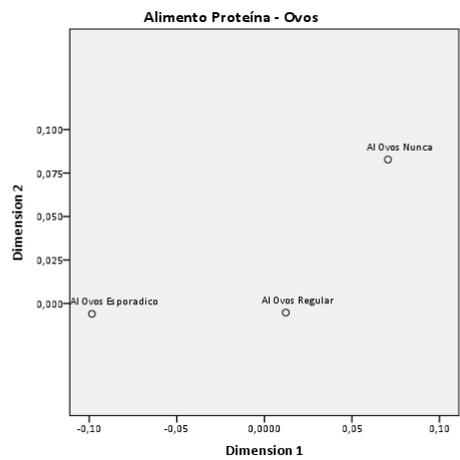
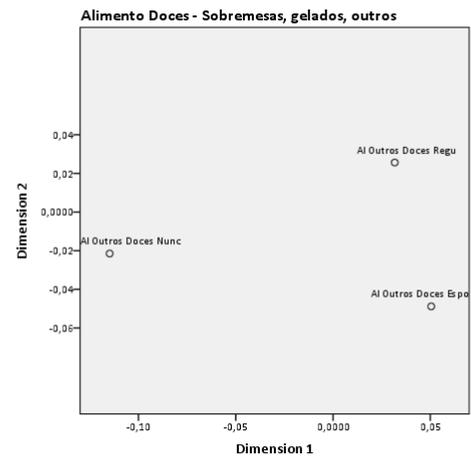
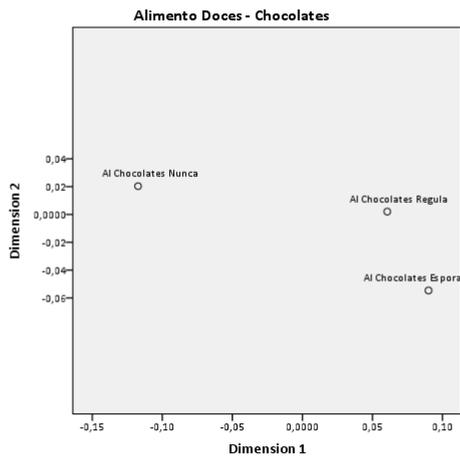
Dimensão 1 – Não-Consumo de AF (esquerda/centro) versus Consumo (quanto maior a variedade consumida de AF, mais à direita)

Dimensão 2 – Regularidade de Consumo de AF (Esporádico em cima versus Regular em baixo)



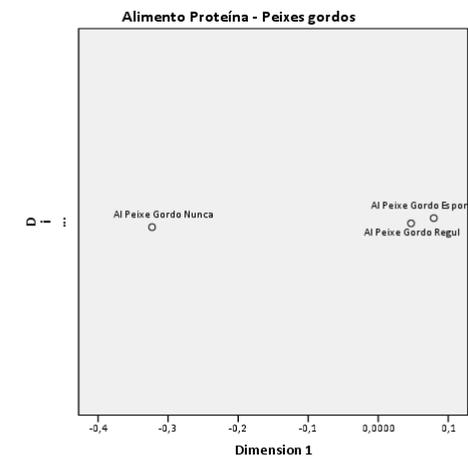
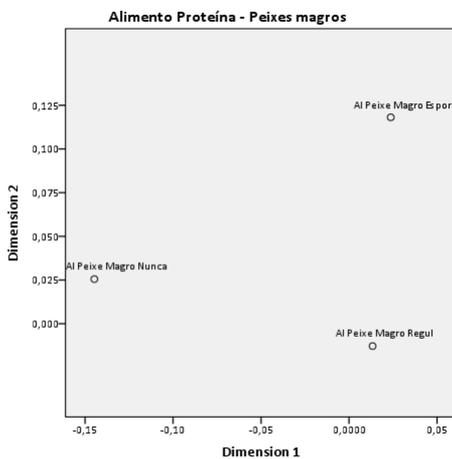
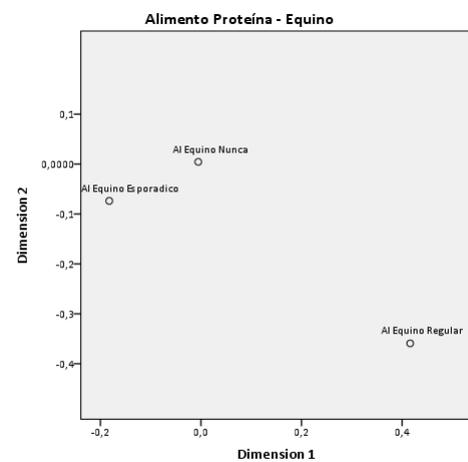
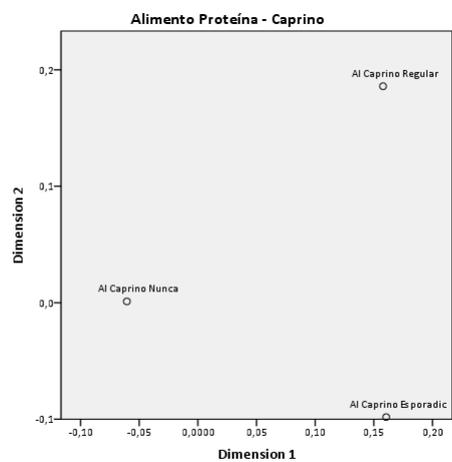
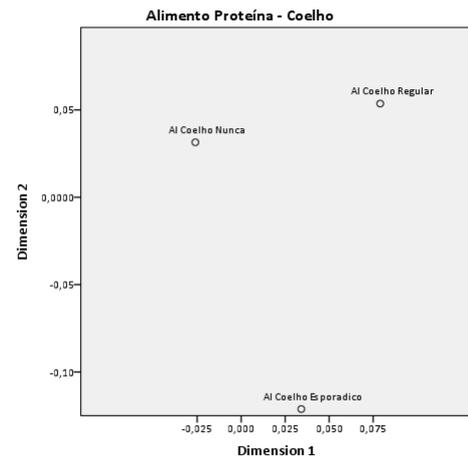
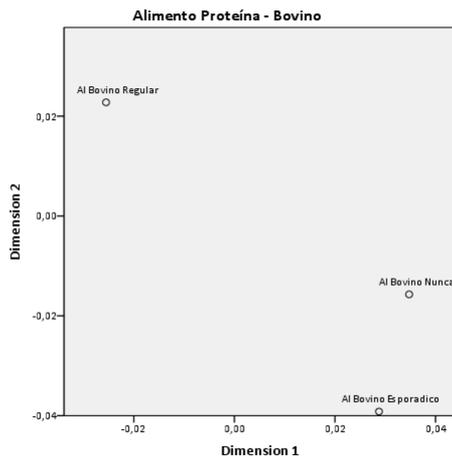
Dimensão 1 – Não-Consumo de AF (esquerda/centro) versus Consumo (quanto maior a variedade consumida de AF, mais à direita)

Dimensão 2 – Regularidade de Consumo de AF (Esporádico em cima versus Regular em baixo)



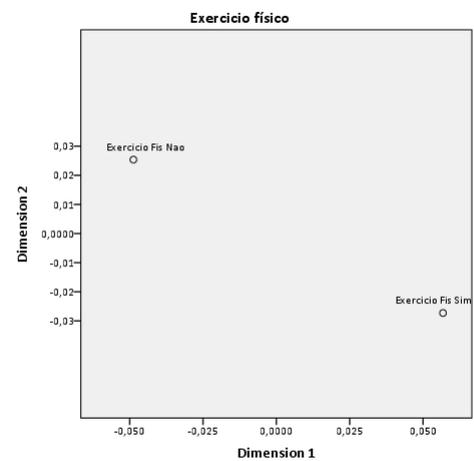
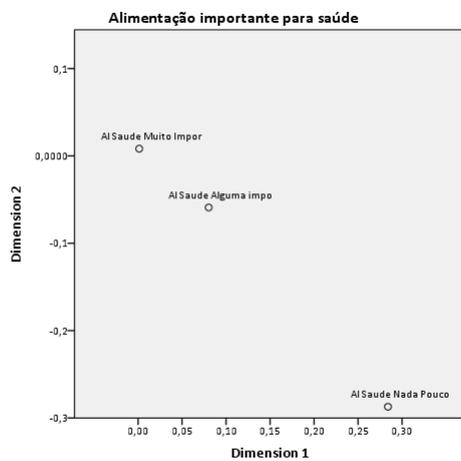
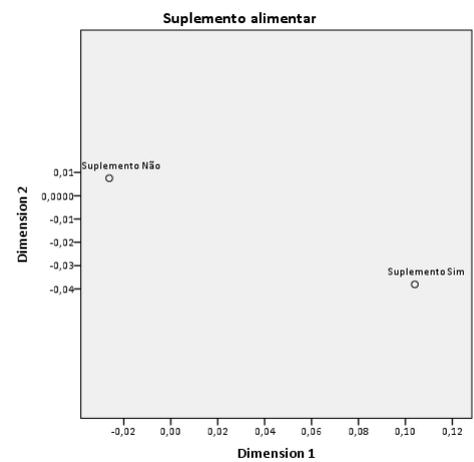
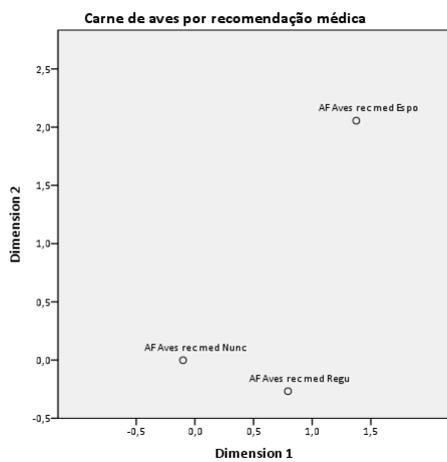
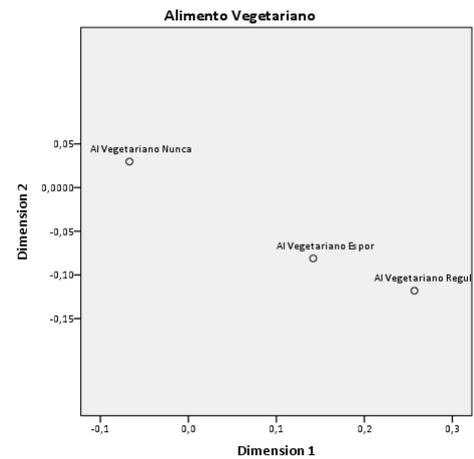
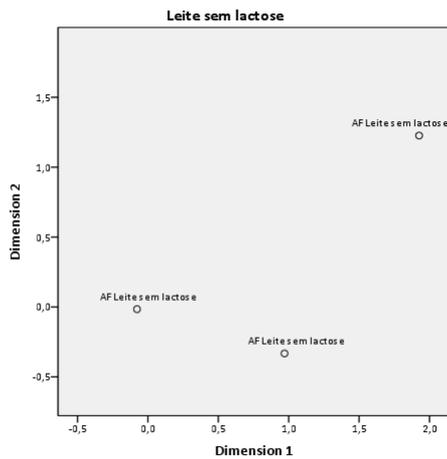
Dimensão 1 – Não-Consumo de AF (esquerda/centro) versus Consumo (quanto maior a variedade consumida de AF, mais à direita)

Dimensão 2 – Regularidade de Consumo de AF (Esporádico em cima versus Regular em baixo)



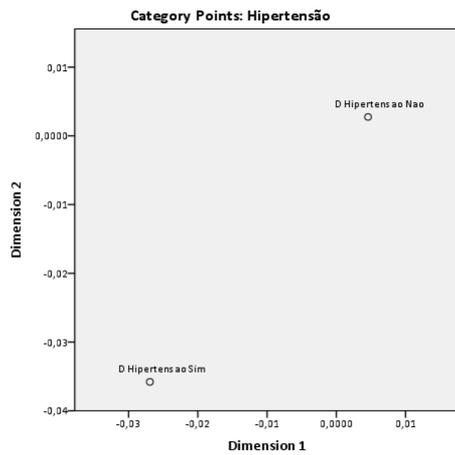
Dimensão 1 – Não-Consumo de AF (esquerda/centro) versus Consumo (quanto maior a variedade consumida de AF, mais à direita)

Dimensão 2 – Regularidade de Consumo de AF (Esporádico em cima versus Regular em baixo)

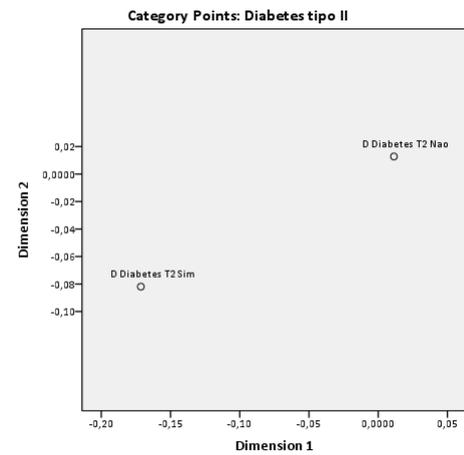


Dimensão 1 – Não-Consumo de AF (esquerda/centro) versus Consumo (quanto maior a variedade consumida de AF, mais à direita)

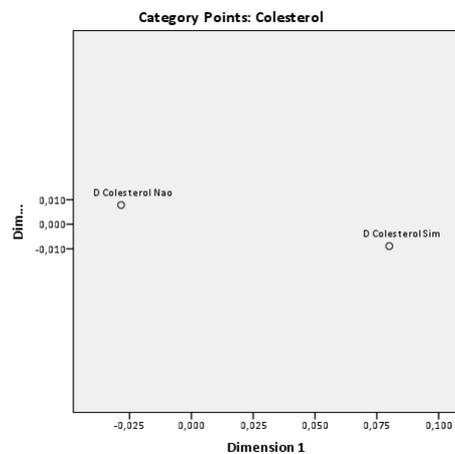
Dimensão 2 – Regularidade de Consumo de AF (Esporádico em cima versus Regular em baixo)



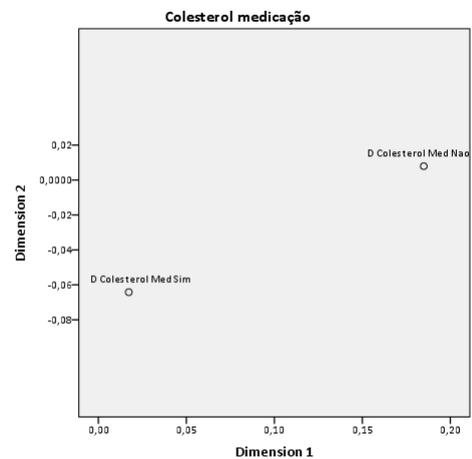
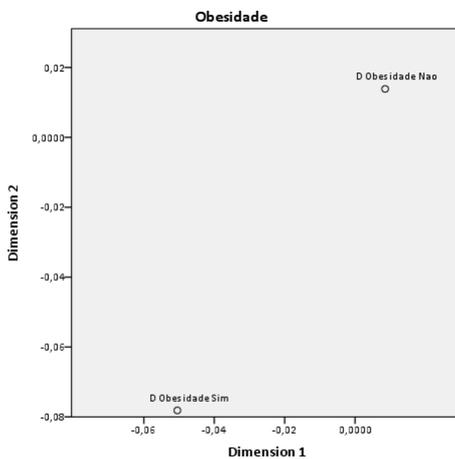
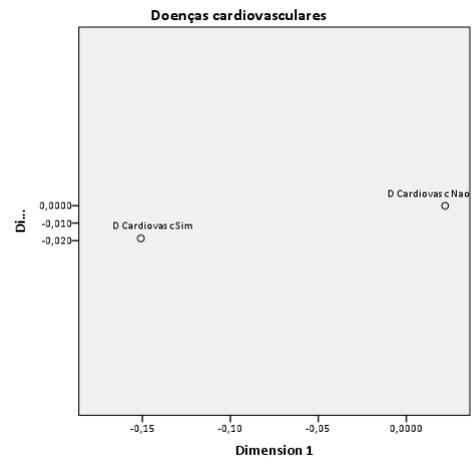
Variable Principal Normalization.



Variable Principal Normalization.

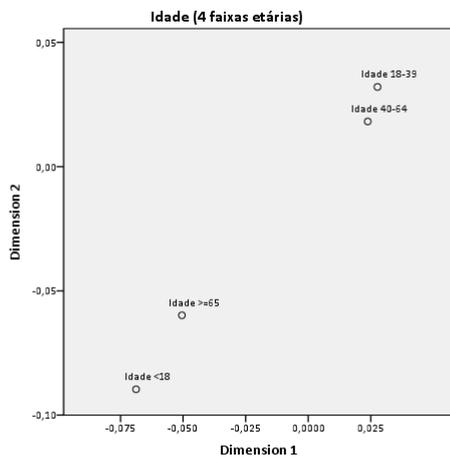
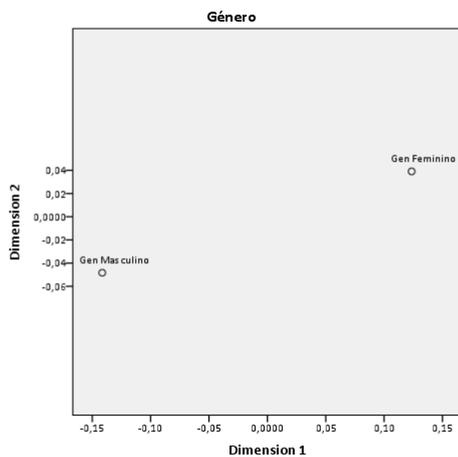
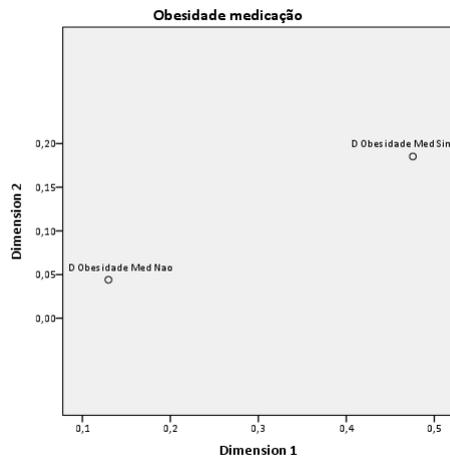
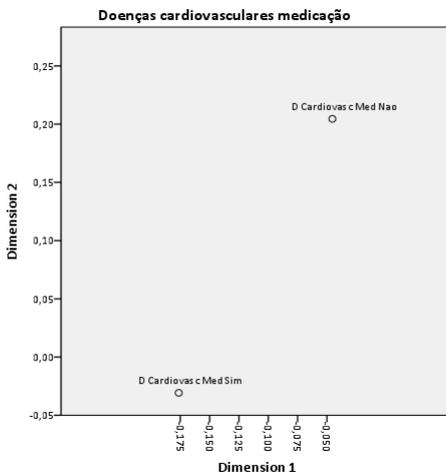
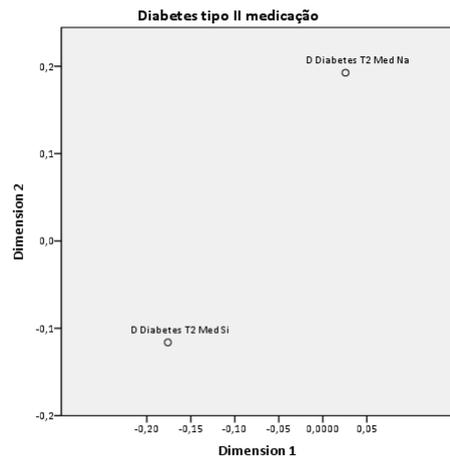
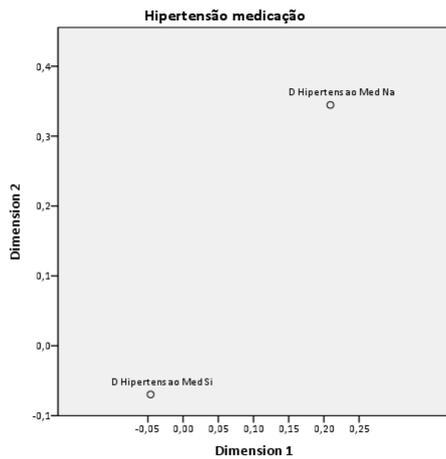


Variable Principal Normalization.



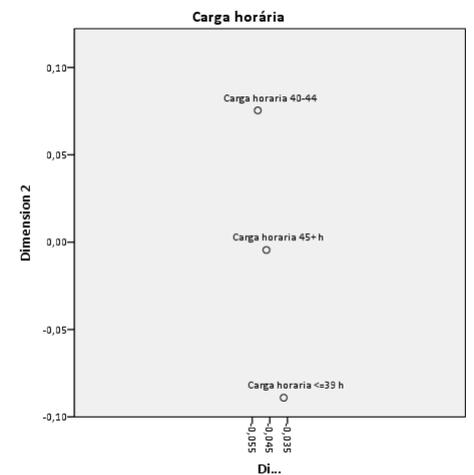
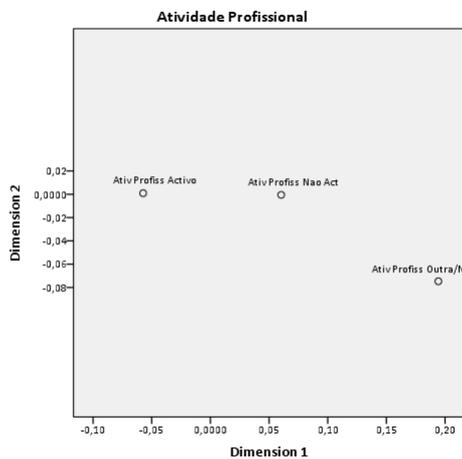
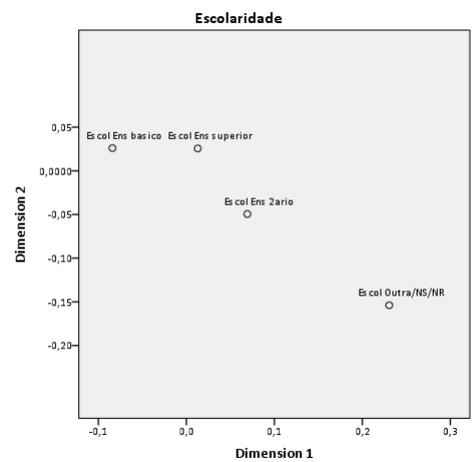
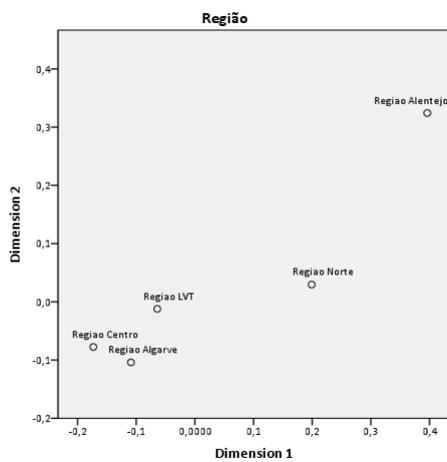
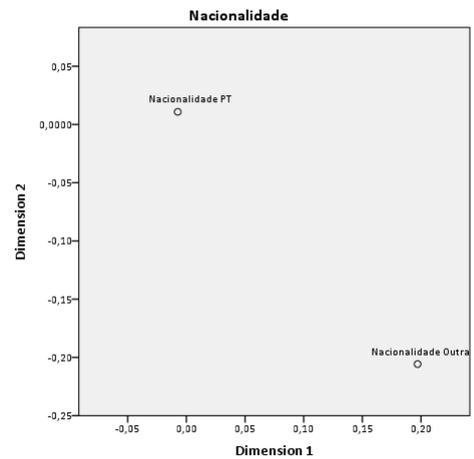
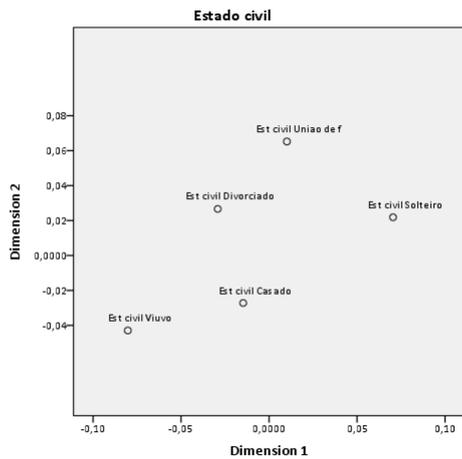
Dimensão 1 – Não-Consumo de AF (esquerda/centro) versus Consumo (quanto maior a variedade consumida de AF, mais à direita)

Dimensão 2 – Regularidade de Consumo de AF (Esporádico em cima versus Regular em baixo)



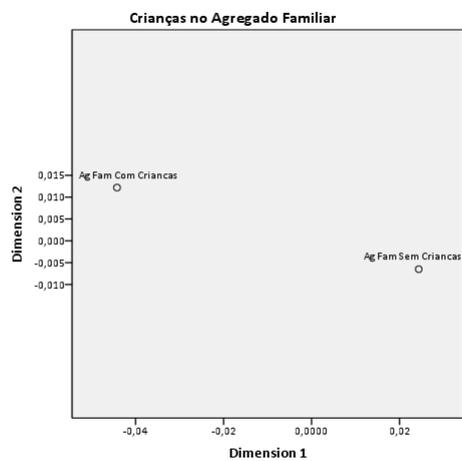
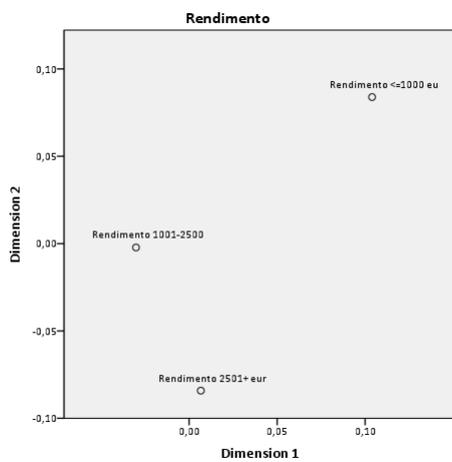
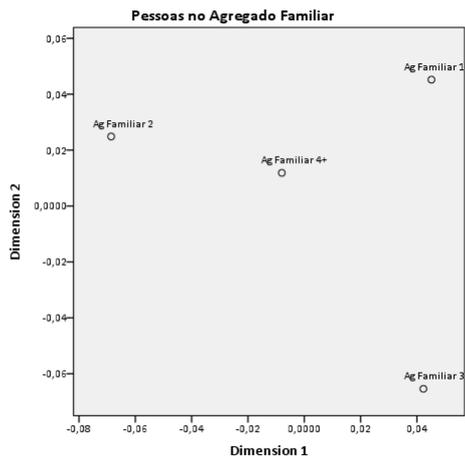
Dimensão 1 – Não-Consumo de AF (esquerda/centro) versus Consumo (quanto maior a variedade consumida de AF, mais à direita)

Dimensão 2 – Regularidade de Consumo de AF (Esporádico em cima versus Regular em baixo)



Dimensão 1 – Não-Consumo de AF (esquerda/centro) versus Consumo (quanto maior a variedade consumida de AF, mais à direita)

Dimensão 2 – Regularidade de Consumo de AF (Esporádico em cima versus Regular em baixo)



Dimensão 1 – Não-Consumo de AF (esquerda/centro) versus Consumo (quanto maior a variedade consumida de AF, mais à direita)

Dimensão 2 – Regularidade de Consumo de AF (Esporádico em cima versus Regular em baixo)

Características mais relevantes nos fatores 1 e 2 da ACM - variáveis ativas e suplementares

Categoria	Dimensão 1	Dimensão 2
logurte para regulação do trânsito intestinal		
AF logurte Reg Nunca	-0,254	0,000
AF logurte Reg Esporadico	1,817	1,612
AF logurte Reg Regular	1,157	-0,902
Bebidas e cereais enriquecidos com fibras		
AF Fibras Nunca	-0,348	-0,044
AF Fibras Esporadico	0,937	1,551
AF Fibras Regular	1,276	-0,546
Leite, ovos e cereais enriquecidos com Omega3		
AF Omega3 Nunca	-0,207	0,017
AF Omega3 Esporadico	2,031	1,943
AF Omega3 Regular	2,561	-1,992
Lactínios para redução de colesterol		
AF Lat Colest Nunca	-0,163	-0,006
AF Lat Colest Esporadico	2,026	1,986
AF Lat Colest Regular	1,714	-1,636
Leite para regulação do trânsito intestinal		
AF Leite Reg Nunca	-0,110	0,000
AF Leite Reg Esporadico	3,945	3,100
AF Leite Reg Regular	4,139	-5,121
Lactínios enriquecidos com cálcio		
AF Lat Calcio Nunca	-0,196	-0,001
AF Lat Calcio Esporadico	2,013	2,422
AF Lat Calcio Regular	2,322	-1,252
Particao de 6 perfis potenciais		
P1	0,693	-0,036
P2	1,015	-0,347
P3	0,335	0,386
P4	3,095	-0,610
P5	2,109	-0,854
P6	-0,463	0,026

Dimensão 1 – Não-Consumo de AF versus Consumo / variedade consumida de AF

Dimensão 2 – Regularidade de Consumo de AF (Esporádico versus Regular)

Categoria	Dimensão 1	Dimensão 2
Alimento Laticínios - Leite		
Al Leite Nunca	-0,162	-0,066
Al Leite Esporadico	-0,023	0,066
Al Leite Regular	0,063	0,018
Alimento Laticínios - Iogurte		
Al Iogurte Nunca	-0,286	0,009
Al Iogurte Esporadico	-0,162	-0,077
Al Iogurte Regular	0,084	0,002
Alimento Laticínios - Queijo		
Al Queijo Nunca	-0,117	-0,076
Al Queijo Esporadico	-0,156	0,069
Al Queijo Regular	0,042	0,006
Alimento Leguminosas - Sopa ou prato		
Al Leguminosa Nunca	-0,054	0,029
Al Leguminosa Esporadico	0,006	0,050
Al Leguminosa Regular	0,010	-0,012
Alimento Hortícolas - Sopa		
Al Sopa Nunca	-0,146	0,005
Al Sopa Esporadico	0,195	0,214
Al Sopa Regular	-0,001	-0,016
Alimento Hortícolas - Legumes cozidos		
Al Legumes Cz Nunca	-0,239	0,062
Al Legumes Cz Esporadico	-0,149	0,097
Al Legumes Cz Regular	0,041	-0,017
Alimento Hortícolas - Alface		
Al Alface Nunca	-0,101	0,104
Al Alface Esporadico	-0,186	0,087
Al Alface Regular	0,016	-0,011
Alimento Fruta Fresca		
Al Fruta Nunca	-0,202	0,040
Al Fruta Esporadico	-0,330	0,190
Al Fruta Regular	0,011	-0,011
Alimento Doces - Chocolates		
Al Chocolates Nunca	-0,117	0,020
Al Chocolates Esporadico	0,090	-0,055
Al Chocolates Regular	0,061	0,002
Alimento Doces - Sobremesas, gelados, outros		
Al Outros Doces Nunca	-0,115	-0,021
Al Outros Doces Esporadico	0,050	-0,049
Al Outros Doces Regular	0,032	0,026

Dimensão 1 – Não-Consumo de AF versus Consumo / variedade consumida de AF

Dimensão 2 – Regularidade de Consumo de AF (Esporádico versus Regular)

Categoria	Dimensão 1	Dimensão 2
Alimento Proteína - Ovos		
Al Ovos Nunca	0,071	0,083
Al Ovos Esporadico	-0,098	-0,006
Al Ovos Regular	0,012	-0,005
Alimento Proteína - Frango		
Al Frango Nunca	-0,034	0,008
Al Frango Esporadico	-0,130	0,072
Al Frango Regular	0,009	-0,004
Alimento Proteína - Peru		
Al Peru Nunca	-0,077	-0,006
Al Peru Esporadico	-0,082	0,061
Al Peru Regular	0,034	-0,011
Missing		
Alimento Proteína - Suíno^a		
Al Suino Nunca	0,071	-0,131
Al Suino Esporadico	0,058	-0,029
Al Suino Regular	-0,039	0,061
Alimento Proteína - Bovino		
Al Bovino Nunca	0,035	-0,016
Al Bovino Esporadico	0,029	-0,039
Al Bovino Regular	-0,026	0,023
Alimento Proteína - Equino		
Al Equino Nunca	-0,005	0,004
Al Equino Esporadico	-0,182	-0,074
Al Equino Regular	0,416	-0,359
Alimento Proteína - Caprino		
Al Caprino Nunca	-0,061	0,001
Al Caprino Esporadico	0,160	-0,098
Al Caprino Regular	0,158	0,186
Alimento Proteína - Coelho		
Al Coelho Nunca	-0,026	0,031
Al Coelho Esporadico	0,034	-0,121
Al Coelho Regular	0,079	0,054
Alimento Proteína - Peixes magros		
Al Peixe Magro Nunca	-0,145	0,026
Al Peixe Magro Esporadico	0,024	0,118
Al Peixe Magro Regular	0,013	-0,013

Dimensão 1 – Não-Consumo de AF versus Consumo / variedade consumida de AF

Dimensão 2 – Regularidade de Consumo de AF (Esporádico versus

Categoria	Dimensão 1	Dimensão 2
Alimentação importante para saúde		
Al Saude Nada Pouco importante	0,284	-0,287
Al Saude Alguma importancia	0,080	-0,059
Al Saude Muito Importante	0,001	0,008
Suplemento alimentar		
Suplemento Sim	0,104	-0,038
Suplemento Não	-0,026	0,008
Exercício físico		
Exercicio Fis Sim	0,057	-0,027
Exercicio Fis Nao	-0,049	0,025
Hipertensão		
D Hipertensao Sim	-0,027	-0,036
D Hipertensao Nao	0,005	0,003
Colesterol		
D Colesterol Sim	0,080	-0,009
D Colesterol Nao	-0,028	0,008
Diabetes tipo II		
D Diabetes T2 Sim	-0,171	-0,082
D Diabetes T2 Nao	0,011	0,013
Doenças cardiovasculares		
D Cardiovasc Sim	-0,151	-0,019
D Cardiovasc Nao	0,022	0,000
Obesidade		
D Obesidade Sim	-0,051	-0,078
D Obesidade Nao	0,009	0,014
Hipertensão medicação		
D Hipertensao Med Sim	-0,046	-0,070
D Hipertensao Med Nao	0,209	0,345
Colesterol medicação		
D Colesterol Med Sim	0,017	-0,064
D Colesterol Med Nao	0,185	0,008
Diabetes tipo II medicação		
D Diabetes T2 Med Sim	-0,176	-0,116
D Diabetes T2 Med Nao	0,026	0,193
Doenças cardiovasculares medicação		
D Cardiovasc Med Sim	-0,176	-0,031
D Cardiovasc Med Nao	-0,045	0,205
Obesidade medicação		
D Obesidade Med Sim	0,476	0,185
D Obesidade Med Nao	0,130	0,044

Dimensão 1 – Não-Consumo de AF versus Consumo / variedade consumida de AF

Dimensão 2 – Regularidade de Consumo de AF (Esporádico versus Regular)

Categoria	Dimensão 1	Dimensão 2
Género		
Gen Feminino	0,124	0,039
Gen Masculino	-0,141	-0,048
Idade (4 faixas etárias)		
Idade <18	-0,069	-0,090
Idade 18-39	0,028	0,032
Idade 40-64	0,024	0,018
Idade >=65	-0,050	-0,060
Estado civil		
Est civil Solteiro	0,070	0,022
Est civil Casado	-0,015	-0,027
Est civil Uniao de fato	0,010	0,065
Est civil Divorciado	-0,029	0,027
Est civil Viuvo	-0,080	-0,043
Nacionalidade		
Nacionalidade PT	-0,007	0,011
Nacionalidade Outra	0,197	-0,206
Região		
Regiao Norte	0,199	0,030
Regiao Centro	-0,173	-0,078
Regiao LVT	-0,064	-0,012
Regiao Alentejo	0,396	0,324
Regiao Algarve	-0,109	-0,104
Escolaridade		
Escol Ens basico	-0,084	0,026
Escol Ens 2ario	0,069	-0,049
Escol Ens superior	0,013	0,026
Escol Outra/NS/NR	0,231	-0,154
Atividade Profissional		
Ativ Profiss Activo	-0,057	0,001
Ativ Profiss Nao Activo	0,060	0,000
Ativ Profiss Outra/NS/NR	0,194	-0,075
Carga horária		
Carga horaria <=39 h	-0,037	-0,089
Carga horaria 40-44 h	-0,052	0,075
Carga horaria 45+ h	-0,047	-0,004
Crianças no Agregado Familiar		
Ag Fam Com Crianças	-0,044	0,012
Ag Fam Sem Crianças	0,024	-0,006
Pessoas no Agregado Familiar		
Ag Familiar 1	0,045	0,045
Ag Familiar 2	-0,069	0,025
Ag Familiar 3	0,042	-0,065
Ag Familiar 4+	-0,008	0,012
Rendimento		
Rendimento <=1000 eur	0,104	0,084
Rendimento 1001-2500 eur	-0,030	-0,002
Rendimento 2501+ eur	0,007	-0,084

Dimensão 1 – Não-Consumo de AF versus Consumo / variedade consumida de AF

Dimensão 2 – Regularidade de Consumo de AF (Esporádico versus Regular)

**ANEXO E – ESTUDO ONAP – RELATÓRIO ESTATÍSTICO.
CARACTERIZAÇÃO DOS CONSUMOS**

Observatório da Nutrição e Alimentação em Portugal – 1ª Edição

NOTAS METODOLÓGICAS PRÉVIAS

1. A utilização de alimentos para prevenção de doença ou promoção de bem-estar (*vulgo* “consumos”) foi agrupada nas seguintes categorias: (1) nunca; (2) esporádico (de vez em quando ou 1-2x/mês) e (3) regular (semanalmente ou diariamente). Para cada uma das categorias de *consumos*, as respostas NS/NR (não sabe/não responde) foram excluídas da análise, o que implica que o total de respondentes varie em função da categoria analisada.

2. De seguida, as categorias de alimentos funcionais (excluindo o leite sem lactose e o consumo de carne de aves por recomendação médica ou motivos de saúde) foram agrupadas da seguinte forma, de acordo com os seus possíveis *objetivos terapêuticos*:

- A. **REGULAÇÃO TRÂNSITO INTESTINAL**, incluindo (1) iogurtes para a regulação do trânsito intestinal, (2) bebidas (ex. água, leite) e cereais enriquecidos com fibras e (3) leite para a regulação do trânsito intestinal;
- B. **REDUÇÃO/PREVENÇÃO DO COLESTEROL**, incluindo (1) leite, ovos e cereais enriquecidos com ácidos gordos Ómega 3 e (2) laticínios para a redução do colesterol
- C. **MELHORIA/PREVENÇÃO DA SAÚDE ÓSSEA**, incluindo (1) laticínios enriquecidos em cálcio para a saúde óssea.

Para efeitos de uma primeira análise exploratória, em cada uma das categorias de alimentos funcionais, os consumos (independentemente da frequência de consumo) foram agrupados permitindo uma classificação dicotómica (consome/não consome).

3. A variável “idade” foi categorizada nos seguintes grupos etários: 18-39; 40-64 e 65 ou mais anos.

4. O local de residência foi agrupado nas seguintes categorias (regiões): Norte (Alto-Trás-os-Montes; Grande Porto); Centro (Baixo Vouga; Beira Interior Sul); Lisboa e Vale do Tejo (Lezíria do Tejo; Grande Lisboa; Península de Setúbal); Alentejo (Baixo Alentejo); Algarve (Algarve). Esta categorização encontra-se alinhada com a utilizada no estudo do ONAP.

5. A variável “rendimento” foi categorizada nos seguintes grupos: até 500€; 501-1.000€; 1.001-2.500€; mais de 2.500€.

6. A variável “escolaridade” foi categorizada nos seguintes grupos: ensino básico (até ao 9º ano); ensino secundário (até ao 12º ano); ensino superior.

7. Elaborou-se ainda um modelo de regressão logística para avaliar o efeito de cada uma das variáveis em estudo no consumo de alimentos funcionais, não se tendo encontrado significado estatístico para o mesmo.

Apresentam-se, de seguida, as frequências absolutas e relativas das variáveis em estudo, bem como o *valor-p* resultante da utilização do teste Qui-Quadrado, para avaliação da associação entre os *consumos* e as variáveis sociodemográficas. Avaliou-se ainda a relação entre os *consumos* e a prática habitual de exercício físico.

APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

1. CARACTERIZAÇÃO GERAL DO CONSUMO DE ALIMENTOS PARA PREVENÇÃO DE DOENÇA OU PROMOÇÃO DE BEM-ESTAR

Os participantes no inquérito do ONAP foram inquiridos sobre a utilização de oito categorias de alimentos para prevenir uma doença ou assegurar bem-estar. Analisando as suas respostas, verificamos que 731 (59.9%) inquiridos referem não consumir qualquer uma dessas categorias, enquanto os restantes 490 (40.1%) consumiram pelo menos uma das categorias, independentemente da frequência de consumo (figura 1).

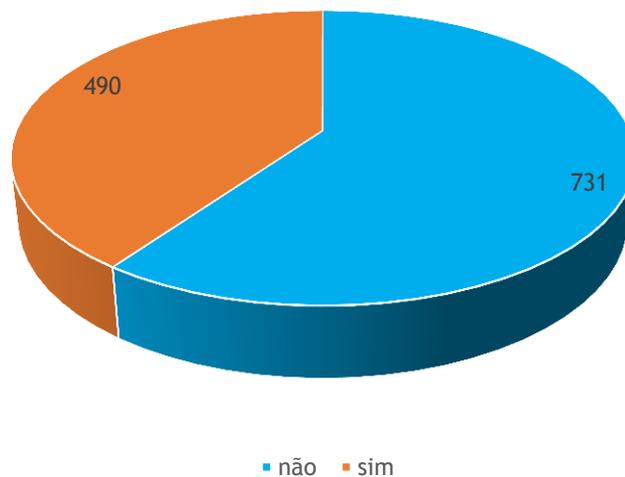


Figura 1: Caracterização geral do consumo de alimentos para prevenção de doença ou promoção de bem-estar

Fonte: Pergunta 3.9 do inquérito do ONAP

Analisando o consumo em simultâneo de diferentes alimentos para prevenção de doença/promoção de bem-estar, tendo em conta as frequências de consumo para as diferentes categorias de alimentos, verificamos que no grupo dos consumidores (n=490), 200 (40.8%) inquiridos consomem diária ou semanalmente (consumo regular) uma das categorias de alimentos, diminuindo a frequência de consumo com o aumento do número de categorias (Tabela 1).

TABELA 1: CATEGORIZAÇÃO DA UTILIZAÇÃO DE ALIMENTOS PARA PREVENÇÃO DE DOENÇA OU PROMOÇÃO DE BEM-ESTAR, POR FREQUÊNCIA DE CONSUMO (N=1,221)

CATEGORIAS DE ALIMENTOS	Esporádico	Regular	Total
Nenhuma			731 (59.9%)
1	157	200	357 (29.2%)
2 a 3	88	118	206 (16.9%)
4 ou mais	15	17	32 (2.6%)

Fonte: Pergunta 3.9 do inquérito do ONAP

Considerando que o mesmo inquirido pode ser consumidor *regular* de uma das categorias de alimentos para prevenção de doença/promoção de bem-estar e ainda consumir *esporadicamente* uma ou mais das outras categorias, isso implica que na tabela anterior o somatório das três linhas referentes à utilização de categorias de alimentos para prevenção de doença/promoção de bem-estar seja superior a 490 (total de consumidores).

Das oito categorias de alimentos para prevenção de doença/promoção de bem-estar, todas são consideradas como *alimentos funcionais*, à exceção do “leite sem lactose” e da “carne de aves por recomendação médica ou motivos de saúde”. Desse modo, analisando o total dos consumos por categoria de alimentos para prevenção da doença/promoção de bem-estar¹, agregando o consumo regular e esporádico por categoria, verificamos que 80.7% dos alimentos consumidos são, de facto, são alimentos funcionais (figura 2).

¹ Neste caso, a unidade de análise é a categoria de alimentos para prevenção da doença/promoção de bem-estar e não o inquirido, o que implica que o mesmo inquirido poderá, no limite, consumir as oito categorias de alimentos e dessa forma, ser contabilizado no total dos consumos oito vezes.

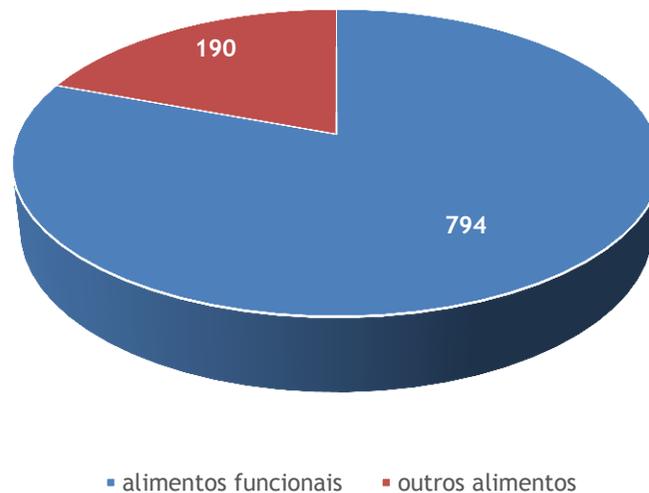


Figura 2: Distribuição de consumo de alimentos funcionais e outros alimentos para prevenção de doença/promoção de saúde

Fonte: Pergunta 3.9 do inquérito do ONAP

No conjunto das oito categorias de alimentos analisadas, a categoria 2: bebidas (ex. água, leite) e cereais enriquecidos com fibras é a que apresenta um maior consumo regular (diariamente ou semanalmente), seguindo-se a categoria 8: carne de aves por recomendação médica ou motivos de saúde e a categoria 1: iogurtes para a regulação do trânsito intestinal. Pelo contrário, as categorias com menores frequências de consumo são a categoria 5: leite para a regulação do trânsito intestinal (97.4% nunca utiliza e menos de 1% dos inquiridos consome regularmente), 6: leite sem lactose (94.5%) e 7: lacticínios para a redução do colesterol (92.1%) (Tabela 2).

TABELA 2: CARACTERIZAÇÃO DA UTILIZAÇÃO DE ALIMENTOS PARA PREVENÇÃO DE DOENÇA OU PROMOÇÃO DE BEM-ESTAR

CATEGORIAS DE ALIMENTOS PARA PREVENÇÃO DE DOENÇA OU PROMOÇÃO DE BEM-ESTAR	Nunca	Esporádico	Regular	Total
1: Iogurtes para a regulação do trânsito intestinal	1,026 (84.5%)	90 (7.4%)	98 (8.1%)	1,214
2: Bebidas (ex. água, leite) e cereais enriquecidos com fibras	931 (76.8%)	119 (9.8%)	162 (13.4%)	1,212
3: Leite, ovos e cereais enriquecidos com ácidos gordos Ômega 3	1,109 (91.9%)	55 (4.6%)	43 (3.6%)	1,207
4: Laticínios para a redução do colesterol	1,117 (92.1%)	54 (4.5%)	42 (3.5%)	1,213
5: Leite para a regulação do trânsito intestinal	1,180 (97.4%)	21 (1.7%)	11 (0.9%)	1,212
6: Leite sem lactose	1,145 (94.5%)	28 (2.3%)	39 (3.2%)	1,212
7: Laticínios enriquecidos em cálcio para a saúde óssea	1,113 (91.8%)	41 (3.4%)	58 (4.8%)	1,212
8: Carne de aves por recomendação médica ou motivos de saúde	1,089 (89.9%)	23 (1.9%)	100 (8.3%)	1,212

Fonte: Pergunta 3.9 do inquérito do ONAP

De um modo geral, pode dizer-se que o consumo (regular ou esporádico) destas categorias de alimentos é reduzido; a maior frequência de consumo não atinge, sequer, ¼ dos respondentes. Agrupando os consumos de alimentos funcionais propriamente ditos (excluindo, portanto, as categorias 6 e 8) verifica-se que o consumo de bebidas (ex. água, leite) e cereais enriquecidos com fibras (categoria 2) corresponde a 37% do total de alimentos funcionais utilizados pelos respondentes do inquérito e que juntamente com o consumo de iogurtes para a regulação do trânsito intestinal correspondem a mais de metade dos alimentos funcionais consumidos, de forma regular ou esporádica (figura 3).

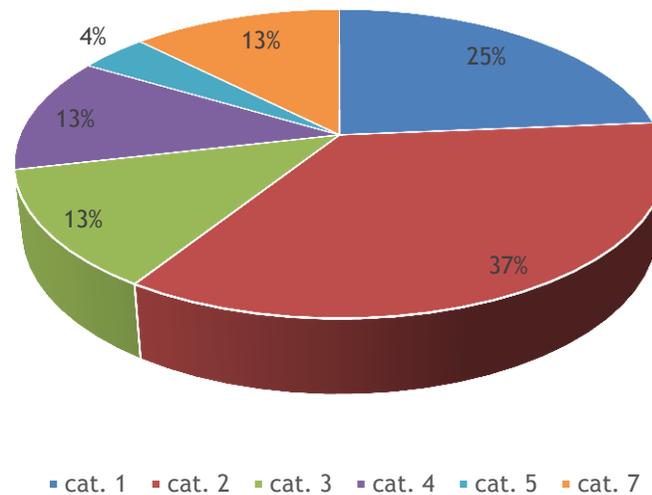


Figura 3: Distribuição do consumo das categorias de alimentos funcionais

Legenda: cat. 1 - iogurtes para a regulação do trânsito intestinal; cat. 2 - Bebidas (ex. água, leite) e cereais enriquecidos com fibras; cat. 3 - Leite, ovos e cereais enriquecidos com ácidos gordos Ômega 3; cat. 4 - Laticínios para a redução do colesterol; cat. 5 - Leite para a regulação do trânsito intestinal; cat. 7 - Laticínios enriquecidos em cálcio para a saúde óssea

Fonte: Pergunta 3.9 do inquérito do ONAP

Para os inquiridos que referem consumir regularmente dois ou mais alimentos para prevenção de doença ou promoção de bem-estar, as cinco associações mais comuns correspondem, de forma decrescente a: (1) iogurtes para a regulação do trânsito intestinal e bebidas (ex. água, leite) e cereais enriquecidos com fibras; (2) bebidas (ex. água, leite) e cereais enriquecidos com fibras e carne de aves por recomendação médica ou motivos de saúde e (3) bebidas (ex. água, leite) e cereais enriquecidos com fibras e leite, ovos e cereais enriquecidos com ácidos gordos Ômega 3; (4) bebidas (ex. água, leite) e cereais enriquecidos com fibras e laticínios enriquecidos em cálcio para a saúde óssea e (5) iogurtes para a regulação do trânsito intestinal e carne de aves por recomendação médica ou motivos de saúde (Tabela 3).

TABELA 3: COMBINAÇÃO DE ALIMENTOS PARA PREVENÇÃO DE DOENÇA OU PROMOÇÃO DE BEM-ESTAR (N=118)

	Categoria 1	Categoria 2	Categoria 3	Categoria 4	Categoria 5	Categoria 6	Categoria 7	Categoria 8
Categoria 1		38	4	4	0	3	8	10
Categoria 2	38		19	5	0	8	16	26
Categoria 3	4	19		3	0	1	7	6
Categoria 4	4	5	3		0	2	4	5
Categoria 5	0	0	0	0		0	1	1
Categoria 6	3	8	1	2	0		5	1
Categoria 7	8	16	7	4	1	5		8
Categoria 8	10	26	6	5	1	1	8	

Fonte: Pergunta 3.9 do inquérito do ONAP

Independentemente da categoria e da frequência de utilização de alimentos funcionais, do total de consumidores de alimentos funcionais (n=395) a maioria (62.5%) são mulheres. Em todos os grupos etários, o consumo relativo de alimentos funcionais é maior nas mulheres, comparativamente aos homens. O consumo mais elevado verifica-se no grupo etário entre os 40 e os 64 anos em ambos os géneros, diminuindo com a idade (figura 4). As diferenças encontradas apresentam significância estatística para o género ($p < 0.001$) mas não para a idade ($p = 0.208$).

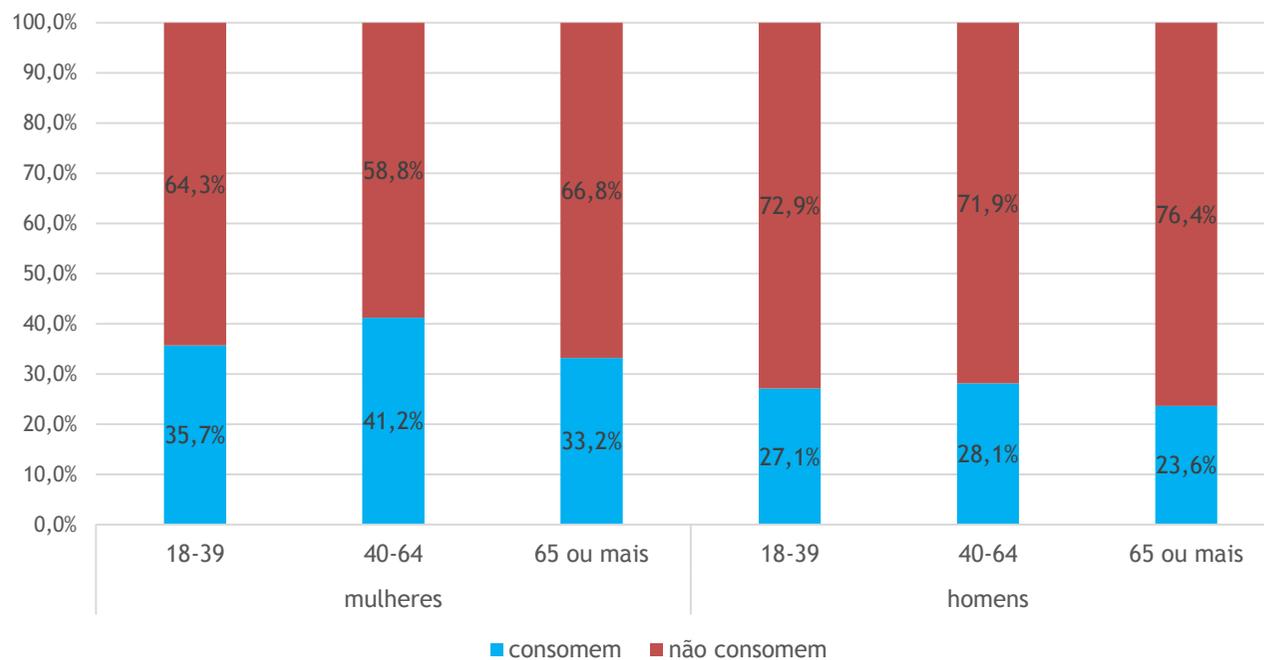


Figura 4: Distribuição do consumo de alimentos funcionais, independentemente da categoria e da frequência de consumo, por género e idade

Fonte: Perguntas 3.9, 7.1 e 7.2 do inquérito do ONAP

Analisando os consumos em função da região do País, o Algarve apresenta o consumo mais baixo (20.0%) e a região Norte, o consumo mais elevado (38.3%). O Alentejo e a região de Lisboa e Vale do Tejo apresentam consumos similares (32.1% e 32.2%, respetivamente) e na região Centro, o consumo é de 27.9% (figura 5). Estas diferenças encontradas entre as regiões do País são estatisticamente significativas ($p=0.024$).

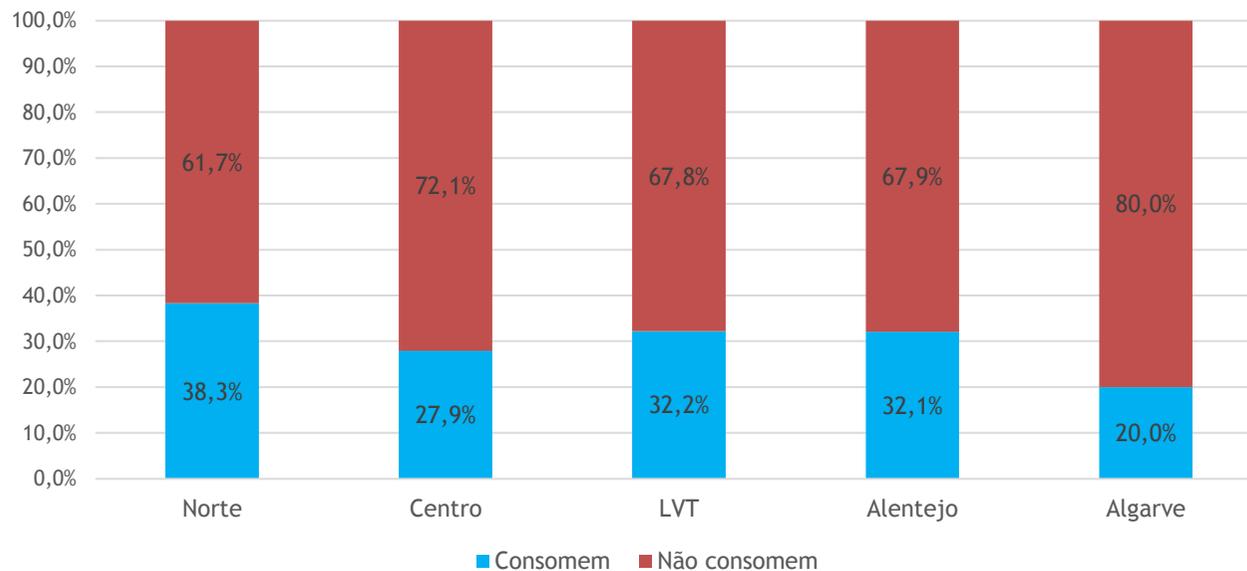


Figura 5: Distribuição do consumo de alimentos funcionais, independentemente da categoria e da frequência de consumo, por região do País

Fonte: Perguntas 3.9 e 7.5 do inquérito do ONAP

De uma forma geral, o consumo de alimentos funcionais aumenta em função do rendimento médio mensal bruto do agregado familiar (figura 6) e do nível de escolaridade dos inquiridos (figura 7), sem significado estatístico no primeiro caso ($p=0.104$) mas com significado estatístico no segundo ($p=0.027$).

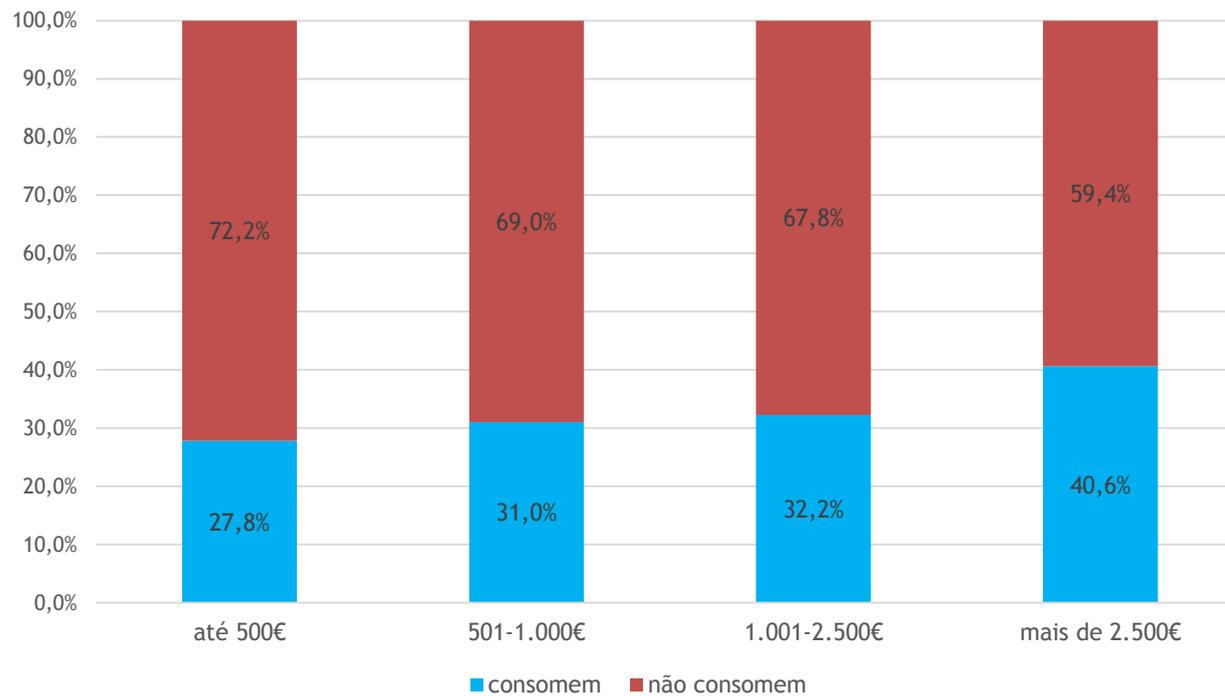


Figura 6: Distribuição do consumo de alimentos funcionais, independentemente da categoria e da frequência, por rendimento bruto mensal do agregado familiar
 Fonte: Perguntas 3.9 e 7.10 do inquérito do ONAP

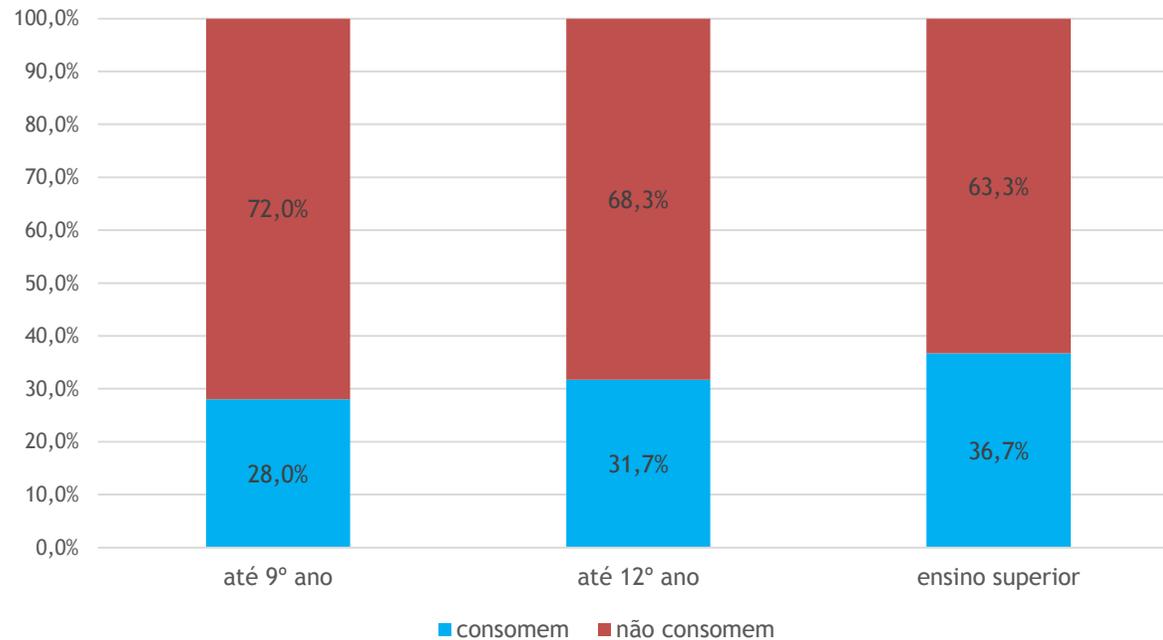


Figura 7: Distribuição do consumo de alimentos funcionais, independentemente da categoria e da frequência, por nível de escolaridade

Fonte: Perguntas 3.9 e 7.6 do inquérito do ONAP

O consumo de alimentos funcionais é superior entre os praticantes de exercício físico, verificando-se que mais de 1/3 destes (35.7%) referem consumir alimentos funcionais enquanto no grupo dos não praticantes de exercício físico, esse valor é de 29.2%. Esta diferença tem significado estatístico ($p=0.016$) (figura 8).

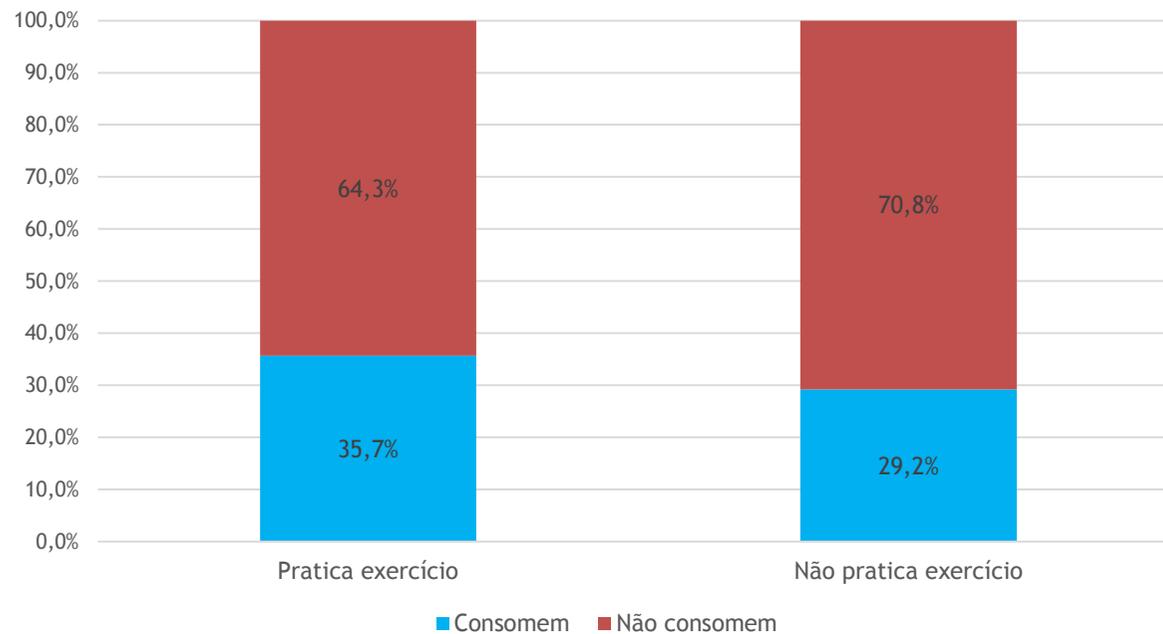


Figura 8: Consumo de alimentos funcionais, independentemente da categoria e da frequência e prática de exercício físico

Fonte: Perguntas 3.9 e 2.1 do inquérito do ONAP

Também se verifica associação entre o consumo de alimentos funcionais e o consumo de suplementos alimentares ($p=0.002$). No grupo dos utilizadores de pelo menos um suplemento alimentar no último ano, 40.3% destes também consomem alimentos funcionais, sendo esse valor de 30.3% nos inquiridos que não consumiram nenhum suplemento alimentar (figura 9).

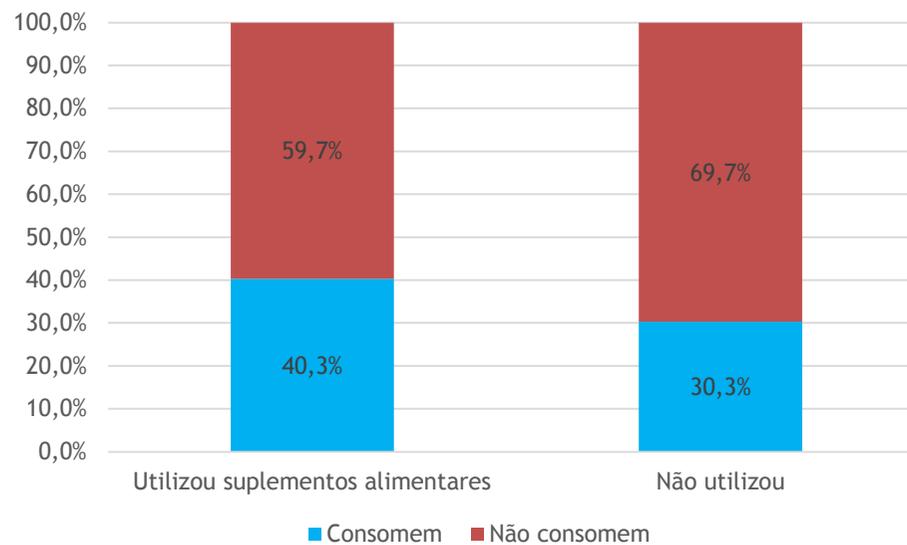


Figura 9: Consumo de alimentos funcionais, independentemente da categoria e da frequência e consumo de suplementos alimentares

Fonte: Perguntas 3.9 e 4.1 do inquérito do ONAP

No entanto, quando se analisa a relação entre o consumo de alimentos funcionais e o consumo de suplementos alimentares, utilizados especificamente para efeitos de manutenção da saúde/prevenção de doenças, não se verifica qualquer associação ($p=0.659$) (figura 10).

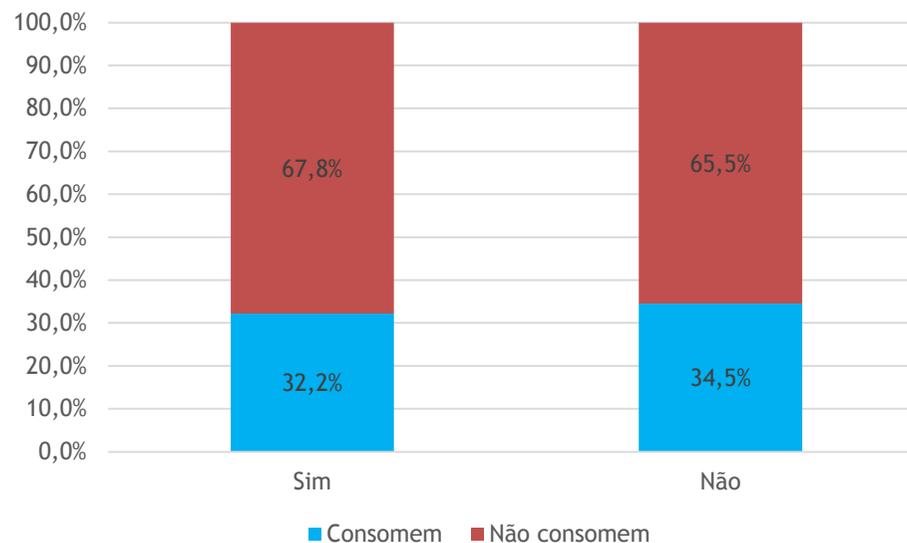


Figura 10: Consumo de alimentos funcionais, independentemente da categoria e da frequência e consumo de suplementos alimentares para manutenção de saúde/prevenção de doenças

Legenda: Sim - utilizadores de suplementos alimentares para efeitos de manutenção da saúde/prevenção de doenças; Não - sem utilização de suplementos alimentares

Fonte: Perguntas 3.9 e 4.3 do inquérito do ONAP

Considerando a prevalência de doenças nos participantes do inquérito do ONAP, verifica-se que o consumo de alimentos funcionais é maior nos inquiridos que referiram ter dislipidemia ($p < 0.001$) relativamente aos que não têm esta condição; já no caso da diabetes verifica-se precisamente o oposto, com um menor nos inquiridos com diabetes relativamente aos que não referiram ter esta condição ($p = 0.046$). Para as restantes categorias, não se verifica associação (Tabela 4).

TABELA 4: DISTRIBUIÇÃO DO CONSUMO DE ALIMENTOS FUNCIONAIS, INDEPENDENTEMENTE DA CATEGORIA E DA FREQUÊNCIA, POR DOENÇA DIAGNOSTICADA

DOENÇAS/CONSUMO		Sim	Não	Valor-p
Hipertensão	Sim	86 (31.5%)	187 (68.5%)	0.721
	Não	303 (32.7%)	625 (67.3%)	
Dislipidemia (colesterol)	Sim	132 (40.4%)	195 (59.6%)	<0.001
	Não	252 (29.7%)	596 (70.3%)	
Diabetes	Sim	19 (22.6%)	65 (77.4%)	0.046
	Não	369 (33.2%)	743 (66.8%)	
Doença cardiovascular	Sim	42 (29.0%)	103 (71.0%)	0.340
	Não	349 (32.9%)	711 (67.1%)	
Obesidade	Sim	35 (30.7%)	79 (69.3%)	0.708
	Não	356 (32.4%)	742 (67.6%)	

Fonte: Perguntas 3.2 e 3.9 do inquérito do ONAP

2. CARACTERIZAÇÃO DO CONSUMO DE ALIMENTOS FUNCIONAIS, POR OBJETIVOS TERAPÊUTICOS

Após a primeira análise global, agregando os consumos de alimentos funcionais independentemente da categoria e da frequência de consumo, e tal como referido nas notas metodológicas, as categorias de alimentos funcionais foram agrupadas de acordo com os seus possíveis *objetivos terapêuticos* e considerando somente os alimentos enriquecidos em:

- A. **REGULAÇÃO TRÂNSITO INTESTINAL**, incluindo (1) iogurtes para a regulação do trânsito intestinal, (2) bebidas (ex. água, leite) e cereais enriquecidos com fibras e (3) leite para a regulação do trânsito intestinal;

B. **REDUÇÃO/PREVENÇÃO DO COLESTEROL**, incluindo (1) leite, ovos e cereais enriquecidos com ácidos gordos Ómega 3 e (2) lacticínios para a redução do colesterol

C. **MELHORIA/PREVENÇÃO DA SAÚDE ÓSSEA**, incluindo (1) lacticínios enriquecidos em cálcio para a saúde óssea.

Nesse sentido, considera-se como consumo *regular* de alimentos para regulação do trânsito intestinal, por exemplo, o consumo regular de pelo menos uma das categorias de alimentos funcionais incluídas neste grupo.

Tal como esperado, o maior consumo regular ou esporádico de alimentos funcionais verifica-se na categoria “regulação do trânsito intestinal” (figura 10).

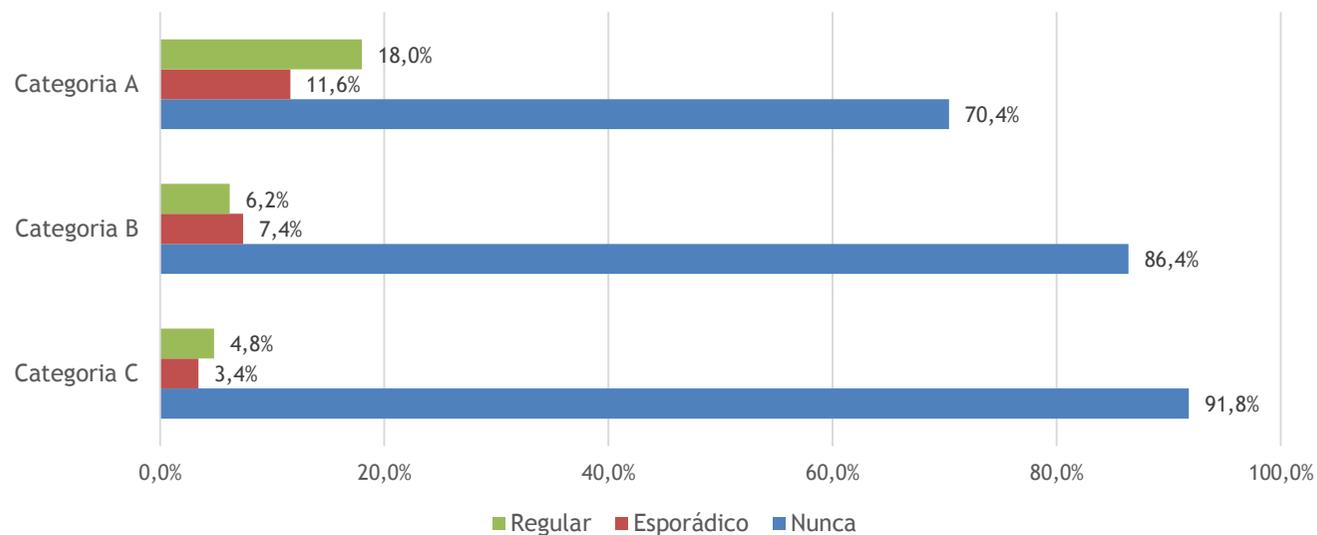


Figura 10: Caracterização da utilização de alimentos funcionais

Legenda: Categoria A - regulação do trânsito intestinal; Categoria B - redução/prevenção do colesterol; Categoria C - melhoria/prevenção da saúde óssea

Fonte: Pergunta 3.9 do inquérito do ONAP

Analisando o consumo, em função do gênero dos respondentes, verifica-se que para as três categorias de alimentos funcionais, as mulheres apresentam um consumo regular superior aos homens, atingindo essa diferença a significância estatística em todas as categorias (Tabela 5).

TABELA 5: UTILIZAÇÃO DE ALIMENTOS FUNCIONAIS, POR GÊNERO

CATEGORIAS DE ALIMENTOS FUNCIONAIS		Nunca	Esporádico	Regular	Valor-p
A: Regulação do trânsito intestinal	Mulheres	429 (65.4%)	95 (14.5%)	132 (20.1%)	<0.001
	Homens	422 (76.4%)	45 (8.2%)	85 (15.4%)	
B: Redução/prevenção do colesterol	Mulheres	560 (84.5%)	61 (9.2%)	42 (6.3%)	0.029
	Homens	491 (88.8%)	29 (5.2%)	33 (6.0%)	
C: Melhoria/prevenção da saúde óssea	Mulheres	587 (88.9%)	31 (4.7%)	42 (6.4%)	<0.001
	Homens	526 (95.3%)	10 (1.8%)	16 (2.9%)	

Fonte: Perguntas 3.9 e 7.1 do inquérito do ONAP

Relativamente à idade (grupo etário) dos participantes, não se verifica associação entre a idade e a utilização de alimentos funcionais (Tabela 6).

TABELA 6: UTILIZAÇÃO DE ALIMENTOS FUNCIONAIS, POR GRUPO ETÁRIO (EM ANOS)

CATEGORIAS DE ALIMENTOS FUNCIONAIS		18-39	40-64	≥65	Valor-p
A: Regulação do trânsito intestinal	Nunca	312 (70.0%)	311 (68.1%)	228 (74.8%)	0.268
	Esporádico	49 (11.0%)	62 (13.6%)	29 (9.5%)	
	Regular	85 (19.0%)	84 (18.4%)	48 (15.7%)	
B: Redução/prevenção do colesterol	Nunca	391 (87.3%)	392 (85.6%)	268 (86.5%)	0.953
	Esporádico	32 (7.1%)	36 (7.9%)	22 (7.1%)	
	Regular	25 (5.8%)	30 (6.6%)	20 (6.5%)	
C: Melhoria/prevenção da saúde óssea	Nunca	412 (92.6%)	420 (91.7%)	281 (90.9%)	0.778
	Esporádico	16 (3.6%)	15 (3.3%)	10 (3.2%)	
	Regular	17 (3.8%)	23 (5.0%)	18 (5.8%)	

Fonte: Perguntas 3.9 e 7.2 do inquérito do ONAP

Analisando os *consumos* em função da região do País, para as duas primeiras categorias, verificam-se consumos mais elevados no Alentejo e na região Norte, atingindo a significância estatística no caso particular dos alimentos funcionais para redução/prevenção do colesterol. No caso dos alimentos funcionais para melhoria/prevenção da doença óssea, não se verifica qualquer relação com a região do País (Tabela 7).

TABELA 7: UTILIZAÇÃO DE ALIMENTOS FUNCIONAIS, POR REGIÃO DO PAÍS

CATEGORIAS DE ALIMENTOS FUNCIONAIS		Norte	Centro	LVT	Alentejo	Algarve	Valor-p
A: Regulação do trânsito intestinal	Nunca	186 (65.0%)	115 (74.7%)	454 (71.2%)	34 (61.8%)	62 (82.7%)	0.088
	Esporádico	42 (14.7%)	14 (9.1%)	72 (11.3%)	7 (12.7%)	5 (6.7%)	
	Regular	58 (20.3%)	25 (16.2%)	112 (17.6%)	14 (25.5%)	8 (10.7%)	
B: Redução/prevenção do colesterol	Nunca	233 (80.6%)	142 (92.2%)	569 (88.6%)	43 (76.8%)	64 (85.3%)	0.005
	Esporádico	32 (11.1%)	4 (2.6%)	40 (6.2%)	8 (14.3%)	6 (8.0%)	
	Regular	24 (8.3%)	8 (5.2%)	33 (5.1%)	5 (8.9%)	5 (6.7%)	
C: Melhoria/prevenção da saúde óssea	Nunca	257 (88.9%)	147 (96.1%)	589 (92.0%)	50 (90.9%)	70 (93.3%)	0.174
	Esporádico	13 (4.5%)	0	24 (3.8%)	3 (5.5%)	1 (1.3%)	
	Regular	19 (6.6%)	6 (3.9%)	27 (4.2%)	2 (3.6%)	4 (5.3%)	

Fonte: Perguntas 3.9 e 7.5 do inquérito do ONAP

Não se verifica associação entre o rendimento mensal bruto do agregado familiar dos participantes e o consumo de nenhuma categoria de alimentos funcionais (Tabela 8).

TABELA 8: UTILIZAÇÃO DE ALIMENTOS FUNCIONAIS, POR RENDIMENTO BRUTO MENSAL DO AGREGADO FAMILIAR

CATEGORIAS DE ALIMENTOS FUNCIONAIS		Até 500€	501-1000€	1001-2500€	> 2500€	Valor-p
A: Regulação do trânsito intestinal	Nunca	66 (69.5%)	171 (70.1%)	254 (69.8%)	112 (66.3%)	0.325
	Esporádico	18 (18.9%)	29 (11.9%)	47 (12.9%)	20 (11.8%)	
	Regular	11 (11.6%)	44 (18.0%)	63 (17.3%)	37 (21.9%)	
B: Redução/prevenção do colesterol	Nunca	80 (84.2%)	209 (85.3%)	324 (88.3%)	141 (82.9%)	0.233
	Esporádico	11 (11.6%)	25 (10.2%)	22 (6.0%)	15 (8.8%)	
	Regular	4 (4.2%)	11 (4.5%)	21 (5.7%)	14 (8.2%)	
C: Melhoria/prevenção da saúde óssea	Nunca	82 (86.3%)	216 (88.2%)	338 (92.6%)	158 (93.5%)	0.135
	Esporádico	8 (8.4%)	12 (4.89%)	13 (3.6%)	4 (2.4%)	
	Regular	5 (5.3%)	17 (6.9%)	14 (3.8%)	7 (4.1%)	

Fonte: Perguntas 3.9 e 7.10 do inquérito do ONAP

Não atingindo a significância estatística, verifica-se uma tendência para que o consumo de alimentos funcionais para a regulação do trânsito intestinal aumente com a escolaridade; as outras duas categorias apresentam consumos regulares no grupo dos participantes com habilitações ao nível do ensino secundário (Tabela 9).

TABELA 9: UTILIZAÇÃO DE ALIMENTOS FUNCIONAIS, POR NÍVEL DE ESCOLARIDADE

CATEGORIAS DE ALIMENTOS FUNCIONAIS		Até 9º ano	Até 12º ano	Ensino superior	Valor-p
A: Regulação do trânsito intestinal	Nunca	292 (75.1%)	268 (70.5%)	291 (34.2%)	0.085
	Esporádico	41 (10.5%)	45 (11.8%)	54 (12.3%)	
	Regular	56 (14.4%)	67 (17.6%)	93 (21.2%)	
B: Redução/prevenção do colesterol	Nunca	350 (89.3%)	319 (83.7%)	382 (86.4%)	0.195
	Esporádico	25 (6.4%)	35 (9.2%)	30 (6.8%)	
	Regular	17 (4.3%)	27 (7.1%)	30 (6.8%)	
C: Melhoria/prevenção da saúde óssea	Nunca	358 (91.6%)	343 (90.0%)	411 (93.6%)	0.085
	Esporádico	17 (4.3%)	11 (2.9%)	13 (3.0%)	
	Regular	16 (4.1%)	27 (7.1%)	15 (3.4%)	

Fonte: Perguntas 3.9 e 7.6 do inquérito do ONAP

Analisando a relação entre os *consumos* e a prática habitual de exercício físico verifica-se que para todas as categorias de alimentos funcionais listados, os praticantes habituais de exercício físico apresentam um consumo regular superior aos não praticantes. No entanto, apenas se verificam diferenças estatisticamente significativas, entre os dois grupos, no consumo de alimentos para regulação do trânsito intestinal (Tabela 10).

TABELA 10: UTILIZAÇÃO DE ALIMENTOS FUNCIONAIS E PRÁTICA HABITUAL DE EXERCÍCIO FÍSICO

CATEGORIAS DE ALIMENTOS FUNCIONAIS		Nunca	Esporádico	Regular	Valor-p
A: Regulação do trânsito intestinal	Sim	395 (66.1%)	69 (11.5%)	134 (22.44%)	<0.001
	Não	455 (74.7%)	71 (11.7%)	83 (13.6%)	
B: Redução/prevenção do colesterol	Sim	511 (85.0%)	44 (7.3%)	46 (7.7%)	0.105
	Não	539 (87.8%)	46 (7.5%)	29 (4.7%)	
C: Melhoria/prevenção da saúde óssea	Sim	552 (92.2%)	17 (2.8%)	30 (5.0%)	0.554
	Não	560 (91.5%)	24 (3.9%)	28 (4.6%)	

Fonte: Perguntas 3.9 e 2.1 do inquérito do ONAP

3. IMPORTÂNCIA DA ALIMENTAÇÃO PARA A SAÚDE

Inquiridos sobre até que ponto consideram a alimentação importante para a saúde, de “nada importante” a “muito importante”, 90.4% dos respondentes referem que a alimentação é “muito importante” para a saúde, sem diferenças significativas entre os sexos (Tabela 11).

TABELA 11: IMPORTÂNCIA DA ALIMENTAÇÃO PARA A SAÚDE, POR GÉNERO

	Nada importante	Pouco importante	Alguma importância	Muito importante	Valor-p
Mulheres	1 (0.2%)	1 (0.2%)	45 (7.2%)	570 (91.1%)	N/A
Homens	0	2 (0.4%)	47 (9.2%)	457 (89.6%)	
Total	1 (0.1%)	3 (0.3%)	92 (8.1%)	1,027 (90.4%)	

Fonte: Perguntas 1.22 e 7.1 do inquérito do ONAP

Em função da idade dos respondentes, não se verificam diferenças estatisticamente significativas. No entanto, o grupo dos 65 anos ou mais é o que atribui uma *menor* importância à alimentação para a saúde (Tabela 12).

TABELA 12: IMPORTÂNCIA DA ALIMENTAÇÃO PARA A SAÚDE, POR GRUPO ETÁRIO

	Nada importante	Pouco importante	Alguma importância	Muito importante	Valor-p
18-39	0	1 (0.2%)	30 (7.2%)	387 (92.6%)	N/A
40-64	0	0	26 (6.2%)	393 (93.8%)	
65 ou mais	1 (0.3%)	2 (0.7%)	36 (12.6%)	247 (86.4%)	

Fonte: Perguntas 1.22 e 7.2 do inquérito do ONAP

Já em função do rendimento mensal bruto do agregado familiar, verificam-se diferenças na importância atribuída à alimentação para a saúde, embora sem significância estatística. São os indivíduos com rendimentos mais elevados que lhe atribuem uma maior importância (Tabela 13).

TABELA 13: IMPORTÂNCIA DA ALIMENTAÇÃO PARA A SAÚDE, POR RENDIMENTO BRUTO MENSAL DO AGREGADO FAMILIAR

	Nada importante	Pouco importante	Alguma importância	Muito importante	Valor-p
Até 500€	0	0	12 (13.2%)	79 (86.8%)	N/A
501-1000€	0	1 (0.4%)	22 (9.7%)	203 (89.8%)	
1001-2500€	1 (0.3%)	0	18 (5.4%)	315 (94.3%)	
Mais de 2500€	0	0	10 (6.1%)	153 (93.9%)	

Fonte: Perguntas 1.22 e 7.10 do inquérito do ONAP

Também a escolaridade influencia a importância atribuída à alimentação para a saúde, aumentando esta com a escolaridade dos inquiridos (Tabela 14)

TABELA 14: IMPORTÂNCIA DA ALIMENTAÇÃO PARA A SAÚDE, POR NÍVEL DE ESCOLARIDADE

	Nada importante	Pouco importante	Alguma importância	Muito importante	Valor-p
Até 9º ano	1 (0.3%)	2 (0.6%)	47 (13.0%)	311 (86.1%)	< 0.001
Até 12º ano	0	0	27 (7.7%)	324 (92.3%)	
Ensino superior	0	1 (0.2%)	18 (4.4%)	391 (95.4%)	

Fonte: Perguntas 1.22 e 7.6 do inquérito do ONAP

4. CONSUMO DE SUPLEMENTOS ALIMENTARES

Inquiridos sobre o consumo atual ou no último ano de suplementos alimentares, 23.5% dos respondentes referem afirmativamente, sem diferenças significativas entre os sexos ($p=0.661$) (Figura 11).

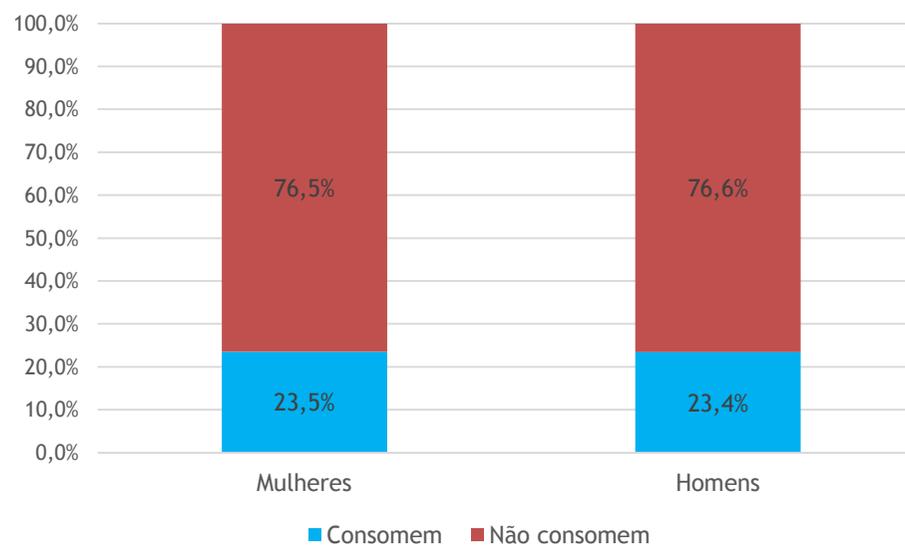


Figura 11: Consumo de suplementos alimentares, por género

Fonte: Perguntas 4.1 e 7.1 do inquérito do ONAP

Analisando a frequência desse consumo, verifica-se que é diário para 63.6% dos inquiridos (67.1% nas mulheres e 59.4% nos homens); no entanto, para 21.3% dos consumidores, a utilização de suplementos alimentares é algo ocasional/raro (Tabela 15).

TABELA 15: FREQUÊNCIA DE CONSUMO DE SUPLEMENTOS ALIMENTARES, POR GÊNERO

	Diário	Semanal	Mensal	Ocasional/Raramente	Valor-p
Mulheres	106 (67.1%)	10 (6.3%)	4 (2.5%)	36 (22.8%)	***
Homens	76 (59.4%)	17 (13.3%)	9 (7.0%)	25 (19.5%)	
Total	182 (63.6%)	27 (9.4%)	13 (4.5%)	61 (21.3%)	

Fonte: Perguntas 4.2 e 7.1 do inquérito do ONAP

Relativamente ao grupo etário, verifica-se uma tendência para uma diminuição do seu consumo com o aumento da idade, embora não atingindo a significância estatística (Figura 12).

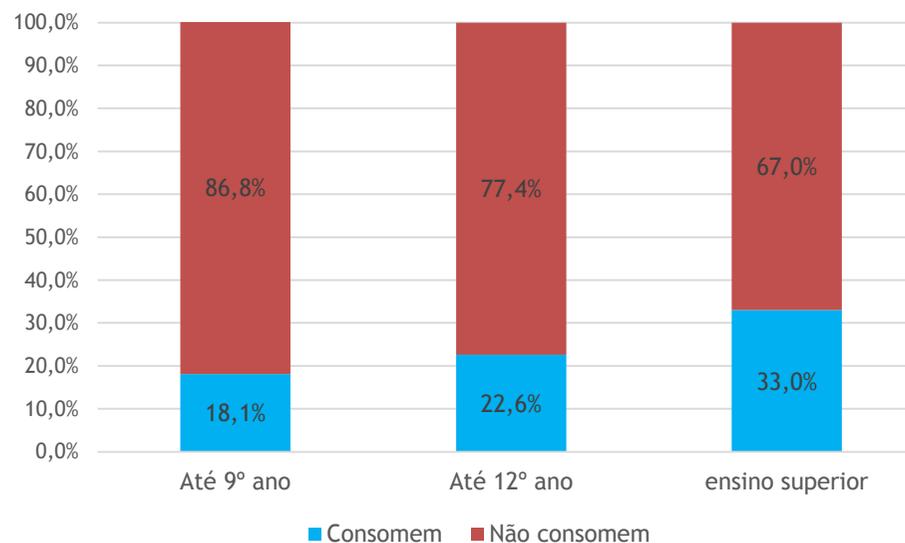


Figura 12: Consumo de suplementos alimentares, por grupo etário

Fonte: Perguntas 4.1 e 7.2 do inquérito do ONAP

No entanto, quando analisamos a frequência do consumo, em função da idade dos respondentes, verifica-se que o consumo diário aumenta claramente com a idade: 57.5% entre os 18-31 anos até aos 80.0% nos 65 anos ou mais de idade. Somando o consumo diário com o semanal, 88.3% dos inquiridos com 65 anos ou mais toma atualmente ou durante o último ano, um suplemento alimentar (Tabela 16).

TABELA 16: FREQUÊNCIA DE CONSUMO DE SUPLEMENTOS ALIMENTARES, POR GRUPO ETÁRIO

	Diário	Semanal	Mensal	Ocasional/Raramente	Valor-p
18-39	69 (57.5%)	14 (11.7%)	7 (5.8%)	30 (25.0%)	0.082
40-64	65 (63.1%)	8 (7.8%)	6 (5.8%)	24 (23.3%)	
65 ou mais	48 (80.0%)	5 (8.3%)	0	7 (11.7%)	

Fonte: Perguntas 4.2 e 7.2 do inquérito do ONAP

O consumo de suplementos alimentares também é superior nos inquiridos com rendimento mensal mais elevado (Tabela 17).

TABELA 17: CONSUMO DE SUPLEMENTOS ALIMENTARES, POR RENDIMENTO MENSAL BRUTO DO AGREGADO FAMILIAR

	Sim	Não	Valor-p
Até 500€	23 (24.7%)	70 (75.3%)	<0.001
501-1000€	41 (17.0%)	200 (83.0%)	
1001-2500€	84 (23.1%)	280 (76.9%)	
Mais de 2500€	61 (36.1%)	108 (63.9%)	

Fonte: Perguntas 4.1 e 7.10 do inquérito do ONAP

No entanto, não se verifica relação entre a frequência de consumo de suplementos alimentares e o rendimento mensal dos inquiridos (Tabela 18).

TABELA 18: FREQUÊNCIA DE CONSUMO DE SUPLEMENTOS ALIMENTARES, POR RENDIMENTO MENSAL BRUTO DO AGREGADO FAMILIAR

	Diário	Semanal	Mensal	Ocasional/Raramente	Valor-p
Até 500€	16 (72.7%)	1 (4.5%)	1 (4.5%)	4 (18.2%)	0.198
501-1000€	19 (46.3%)	5 (12.2%)	3 (7.3%)	14 (34.1%)	
1001-2500€	48 (55.8%)	13 (15.1%)	5 (5.8%)	20 (23.3%)	
Mais de 2500€	45 (73.8%)	3 (4.9%)	2 (3.3%)	11 (18.0%)	

Fonte: Perguntas 4.2 e 7.10 do inquérito do ONAP

A escolaridade também influencia o consumo de suplementos alimentares, aumentando este com o nível de escolaridade (Figura 13).

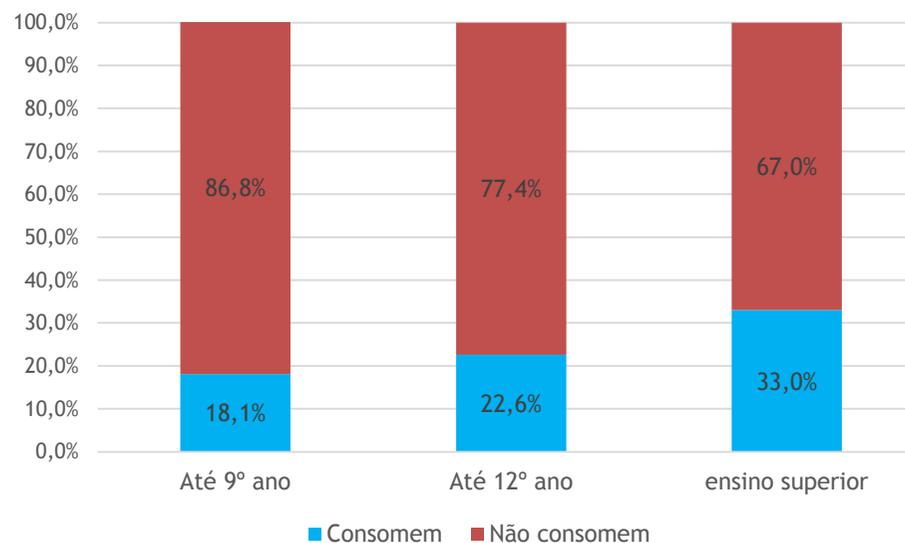


Figura 13: Consumo de suplementos alimentares, por nível de escolaridade

Fonte: Perguntas 4.1 e 7.6 do inquérito do ONAP

No entanto, não se verifica relação entre a frequência de consumo de suplementos alimentares e o nível de escolaridade dos inquiridos (Tabela 18).

TABELA 18: FREQUÊNCIA DE CONSUMO DE SUPLEMENTOS ALIMENTARES, POR RENDIMENTO MENSAL BRUTO DO AGREGADO FAMILIAR

	Diário	Semanal	Mensal	Ocasional/Raramente	Valor-p
Até 9º ano	36 (72.0%)	3 (6.0%)	2 (4.0%)	9 (18.0%)	0.155
Até 12º ano	45 (53.6%)	13 (15.5%)	6 (7.1%)	20 (23.8%)	
Ensino superior	99 (68.3%)	10 (6.9%)	5 (3.4%)	31 (21.4%)	

Fonte: Perguntas 4.1 e 7.6 do inquérito do ONAP

Dos 283 consumidores de suplementos alimentares, 84 (29.7%) fazem-no por razões de manutenção de saúde/prevenção de doenças, sem diferenças significativas entre os sexos (Tabela 19).

TABELA 19: CONSUMO DE SUPLEMENTOS ALIMENTARES PARA MANUTENÇÃO DE SAÚDE/PREVENÇÃO DE DOENÇAS, POR GÉNERO

	Sim	Não	Valor-p
Mulheres	45 (29.0%)	110 (71.0%)	0.792
Homens	39 (30.5%)	89 (69.5%)	
Total	84 (29.7%)	199 (70.3%)	

Fonte: Perguntas 4.3 e 7.1 do inquérito do ONAP

Relativamente ao grupo etário, verifica-se um aumento da utilização destes suplementos, com o aumento da idade: 42.6% dos inquiridos com 65 anos ou mais utilizam ou utilizaram no último ano estes suplementos, comparativamente com 21.2% dos inquiridos entre os 18-39 anos (Tabela 20).

TABELA 20: CONSUMO DE SUPLEMENTOS ALIMENTARES PARA MANUTENÇÃO DE SAÚDE/PREVENÇÃO DE DOENÇAS, POR GRUPO ETÁRIO

	Sim	Não	Valor-p
18-39	25 (21.2%)	93 (78.8%)	0.010
40-64	33 (39.3%)	71 (68.3%)	
65 ou mais	26 (42.6%)	35 (57.4%)	

Fonte: Perguntas 4.3 e 7.2 do inquérito do ONAP

Não se verificam diferenças com significado estatístico entre os diferentes níveis de rendimento do agregado familiar (Tabela 21).

TABELA 21: CONSUMO DE SUPLEMENTOS ALIMENTARES PARA MANUTENÇÃO DE SAÚDE/PREVENÇÃO DE DOENÇAS, POR RENDIMENTO MENSAL BRUTO DO AGREGADO FAMILIAR

	Sim	Não	Valor-p
Até 500€	8 (34.8%)	15 (65.2%)	0.796
501-1000€	13 (31.7%)	28 (68.3%)	
1001-2500€	28 (33.3%)	56 (66.7%)	
Mais de 2500€	16 (26.2%)	45 (73.8%)	

Fonte: Perguntas 4.3 e 7.10 do inquérito do ONAP

Não se verificam diferenças com significado estatístico entre os diferentes níveis de escolaridade dos inquiridos (Tabela 22).

TABELA 22: CONSUMO DE SUPLEMENTOS ALIMENTARES PARA MANUTENÇÃO DE SAÚDE/PREVENÇÃO DE DOENÇAS, POR NÍVEL DE ESCOLARIDADE

	Sim	Não	Valor-p
Até 9º ano	17 (34.0%)	33 (66.0%)	0.665
Até 12º ano	26 (31.0%)	58 (69.0%)	
Ensino superior	40 (27.6%)	105 (72.4%)	

Fonte: Perguntas 4.3 e 7.6 do inquérito do ONAP

5. ANÁLISE DO CONSUMO DE ALIMENTOS:

A utilização de alimentos foi agrupada nas seguintes categorias: (1) nunca; (2) esporádico (1x/semana até 1-3x/mês), (3) regular (2-4x até 5-6x/semana) e intenso (consumo diário). Tal como para análise do consumo de alimentos para prevenção de doença ou promoção de bem-estar, as respostas NS/NR (não sabe/não responde) foram excluídas, o que implica que o total de respondentes varie em função da categoria de alimentos analisada.

No conjunto das seis categorias analisadas, a fruta (enquanto peça ou porção) é claramente a categoria mais consumida. 995 (81.8%) Inquiridos refere ter consumido pelo menos uma peça ou porção de fruta por dia, no último ano e apenas 26 (2.1%) inquiridos refere não ter consumido fruta. No polo oposto, o consumo de peixes (magros e gordos) é substancialmente diferente: no caso dos peixes magros, 39.5% dos inquiridos refere um consumo no máximo, 1x por semana, sendo esse valor ainda mais alto para os peixes gordos – 49.0%) (Tabela 23).

TABELA 23: UTILIZAÇÃO DE ALIMENTOS, AO LONGO DO ÚLTIMO ANO

ALIMENTOS	Nunca	Esporádico	Regular	Intenso	Total
Sopa de hortaliças	84 (6.9%)	177 (14.6%)	332 (27.2%)	623 (51.2%)	1,216
Legumes cozidos	96 (7.9%)	247 (20.3%)	550 (45.2%)	324 (26.6%)	1,217
Saladas (ex. alface, tomate, rúcula, cenoura)	56 (4.6%)	123 (10.2%)	486 (39.8%)	543 (45.1%)	1,211
Fruta (peça de fruta ou porção)	26 (2.1%)	47 (3.9%)	148 (12.2%)	995 (81.8%)	1,216
Peixes magros (ex. pescada, faneca, linguado, etc.)	115 (9.5%)	365 (30.0%)	591 (48.6%)	145 (11.9%)	1,216
Peixes gordos (ex. sardinha, cavala, carapau, atum, etc.)	153 (12.6%)	442 (36.4%)	540 (44.5%)	79 (6.5%)	1,214

Fonte: Pergunta 1.12 do inquérito do ONAP

Após esta primeira análise ao consumo de alimentos (para as seis categorias identificadas), foram definidas três grupos para a análise específica:

- A. HORTÍCOLAS, incluindo o consumo de (1) sopa de hortaliças, (2) legumes cozidos e (3) saladas;
- B. FRUTAS;
- C. PEIXE, incluindo (1) peixes magros e (2) peixes gordos.

Seguindo a mesma metodologia utilizada na categorização dos alimentos funcionais, considera-se como consumo *intenso* de hortícolas, por exemplo, o consumo intenso de pelo menos uma das categorias de alimentos incluídas neste grupo.

As mulheres apresentaram no último ano um maior consumo intenso de todos os grupos de alimentos considerados. Não atingindo a significância estatística, verifica-se uma tendência mais acentuada no consumo de hortícolas (Tabela 24).

TABELA 24: UTILIZAÇÃO DE GRUPOS ALIMENTARES AO LONGO DO ÚLTIMO ANO, POR GÉNERO

GRUPOS DE ALIMENTOS		Nunca	Esporádico	Regular	Intenso	Valor-p
A: Hortícolas	Mulheres	4 (0.6%)	16 (2.4%)	156 (23.5%)	489 (73.5%)	0.066
	Homens	5 (0.9%)	22 (4.0%)	156 (28.2%)	371 (67.0%)	
B: Frutas	Mulheres	14 (2.1%)	24 (3.6%)	70 (10.6%)	555 (83.7%)	0.264
	Homens	12 (2.2%)	23 (4.2%)	78 (14.1%)	440 (79.6%)	
C: Peixe	Mulheres	20 (3.0%)	132 (19.9%)	405 (61.1%)	106 (16.0%)	0.273
	Homens	13 (2.3%)	135 (24.4%)	325 (58.7%)	81 (14.6%)	

Fonte: Perguntas 1.12 e 7.1 do inquérito do ONAP

Relativamente à idade dos participantes, verifica-se uma associação entre a idade (grupo etário) e a utilização destes grupos de alimentos, ao longo do último ano: à medida que a idade aumenta, o consumo intenso destes alimentos também aumenta, particularmente no consumo de hortícolas e frutas. No caso particular do consumo intenso de fruta, os inquiridos com 65 ou mais anos de idade apresentam um consumo 19% superior em relação aos inquiridos entre os 18 e os 31 anos (Tabela 25).

TABELA 25: UTILIZAÇÃO DE GRUPOS ALIMENTARES AO LONGO DO ÚLTIMO ANO, POR GRUPO ETÁRIO (EM ANOS)

GRUPOS DE ALIMENTOS		18-39	40-64	≥65	Valor-p
A: Hortícolas	Nunca	7 (1.6%)	1 (0.2%)	1 (0.3%)	<0.001
	Esporádico	20 (4.5%)	16 (3.5%)	2 (0.6%)	
	Regular	128 (28.6%)	117 (25.5%)	67 (21.4%)	
	Intenso	293 (65.4%)	324 (70.7%)	243 (77.6%)	
B: Fruta	Nunca	14 (3.1%)	11 (2.4%)	1 (0.3%)	0.002
	Esporádico	26 (5.8%)	16 (3.5%)	5 (1.6%)	
	Regular	82 (18.3%)	45 (9.9%)	21 (6.7%)	
	Intenso	326 (72.8%)	384 (84.2%)	285 (91.3%)	
C: Peixe	Nunca	21 (4.7%)	8 (1.7%)	4 (1.3%)	<0.001
	Esporádico	112 (25.1%)	102 (22.3%)	53 (17.0%)	
	Regular	251 (56.2%)	270 (59.0%)	209 (67.0%)	
	Intenso	63 (14.1%)	78 (17.0%)	46 (14.7%)	

Fonte: Perguntas 1.12 e 7.2 do inquérito do ONAP

Não se verificam diferenças com significado estatístico entre os diferentes níveis de rendimento do agregado familiar e o consumo dos grupos alimentares, com a exceção do consumo de peixe, verificando-se um consumo intenso superior nos inquiridos com rendimento mensal entre os 1.001 e os 2.500€ (Tabela 26).

TABELA 26: UTILIZAÇÃO DE GRUPOS ALIMENTARES AO LONGO DO ÚLTIMO ANO, POR RENDIMENTO BRUTO MENSAL DO AGREGADO FAMILIAR

GRUPOS DE ALIMENTOS		Até 500€	501-1000€	1001-2500€	> 2500€	Valor-p
A: Hortícolas	Nunca	0	1 (0.4%)	2 (0.5%)	1 (0.6%)	0.481
	Esporádico	4 (4.2%)	9 (3.7%)	13 (3.5%)	2 (1.2%)	
	Regular	17 (17.7%)	61 (24.9%)	98 (26.7%)	52 (30.6%)	
	Intenso	75 (78.1%)	174 (71.0%)	254 (69.2%)	115 (67.6%)	
B: Fruta	Nunca	5 (5.2%)	7 (2.9%)	3 (0.8%)	5 (2.9%)	0.201
	Esporádico	4 (4.2%)	14 (5.8%)	15 (4.1%)	4 (2.4%)	
	Regular	10 (10.4%)	28 (11.5%)	47 (12.8%)	16 (9.4%)	
	Intenso	77 (80.2%)	194 (79.8%)	302 (82.3%)	145 (85.3%)	
C: Peixe	Nunca	4 (4.2%)	4 (1.6%)	7 (1.9%)	6 (3.5%)	0.018
	Esporádico	28 (29.2%)	56 (22.9%)	83 (22.6%)	30 (17.6%)	
	Regular	50 (52.1%)	142 (58.0%)	203 (55.3%)	118 (69.4%)	
	Intenso	14 (14.6%)	43 (17.6%)	74 (20.2%)	16 (9.4%)	

Fonte: Perguntas 1.12 e 7.10 do inquérito do ONAP

O consumo destes grupos de alimentos diminui com a escolaridade, sendo que no caso do consumo de hortícolas e de peixe as diferenças atingem a significância estatística. (Tabela 27).

TABELA 27: UTILIZAÇÃO DE GRUPOS ALIMENTARES AO LONGO DO ÚLTIMO ANO, POR NÍVEL DE ESCOLARIDADE

CATEGORIAS DE ALIMENTOS FUNCIONAIS		Até 9º ano	Até 12º ano	Ensino superior	Valor-p
A: Hortícolas	Nunca	2 (0.5%)	4 (1.0%)	3 (0.7%)	0.037
	Esporádico	12 (3.0%)	9 (2.4%)	17 (3.9%)	
	Regular	82 (20.7%)	96 (25.2%)	134 (30.4%)	
	Intenso	300 (75.8%)	272 (71.4%)	287 (65.1%)	
B: Fruta	Nunca	10 (2.5%)	7 (1.8%)	9 (2.0%)	0.076
	Esporádico	10 (2.5%)	21 (5.5%)	16 (3.6%)	
	Regular	36 (9.2%)	47 (12.3%)	65 (14.7%)	
	Intenso	337 (85.8%)	306 (80.3%)	351 (79.6%)	
C: Peixe	Nunca	12 (3.0%)	10 (2.6%)	11 (2.5%)	0.048
	Esporádico	80 (20.3%)	77 (20.3%)	110 (24.9%)	
	Regular	230 (58.2%)	227 (59.7%)	272 (61.7%)	
	Intenso	73 (18.5%)	66 (17.4%)	48 (10.9%)	

Fonte: Perguntas 1.12 e 7.6 do inquérito do ONAP

6. CORRELAÇÕES

Utilizou-se o coeficiente de correlação de Spearman para avaliação da correlação entre o consumo de alimentos funcionais e as seguintes variáveis:

- Consumo de hortícolas
- Consumo de peixe
- Consumo de fruta
- Consumo de suplementos alimentares para manutenção de saúde/prevenção de doenças
- Importância atribuída à alimentação para a saúde
- Prática regular de exercício físico

Foi adicionalmente criada uma nova categoria de consumo de alimentos funcionais, englobando todas as categorias. Seguindo a metodologia utilizada anteriormente, um utilizador “regular” de alimentos funcionais é aquele que utiliza regularmente pelo menos uma das três categorias definidas. Os valores das correlações apresentam-se na tabela 28.

TABELA 28: CORRELAÇÃO ENTRE O CONSUMO DE ALIMENTOS FUNCIONAIS E OUTRAS VARIÁVEIS DE INTERESSE

	Consumo de hortícolas	Consumo de peixe	Consumo de fruta	Consumo de suplementos alimentares	Importância da alimentação	Prática de exercício físico
A: Regulação do trânsito intestinal	0.044	-0.017	0.045	0.006	-0.025	0.105**
B: Redução/prevenção do colesterol	0.03	-0.032	0.044	0.074**	-0.04	0.043
C. Melhoria/prevenção da saúde óssea	0.024	-0.029	0.056	0.026	-0.013	-0.011
Consumo de alimentos funcionais	0.053	-0.038	0.063**	0.030	-0.034	0.093**

** valor-p<0.001

TABELA 29: ASSOCIAÇÃO ENTRE O CONSUMO DE ALIMENTOS FUNCIONAIS E OUTRAS VARIÁVEIS DE INTERESSE

	Consumo de hortícolas	Consumo de peixe	Consumo de fruta	Consumo de suplementos alimentares	Importância da aliment. p/ a saúde	Prática de exercício físico
A: Regulação do trânsito intestinal	não	sim	não	não	não	sim
B: Redução/prevenção do colesterol	não	sim	não	sim	sim	não
C. Melhoria/prevenção da saúde óssea	não	sim	não	não	não	não
Consumo de alimentos funcionais	não	sim	não	não	não	

Existem diferenças com significado estatístico entre os seguintes consumos:

- Quanto mais intenso é o consumo de peixe, menos regular é o consumo de alimentos funcionais (independentemente da categoria);
- Os consumidores de suplementos alimentares para manutenção de saúde/prevenção de doenças apresentam um consumo mais regular de alimentos funcionais para a redução/prevenção do colesterol;
- A importância da alimentação para a saúde diminui com o aumento do consumo de alimentos funcionais para a redução/prevenção do colesterol;
- Os praticantes de exercício físico apresentam um consumo regular aumentado de alimentos funcionais para a regulação do trânsito intestinal.
- Englobando todas as categorias de alimentos funcionais, também se verificam diferenças entre praticantes e não praticantes de exercício físico.

Em baixo, um quadro-resumo relativamente à relação entre os consumos e as variáveis de categorização sociodemográfica:

TABELA 30: QUADRO-RESUMO DA ASSOCIAÇÃO ENTRE CONSUMOS E VARIÁVEIS DE CATEGORIZAÇÃO

		Género	Grupo etário	Rendimento	Escolaridade	Exercício físico
Alimentos funcionais		Consumo superior nas mulheres	Sem diferenças	Sem diferenças	Consumo superior nos níveis mais elevados de escolaridade	Consumo superior nos praticantes de exercício (categoria A - Regulação Trânsito intestinal)
Suplementos alimentares		Sem diferenças	Consumo aumenta com a idade	Sem diferenças	Sem diferenças	Sem diferenças
Alimentos	hortícolas	Consumo superior nas mulheres	Consumo aumenta com a idade	Sem diferenças	Consumo superior nos níveis mais baixos de escolaridade	Sem diferenças
	peixe	Sem diferenças	Consumo aumenta com a idade	Sem diferenças	Consumo superior nos níveis mais baixos de escolaridade	Sem diferenças
	fruta	Sem diferenças	Consumo aumenta com a idade	Consumo superior até aos 2.500€	Consumo superior nos níveis mais baixos de escolaridade	Sem diferenças

7. PREVALÊNCIA DE DOENÇA

Na tabela 31 apresentamos a prevalência de algumas doenças na população em estudo, verificando-se diferenças com significado estatístico entre homens e mulheres na prevalência de dislipidemia (maior prevalência nas mulheres) e obesidade (maior prevalência nos homens).

TABELA 31: PREVALÊNCIA DE DOENÇAS, POR GÊNERO

DOENÇAS		Mulheres	Homens	Valor-p
Hipertensão	Sim	159 (24.2%)	114 (21.0%)	0.192
	Não	499 (75.8%)	429 (79.0%)	
Dislipidemia (colesterol)	Sim	198 (30.8%)	129 (24.2%)	0.013
	Não	445 (69.2%)	403 (75.8%)	
Diabetes	Sim	43 (6.6%)	41 (7.6%)	0.570
	Não	610 (93.4%)	502 (92.4%)	
Doença cardiovascular	Sim	87 (13.2%)	58 (10.6%)	0.164
	Não	571 (86.8%)	489 (89.4%)	
Obesidade	Sim	590 (89.1%)	508 (92.4%)	0.054
	Não	72 (10.9%)	42 (7.6%)	

Fonte: Perguntas 3.2 e 7.1 do inquérito do ONAP

Já em relação à idade, como seria de esperar, a prevalência de todas as doenças aumenta com a idade. No caso particular da obesidade, a maior prevalência verifica-se no grupo etário 40-64 anos (Tabela 32).

TABELA 32: PREVALÊNCIA DE DOENÇAS, POR GRUPO ETÁRIO (EM ANOS)

DOENÇAS		18-39	40-64	≥65	Valor-p
Hipertensão	Sim	8 (1.8%)	103 (22.9%)	162 (51.9%)	<0.001
	Não	431 (98.2%)	347 (77.1%)	150 (48.1%)	
Dislipidemia	Sim	34 (7.8%)	144 (32.7%)	149 (49.5%)	<0.001
	Não	400 (92.2%)	296 (67.3%)	152 (50.5%)	
Diabetes	Sim	2 (0.5%)	34 (7.6%)	48 (15.7%)	<0.001
	Não	439 (99.5%)	415 (92.4%)	258 (84.3%)	
Doença cardiovascular	Sim	12 (2.7%)	46 (10.1%)	87 (28.2%)	<0.001
	Não	429 (97.3%)	409 (89.9%)	222 (71.8%)	
Obesidade	Sim	14 (3.2%)	62 (13.5%)	38 (12.3%)	<0.001
	Não	430 (96.8%)	396 (86.5%)	272 (87.7%)	

Fonte: Perguntas 3.2 e 7.2 do inquérito do ONAP

Analisando a associação entre as três categorias de alimentos funcionais, verifica-se uma diferença estatisticamente significativa no consumo de alimentos funcionais para a redução/prevenção do colesterol, com um maior consumo entre os inquiridos com dislipidemia (8.3% consumo regular) relativamente aos inquiridos sem dislipidemia (5.4% consumo regular). Para as restantes doenças, não se verifica associação com o consumo de alimentos funcionais para a redução/prevenção do colesterol (Tabela 33).

Relativamente às outras duas categorias de alimentos funcionais, apenas se verificam diferenças com significado estatístico entre os inquiridos com diabetes relativamente aos que não têm diabetes, com os primeiros a apresentar um menor consumo regular de alimentos para a regulação do trânsito intestinal (10.8% vs 18.5%; p=0.029).

TABELA 33: CONSUMO DE ALIMENTOS FUNCIONAIS PARA A REDUÇÃO/PREVENÇÃO DO COLESTEROL, POR DOENÇA

DOENÇAS/CONSUMO DE ALIMENTOS FUNCIONAIS		Nunca	Esporádico	Regular	Valor-p
Hipertensão	Sim	233 (86.3%)	21 (7.8%)	16 (5.9%)	0.940
	Não	801 (86.5%)	67 (7.2%)	21 (7.8%)	
Dislipidemia	Sim	261 (80.3%)	37 (11.4%)	27 (8.3%)	0.001
	Não	748 (88.5%)	51 (6.0%)	46 (5.4%)	
Diabetes	Sim	73 (88.0%)	5 (6.0%)	5 (6.0%)	0.889
	Não	956 (86.3%)	82 (7.4%)	70 (6.3%)	
Doença cardiovascular	Sim	131 (91.6%)	7 (4.9%)	5 (6.7%)	0.150
	Não	906 (85.7%)	81 (7.7%)	70 (6.6%)	
Obesidade	Sim	102 (90.3%)	6 (5.3%)	5 (4.4%)	0.468
	Não	942 (86.1%)	82 (7.5%)	70 (6.4%)	

Fonte: Perguntas 3.2 e 3.9 do inquérito do ONAP

Para os doentes com dislipidemia, foi analisada a relação entre o consumo de alimentos funcionais para a redução/prevenção do colesterol e a utilização de medicamentos prescritos por um médico para o tratamento da dislipidemia. Apesar de não se atingir o significado estatístico, verifica-se uma tendência para um consumo mais regular entre os doentes com dislipidemia não medicados (25.2% dos doentes não medicados tem um consumo esporádico ou regular destes alimentos comparativamente aos medicados, em que esse consumo é de 16.4%).

Considerando o consumo de suplementos alimentares para manutenção de saúde/prevenção de doenças e a (eventual) existência de doenças, não se verificam diferenças entre os inquiridos (Tabela 34).

TABELA 34: CONSUMO DE SUPLEMENTOS ALIMENTARES PARA MANUTENÇÃO DE SAÚDE/PREVENÇÃO DE DOENÇAS, POR DOENÇA

DOENÇAS/CONSUMO DE ALIMENTOS FUNCIONAIS		Sim	Não	Valor-p
Hipertensão	Sim	14 (5.1%)	259 (94.9%)	0.186
	Não	69 (7.4%)	859 (92.6%)	
Dislipidemia	Sim	21 (6.4%)	306 (93.6%)	0.798
	Não	58 (6.8%)	790 (93.2%)	
Diabetes	Sim	5 (6.0%)	79 (94.0%)	0.734
	Não	77 (6.9%)	1,035 (93.1%)	
Doença cardiovascular	Sim	10 (6.9%)	135 (93.1%)	0.997
	Não	73 (6.9%)	987 (93.1%)	
Obesidade	Sim	4 (3.5%)	110 (96.5%)	0.146
	Não	78 (7.1%)	1,020 (92.9%)	

Fonte: Perguntas 3.2 e 4.3 do inquérito do ONAP

Analisando o consumo de alimentos, verifica-se um maior consumo intenso de hortícolas nos doentes com hipertensão ($p=0.023$) e dislipidemia ($p=0.077$), apesar de neste último caso não se atingir o significado estatístico. Também o consumo intenso de frutas é superior nos doentes com hipertensão ($p=0.002$), dislipidemia ($p=0.022$), diabetes ($p=0.039$) e doença cardiovascular ($p=0.057$) relativamente aos inquiridos sem as respetivas doenças (Tabelas 35 e 36). Não se verificam diferenças no consumo de peixe em qualquer das doenças consideradas.

TABELA 35: CONSUMO DE HORTÍCOLAS, POR DOENÇA

DOENÇAS/CONSUMO DE ALIMENTOS FUNCIONAIS		Nunca	Esporádico	Regular	Intenso	Valor-p
Hipertensão	Sim	0	3 (1.1%)	61 (22.4%)	208 (76.5%)	0.023
	Não	9 (1.0)	32 (3.5%)	245 (26.4%)	641 (69.1%)	
Dislipidemia	Sim	1 (0.3%)	5 (1.5%)	76 (23.2%)	245 (74.9%)	0.077
	Não	8 (0.9%)	30 (3.5%)	226 (26.7%)	582 (68.8%)	
Diabetes	Sim	1 (1.2%)	3 (3.6%)	16 (19.0%)	64 (76.2%)	0.523
	Não	8 (0.7%)	33 (3.0%)	290 (26.1%)	779 (70.2%)	
Doença cardiovascular	Sim	1 (0.7%)	3 (2.1%)	32 (22.1%)	109 (75.2%)	0.644
	Não	8 (0.8%)	32 (3.0%)	276 (26.1%)	742 (70.1%)	
Obesidade	Sim	0	2 (1.8%)	27 (23.7%)	85 (74.6%)	0.562
	Não	9 (0.8%)	35 (3.2%)	281 (25.6%)	771 (70.3%)	

TABELA 36: CONSUMO DE FRUTA, POR DOENÇA

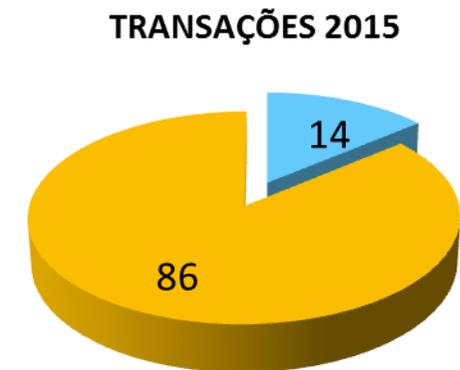
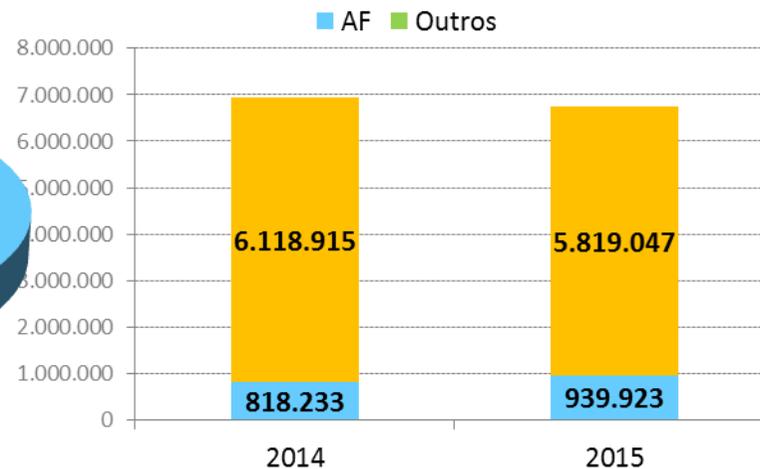
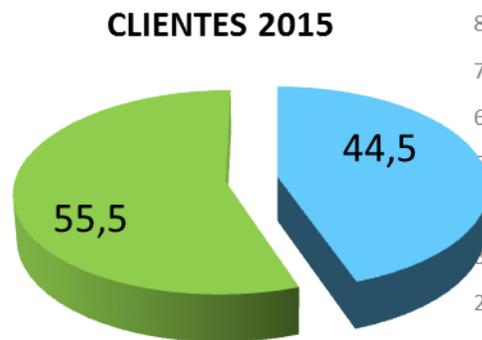
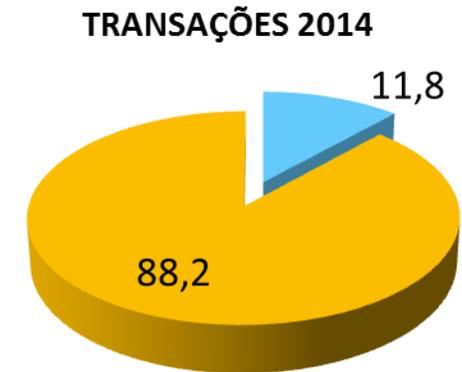
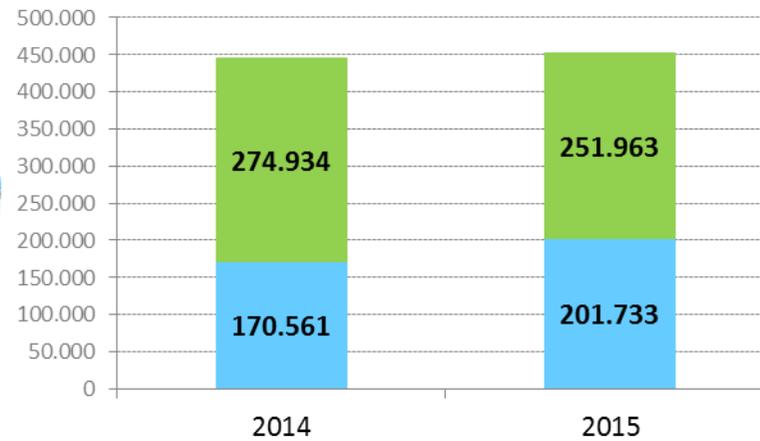
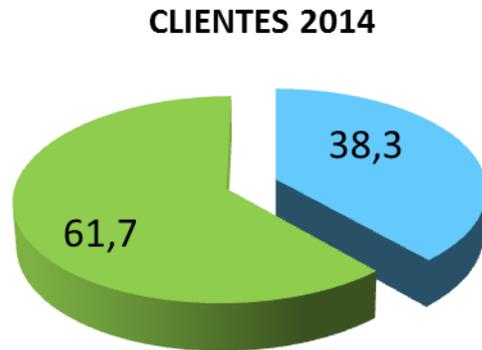
DOENÇAS/CONSUMO DE ALIMENTOS FUNCIONAIS		Nunca	Esporádico	Regular	Intenso	Valor-p
Hipertensão	Sim	4 (1.5%)	4 (1.5%)	19 (7.0%)	243 (90.0%)	0.002
	Não	21 (2.3%)	39 (4.2%)	125 (13.5%)	741 (80.0%)	
Dislipidemia	Sim	7 (2.2%)	9 (2.8%)	25 (7.7%)	284 (87.4%)	0.022
	Não	17 (2.0%)	33 (3.9%)	117 (13.8%)	678 (80.2%)	
Diabetes	Sim	2 (2.4%)	0	4 (4.8%)	77 (92.8%)	0.039
	Não	23 (2.1%)	44 (4.0%)	139 (12.5%)	902 (81.4%)	
Doença cardiovascular	Sim	7 (4.8%)	3 (2.1%)	15 (10.3%)	120 (82.8%)	0.057
	Não	18 (1.7%)	41 (3.9%)	130 (12.3%)	866 (82.1%)	
Obesidade	Sim	3 (2.6%)	5 (4.4%)	11 (9.6%)	95 (83.3%)	0.827
	Não	23 (2.1%)	41 (3.8%)	135 (12.4%)	894 (81.8%)	

Fonte: Perguntas 3.2 e 1.12 do inquérito do ONAP

Relativamente à relação entre a prática regular de exercício físico e as doenças analisadas, em todas os “doentes” referem realizar menos exercício físico ($p < 0.001$).

ANEXO F – BASE DE DADOS CARTÕES CLIENTE – GRÁFICOS

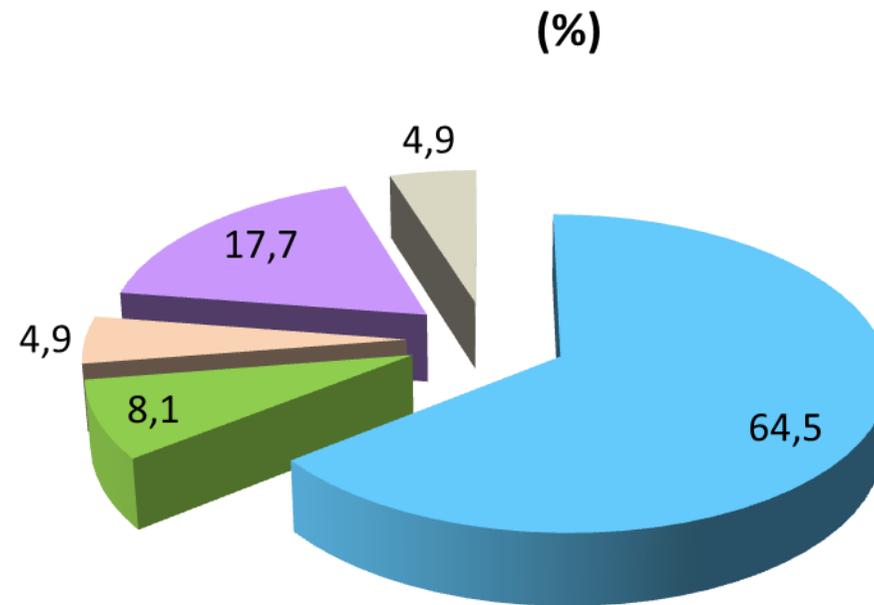
PARTICIPAÇÃO (%)



Fonte: Base de Dados de transações incluindo, pelo menos, 1 alimento funcional. Período: 2014 vs. 2015

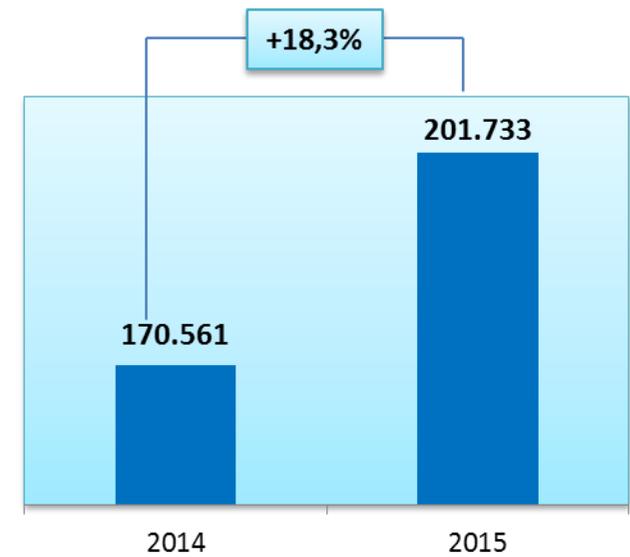
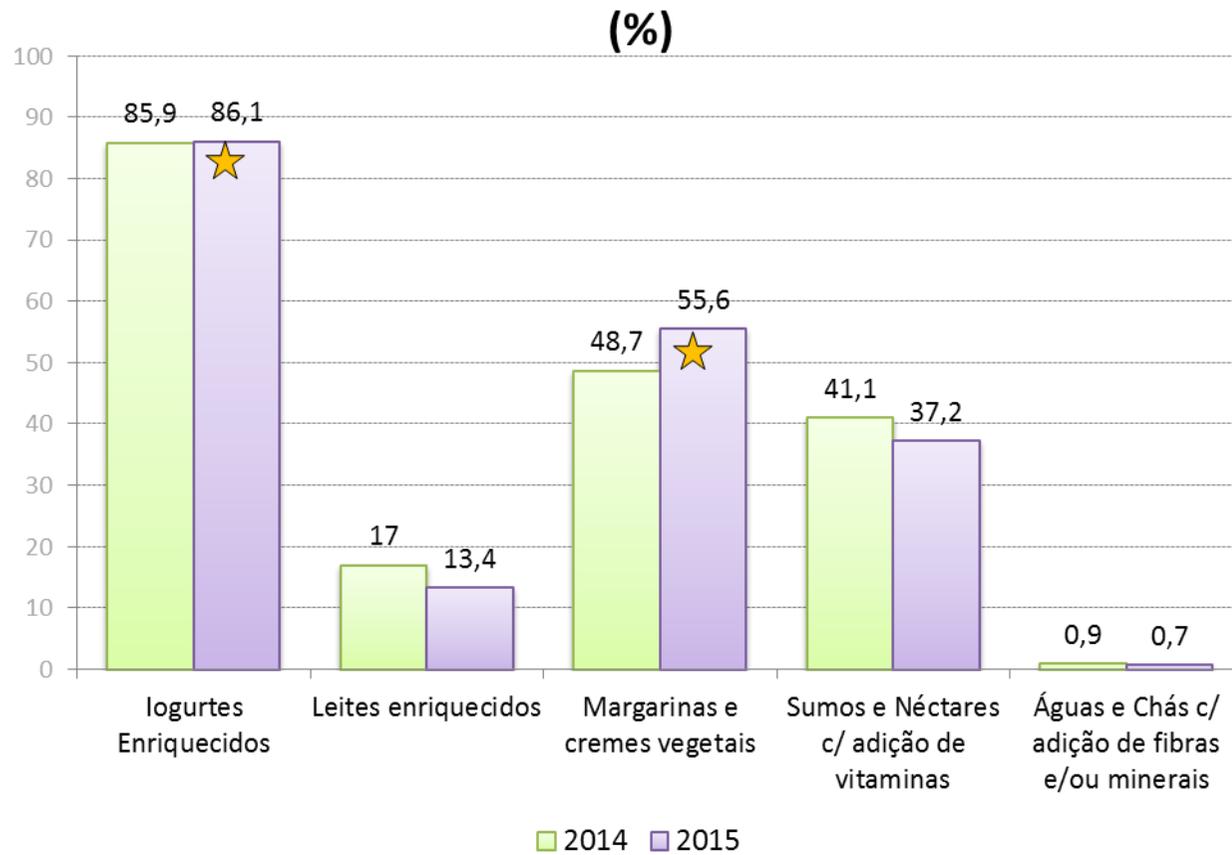
PRODUTOS

logurtes enriquecidos e leites fermentados	727
Leites enriquecidos	91
Margarinas e cremes vegetais	55
Sumos e Néctares c/ adição de vitaminas	200
Águas e Chás c/ adição de fibras e/ou minerais	55
TOTAL	1128



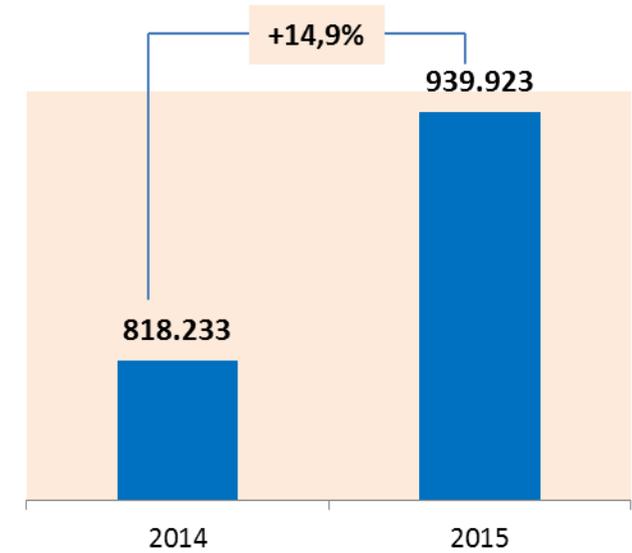
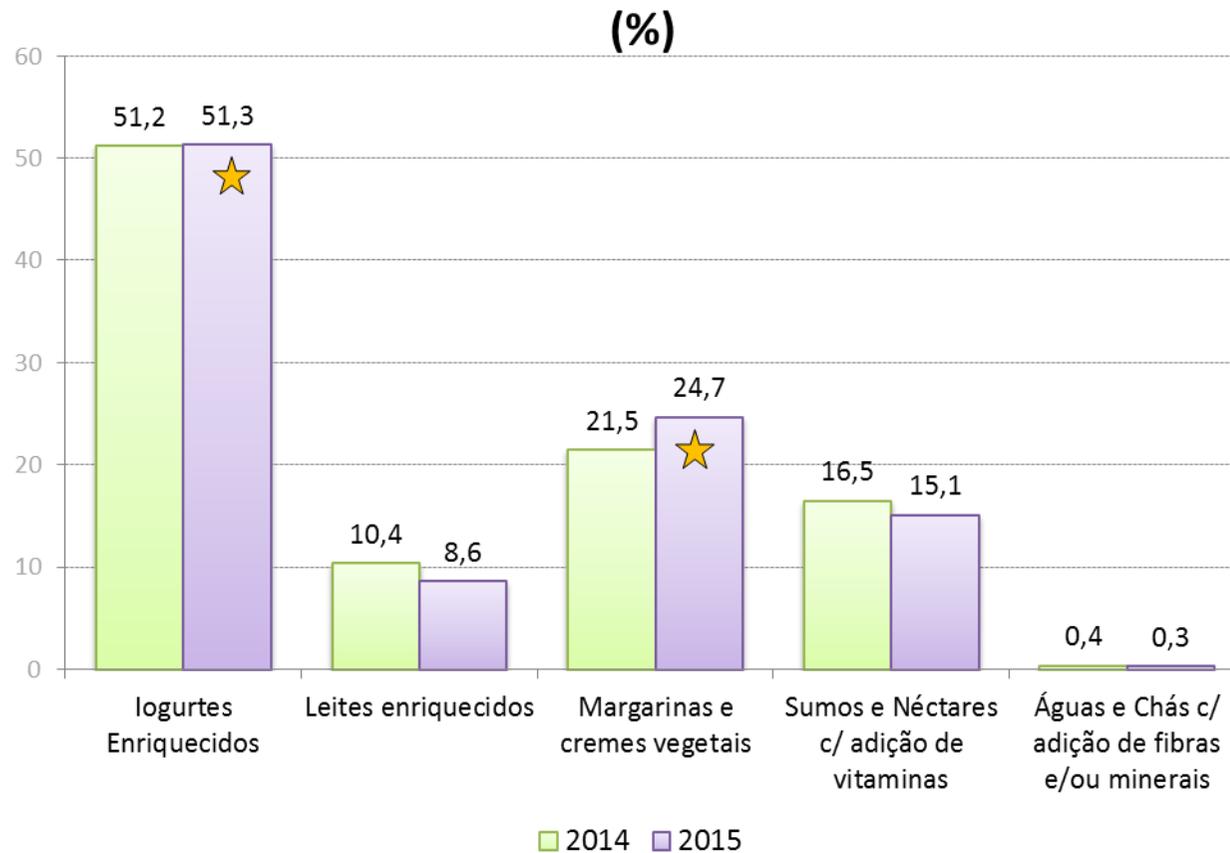
Fonte: Base de Dados de transações incluindo, pelo menos, 1 alimento funcional. Período: 2014 vs. 2015

CLIENTES



Fonte: Base de Dados de transações incluindo, pelo menos, 1 alimento funcional. Período: 2014 vs. 2015

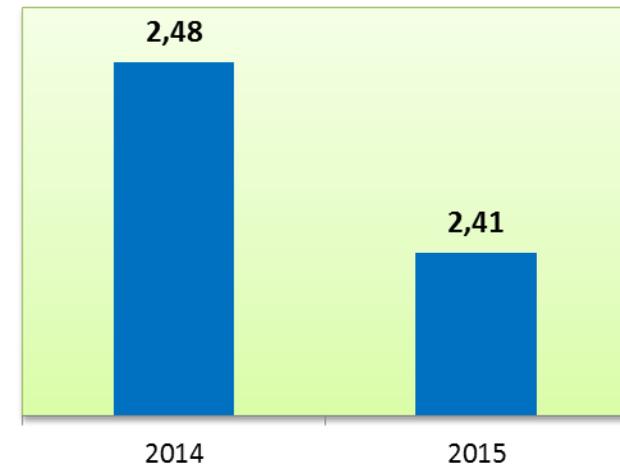
TRANSAÇÕES



Fonte: Base de Dados de transações incluindo, pelo menos, 1 alimento funcional. Período: 2014 vs. 2015

COMPRA MÉDIA*

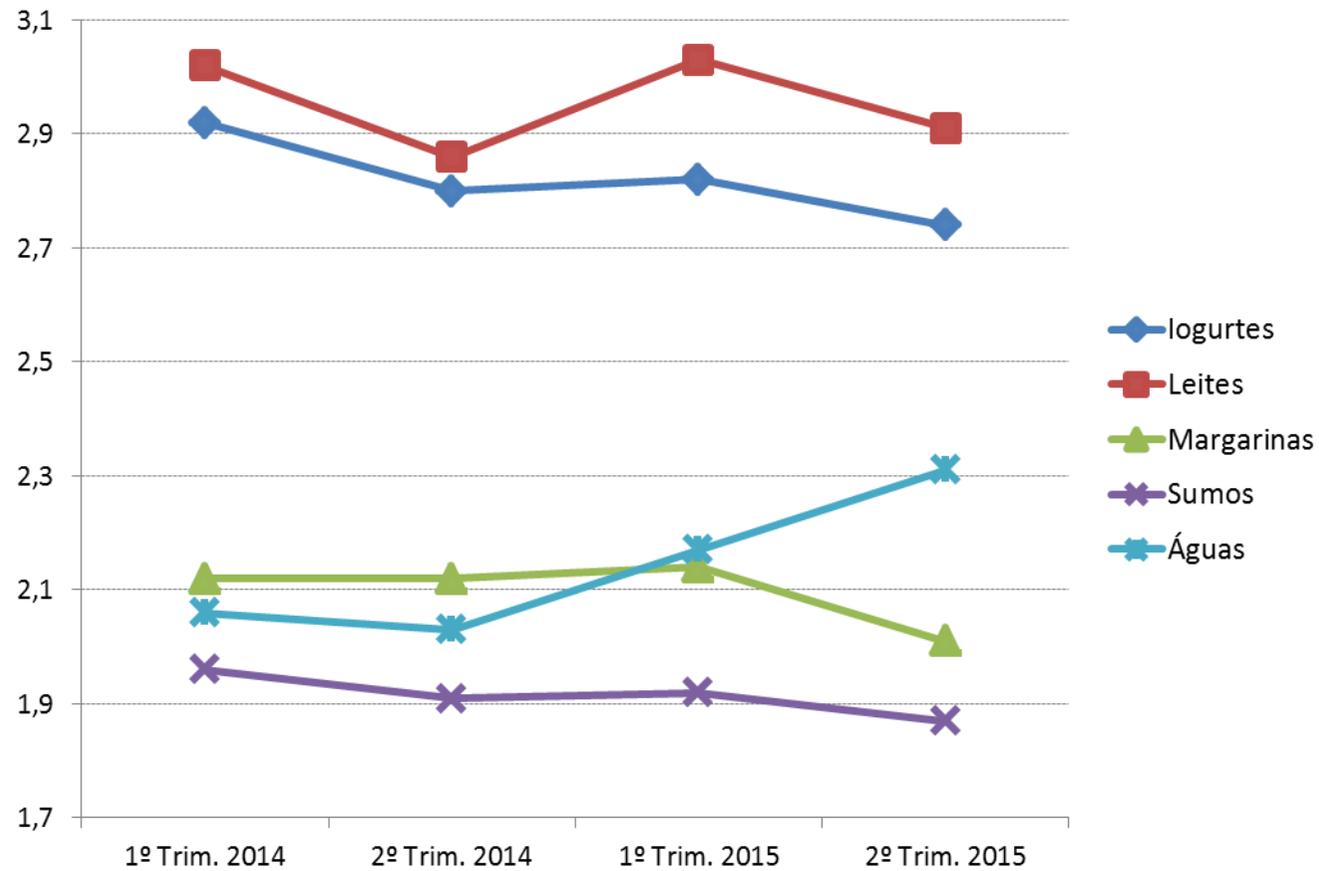
	1º Trim. 2014	2º Trim. 2014	1º Trim. 2015	2º Trim. 2015
logurtes enriquecidos	2,92	2,80	2,82	2,74
Leites enriquecidos	3,02	2,86	3,03	2,91
Margarinas e cremes vegetais	2,12	2,12	2,14	2,01
Sumos e Néctares c/ adição de vitaminas	1,96	1,91	1,92	1,87
Águas e Chás c/ adição de fibras e/ou minerais	2,06	2,03	2,17	2,31



* N° de produtos = N° de clientes/n° de transacções

Fonte: Base de Dados de transacções incluindo, pelo menos, 1 alimento funcional. Período: 2014 vs. 2015

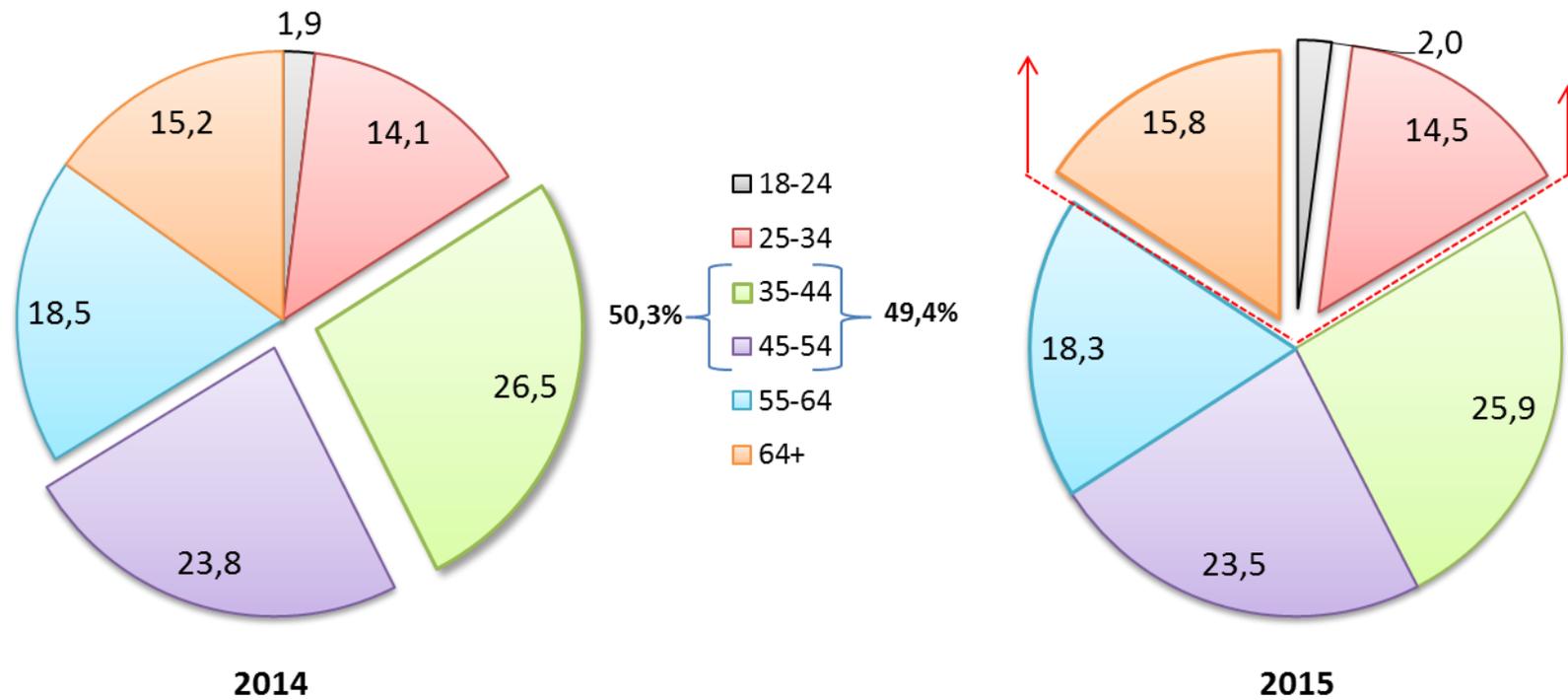
EVOLUÇÃO - COMPRA MÉDIA*



* N° de produtos = N° de clientes/n° de transacções

Fonte: Base de Dados de transacções incluindo, pelo menos, 1 alimento funcional. Período: 2014 vs. 2015

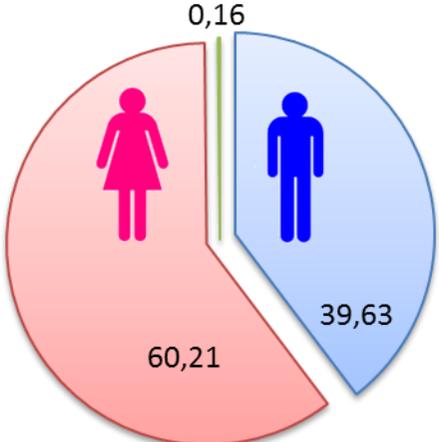
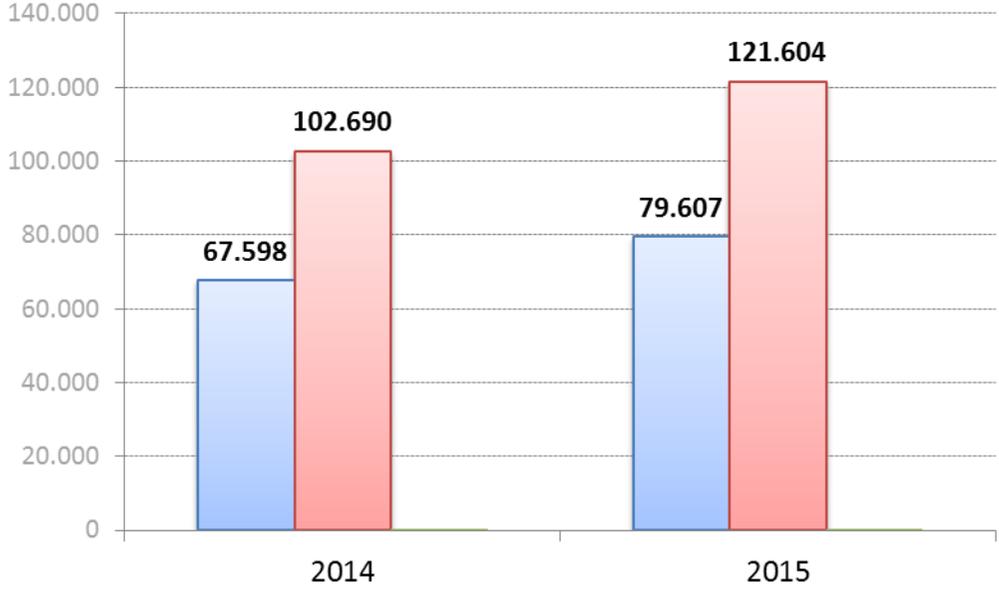
DISTRIBUIÇÃO ETÁRIA (%)



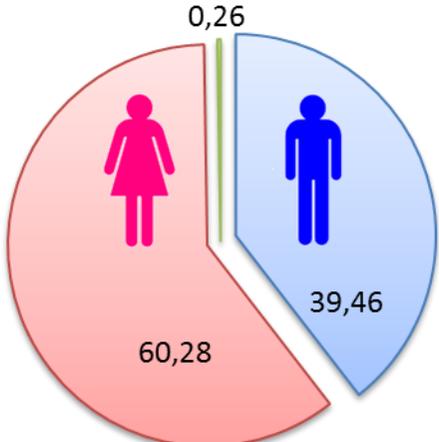
Fonte: Base de Dados de transações incluindo, pelo menos, 1 alimento funcional. Período: 2014 vs. 2015

SEXO (%)

Homens Mulheres NR



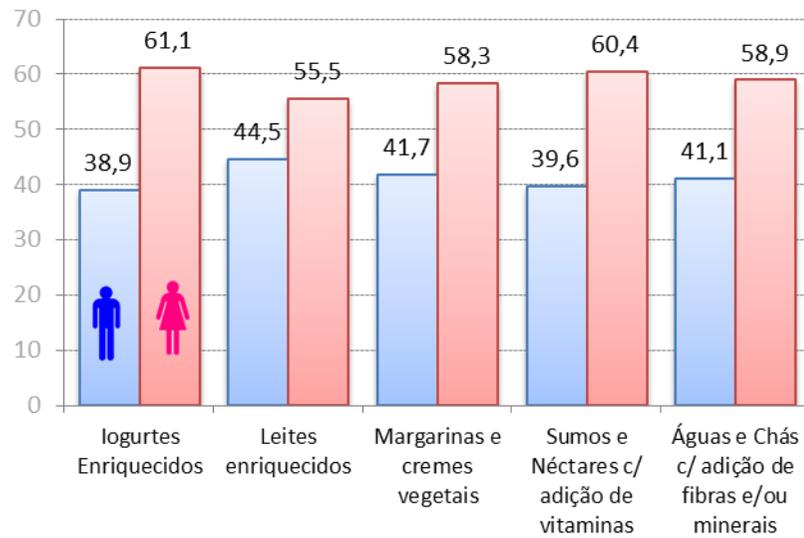
2014



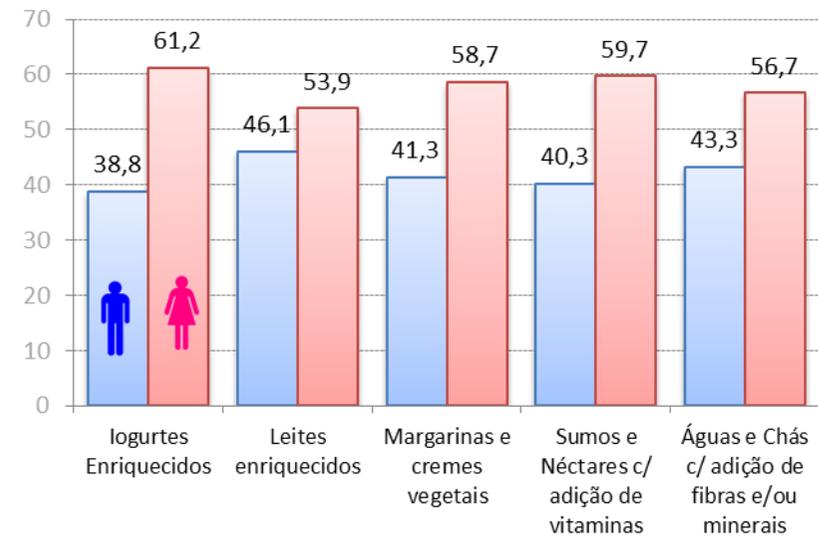
2015

Fonte: Base de Dados de transações incluindo, pelo menos, 1 alimento funcional. Período: 2014 vs. 2015

PRODUTOS ADQUIRIDOS POR SEXO* (%)



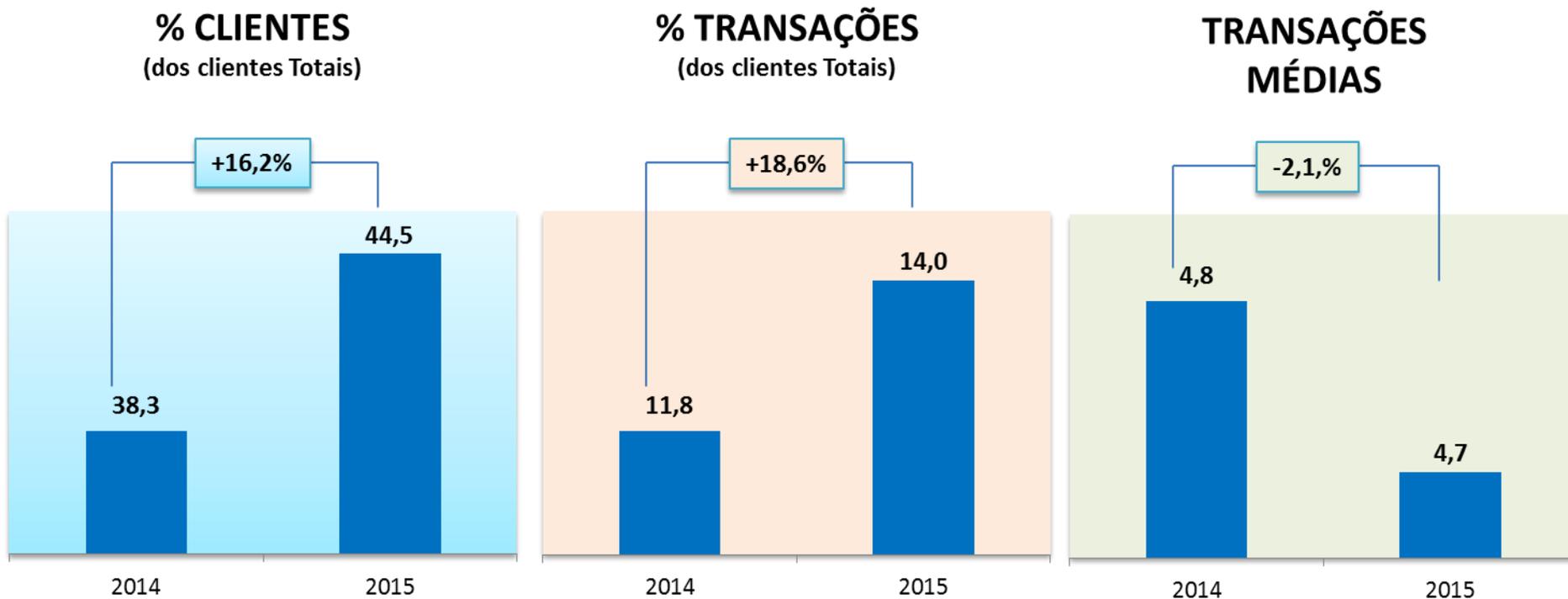
2014



2015

* Toma como base de cálculo o nº de talões

Fonte: Base de Dados de transações incluindo, pelo menos, 1 alimento funcional. Período: 2014 vs. 2015



Fonte: Base de Dados de transações incluindo, pelo menos, 1 alimento funcional. Período: 2014 vs. 2015

**ANEXO G – CARTÃO CLIENTE – RELATÓRIO
ESTATÍSTICO – PERFIS DE CONSUMO**

Introdução

As bases de dados a analisar foram construídas ou adaptadas a partir da informação disponibilizada pela Insígnia de Hipermercados.

A informação-base do Cartão-Cliente de Hipermercado é constituída pelos dados de vendas semestrais de 2014 e 2105 por produto (5 famílias de produtos funcionais (Iogurtes enriquecidos, Leites enriquecidos, Margarinas e cremes vegetais, Sumos e néctares c/adição de vitaminas e/ou alegações nutricionais de vitaminas, Águas e chás c/adição de fibra e/ou minerais), agrupados por:

- Semestre;
- Sexo;
- Idade (faixa etária);
- Região (divisão por NUTII).

Deu-se relevo à análise por sexo e por idade, eliminando-se as categorias relativas a não-resposta, correspondente a informação em falta e que diziam respeito a um número diminuto de observações endo que a informação de vendas refere-se concretamente a:

- Número de clientes que efetuaram pelo menos uma compra (Nr_clientes);
- Número de talões (frequência de vendas – Nr_taloes);
- Vendas (volume em euros - Venda).

A partir destas variáveis foi apurada informação relativamente a:

- Número médio de transações por cliente
($\text{TransNumMedCli} = \text{Nr_Taloes} / \text{Nr_Clientes}$);
- Vendas médias por cliente em euros ($\text{VendMedCli} = \text{Venda} / \text{Nr_Clientes}$);
- Compra média por talão ($\text{CompraMedTal} = \text{Venda} / \text{Nr_taloes}$).

Estas seis variáveis foram posteriormente recodificadas em 3 categorias, após estudo dos valores associados de média, mediana, quartis e percentis 90 e 95. As bases de dados foram adaptadas ao formato adequado para processamento estatístico de acordo com as metodologias a aplicar nomeadamente: Análise de Clusters (classificação hierárquica) e de Análise Fatorial das Correspondências Múltiplas e Análise em Componentes Principais, com vista a detetar perfis multidimensionais de consumo na

amostra em estudo (separadamente de acordo com os agrupamentos por Sexo e Idade), construindo respetivamente dendrogramas (selecionando a partição de cluster a analisar) e planos fatoriais que melhor permitam uma visualização dos principais resultados.

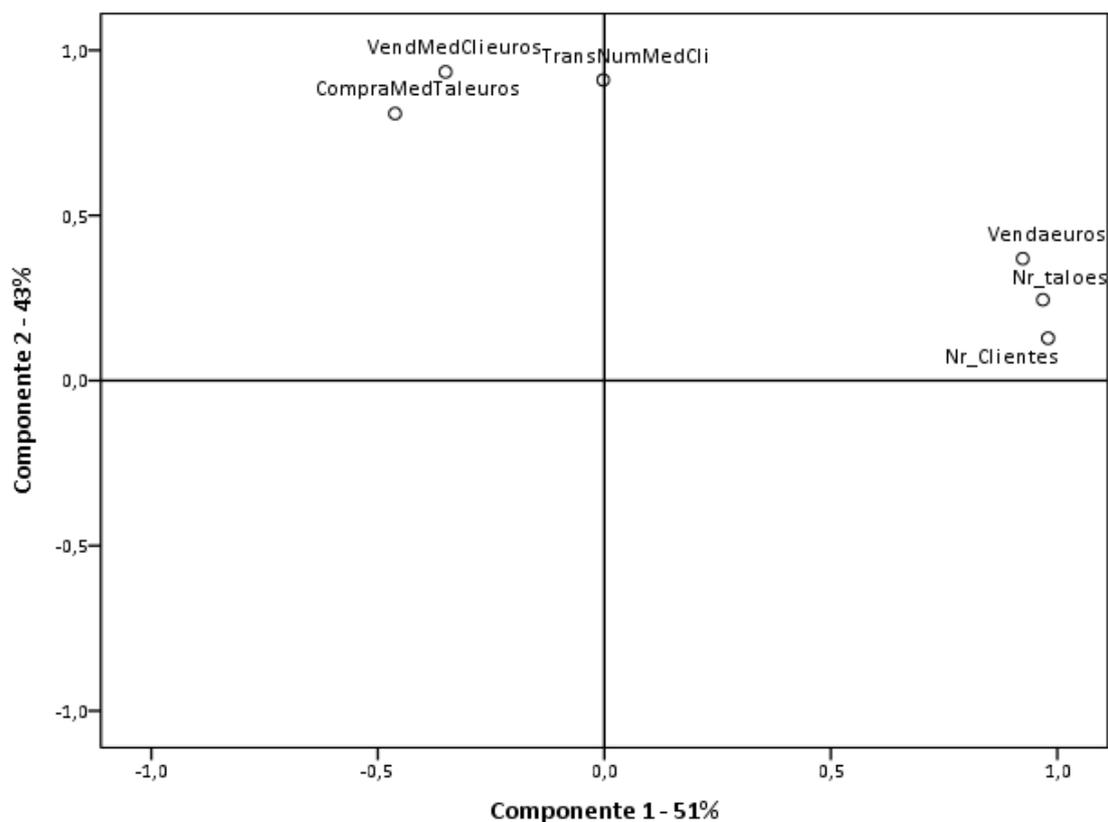
Concluiu-se que dados os agrupamentos efetuados não é possível considerar apenas uma única base de dados para análise. Note-se que para a construção de perfis de consumo e caracterização dos clientes, idealmente, ter-se-ia acesso à base de dados por cliente com o consumo médio e mediano de cada produto (e não família de produtos) num determinado período de tempo (ou sucessão de períodos, mensais trimestrais ou semestrais) em frequência e valor, bem como dos produtos não-funcionais adquiridos (identificando-se perfis enquadrados em cabazes de produtos, correlações e associações com outros produtos que indicam estilos de vida distintos e até estabelecendo oportunidades potenciais de *cross-selling*), número de talões (com e sem produtos funcionais) e frequência semanal/mensal de compras ao longo do tempo (grau de fidelização), por região (a um nível mais desagregado que NUTS II, pois perde-se a informação sobre ambiente rural/urbano, potenciais áreas target dos hipermercados em estudo *versus* presença da concorrência, por exemplo). Adicionalmente, se disponível, poderia mesmo cruzar-se esta informação *offline* com informação *online* de utilização de redes sociais pelos clientes do cartão cliente. Assim, com a informação possível de processar estatisticamente já disponibilizada, a construção de perfis torna-se mais limitada.

Análise de perfis por Sexo

ACP sobre a informação semestral por sexo

Tomando os dados agrupados por semestre e sexo para os anos de 2014 e 2015 relativos a vendas dos produtos funcionais, começou-se por aplicar análise em componentes principais (ACP). Geram-se os planos fatoriais para as duas primeiras componentes no espaço das variáveis ou colunas da base de dados em estudo (figura 1) e no das linhas, cujos pontos são identificados pelos alimentos funcionais em análise (figura 2) e adicionalmente por sexo (figura 3). As duas primeiras componentes são responsáveis por um total de 94% da variabilidade dos dados.

Figura 1 - Plano Fatorial 1-2 da ACP com base nas variáveis de vendas semestrais por tipo de alimento funcional e por sexo – espaço das variáveis/colunas da base de dados



Semestres por AF e Sexo

Componente 1 – Grau de magnitude de Vendas, Número de talões e Número de Clientes (valores superiores quanto mais para a direita e inferiores quanto mais para a esquerda)

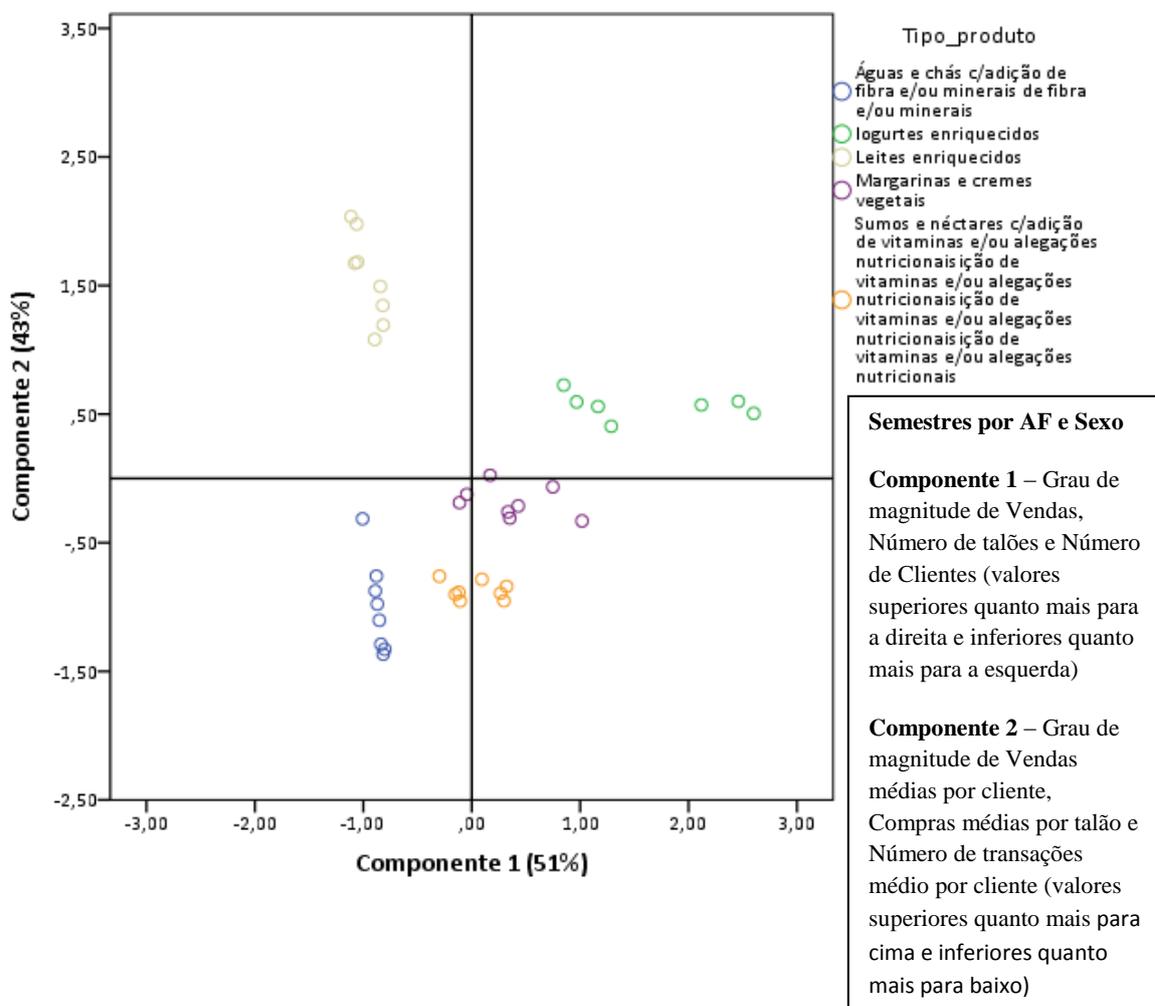
Componente 2 – Grau de magnitude de Vendas médias por cliente, Compras médias por talão e Número de transações médio por cliente (valores superiores quanto mais para cima e inferiores quanto mais para baixo)

A componente 1 explica 51% da variabilidade total dos dados e representa uma dimensão que opõe os semestres (por alimento funcional e sexo) com valores superiores nas vendas, número de talões e número de clientes (do lado direito do plano das variáveis – figura 1) aos que registam valores inferiores. Os iogurtes surgem mais associados a vendas globais superiores, situando-se do lado direito do plano fatorial (figura 2). Inversamente, os leites e as águas e chás surgem mais associados a menores vendas, situando-se do lado esquerdo do plano fatorial.

A componente 2 explica 43% da variabilidade total dos dados e representa uma dimensão que opõe os semestres (por alimento funcional e sexo) com valores superiores nas vendas médias por cliente, compras médias por talão e número de transações médio por cliente (do lado superior do plano das variáveis – figura 1) aos que registam valores

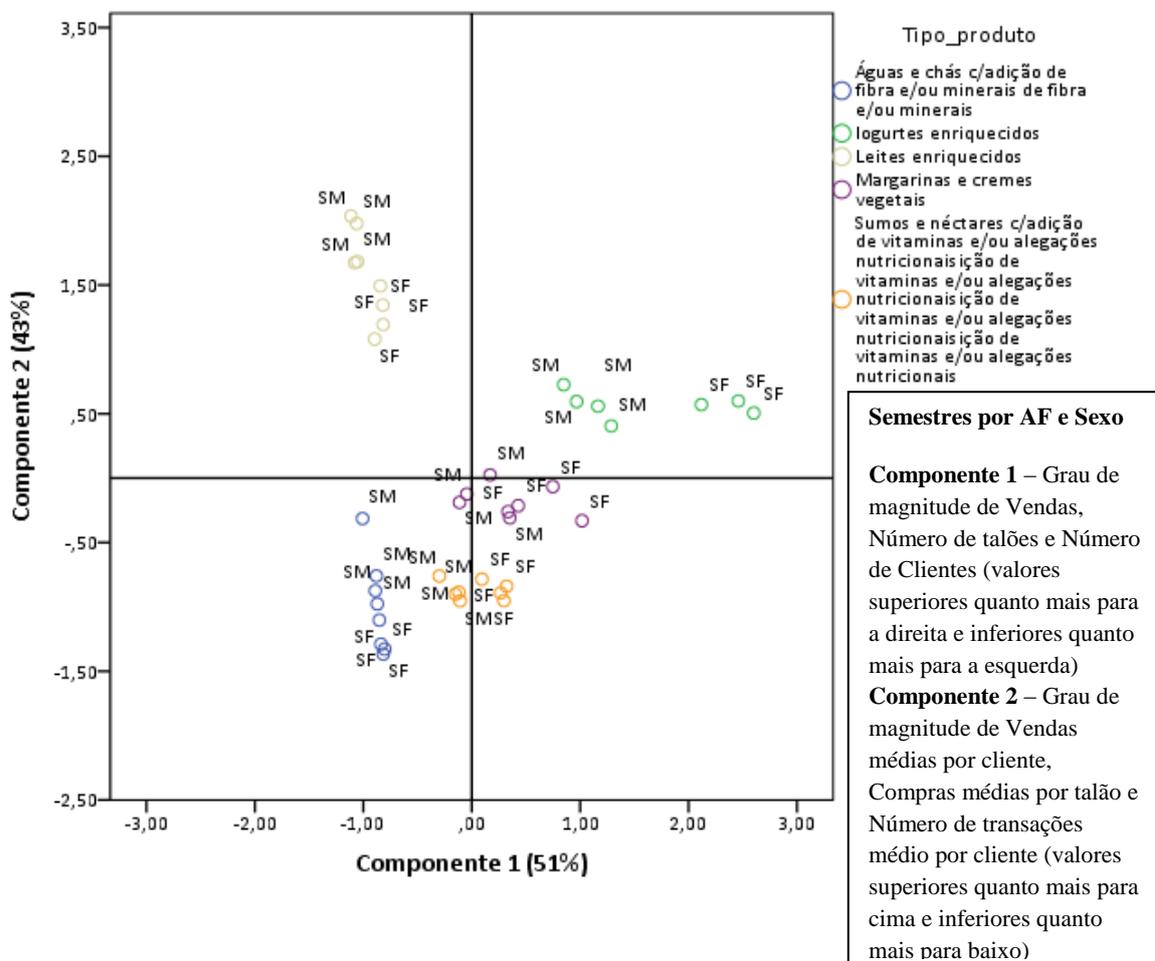
inferiores. Os leites enriquecidos surgem mais associados a valores mais elevados destas variáveis, situando-se do lado superior do plano fatorial (figura 2). Inversamente, as águas e chás, bem como os sumos e néctares surgem mais associados a valores menores, situando-se do lado inferior do plano fatorial.

Figura 2 - Plano Fatorial 1-2 da ACP com base nas variáveis de vendas semestrais por tipo de alimento funcional e por sexo – espaço das linhas/observações da base de dados, com identificação por alimento funcional



Da figura 3, pode-se concluir que o sexo não parece relevante para nenhuma das componentes. A discriminação diz respeito a alimentos funcionais que surgem agrupados por tipo e não por sexo que aparece misturado dentro de cada alimento funcional. Todavia, com a exceção das águas e chás, em cada alimento funcional parece haver uma tendência para as observações relativas ao sexo feminino se situarem mais à direita e as respeitantes ao sexo masculino mais à esquerda. Isso indicia que, para cada alimento, poderão ser as mulheres a associarem-se a maiores vendas que os homens. Um estudo mais aprofundado, com os dados desagregados, poderia ser mais esclarecedor quanto a esta tendência.

Figura 3 - Plano Fatorial 1-2 da ACP com base nas variáveis de vendas semestrais por tipo de alimento funcional e por sexo – espaço das linhas/observações da base de dados, com identificação por alimento funcional e sexo



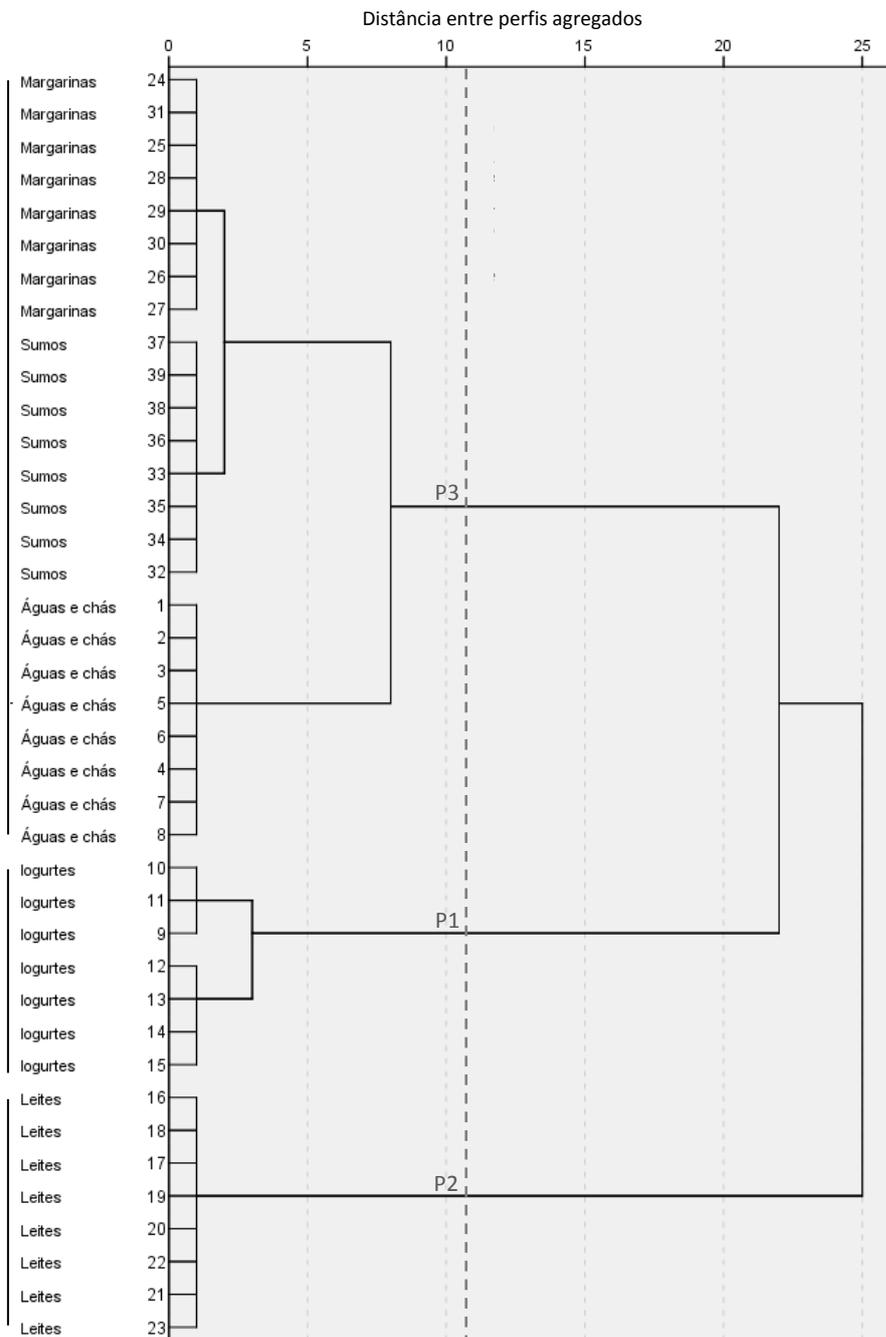
Construção de perfis sobre informação semestral por sexo

Aplica-se então análise de *clusters*, mais precisamente classificação hierárquica sobre as linhas da base de dados, com base na distância euclidiana quadrada e no critério de

agregação de Ward. Constrói-se o dendrograma ou árvore hierárquica, sucessivamente identificando as observações por alimento funcional (figura 4), sexo (figura 5) e pela partição selecionada para análise (figura 6).

A análise da figura 4 também reforça a ideia sugerida nos resultados da ACP de que a informação de vendas semestrais se associa por alimento funcional e não por sexo: os diversos tipos de alimentos funcionais agrupam-se entre si.

Figura 4 - Dendrograma da CH sobre as observações, com base nas variáveis de vendas semestrais por tipo de alimento funcional e por sexo – com identificação por alimento funcional



Pelo contrário, na figura 5, as observações relativas ao sexo masculino e feminino surgem misturadas, o que indicia que o sexo não é muito relevante para os indicadores de vendas semestrais dos diversos produtos funcionais. Todavia, como por vezes surgem observações seguidas de cada um dos sexos, isso pode significar que a níveis inferiores de agregação poderá haver subgrupos associados a sexo, eventualmente correspondendo a comportamentos coerentes por sexo, em cada alimento funcional. Uma análise da informação desagregada poderia ser mais elucidativa quanto a esta tendência.

Figura 5 - Dendrograma da CH sobre as observações, com base nas variáveis de vendas semestrais por tipo de alimento funcional e por sexo – com identificação por sexo

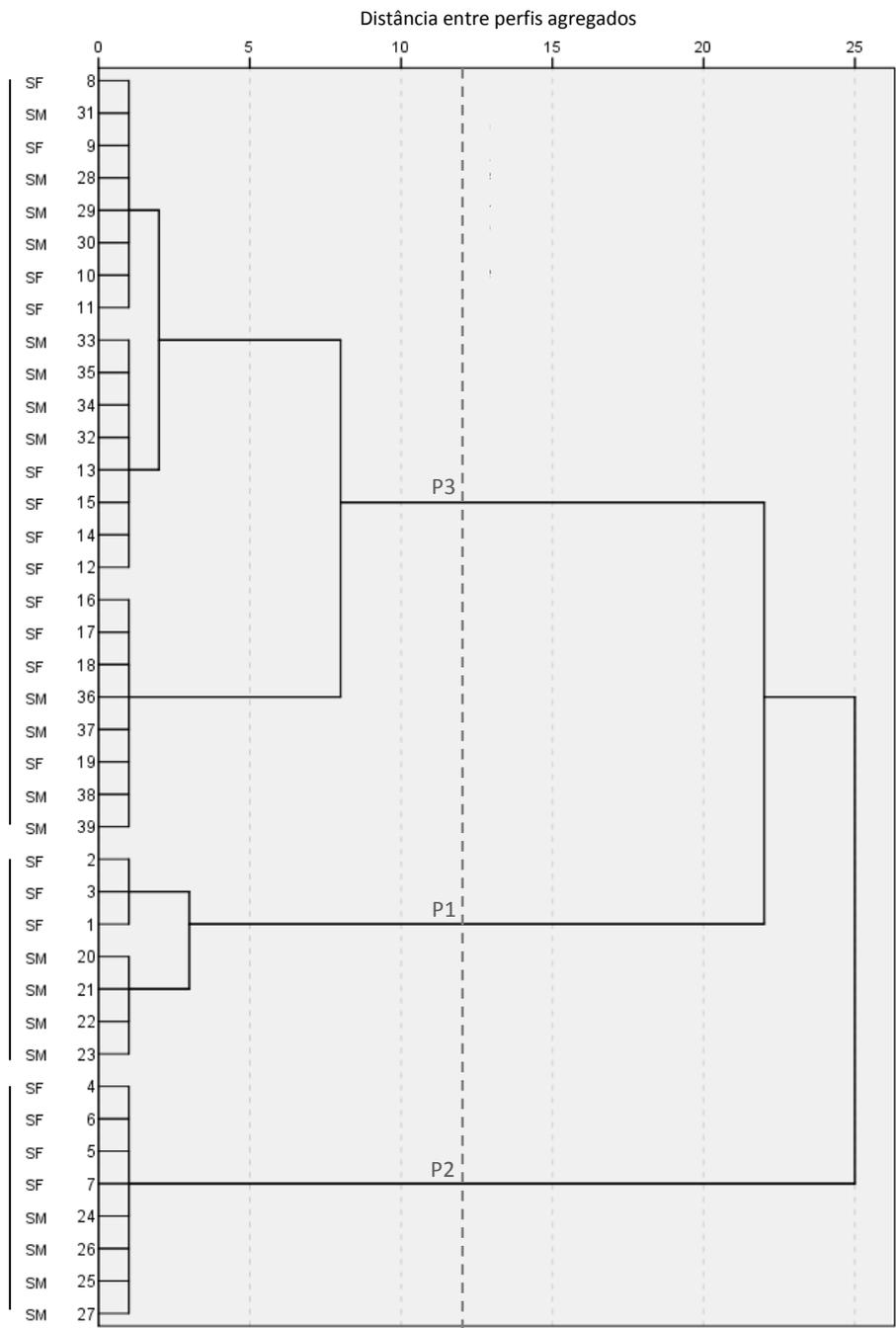
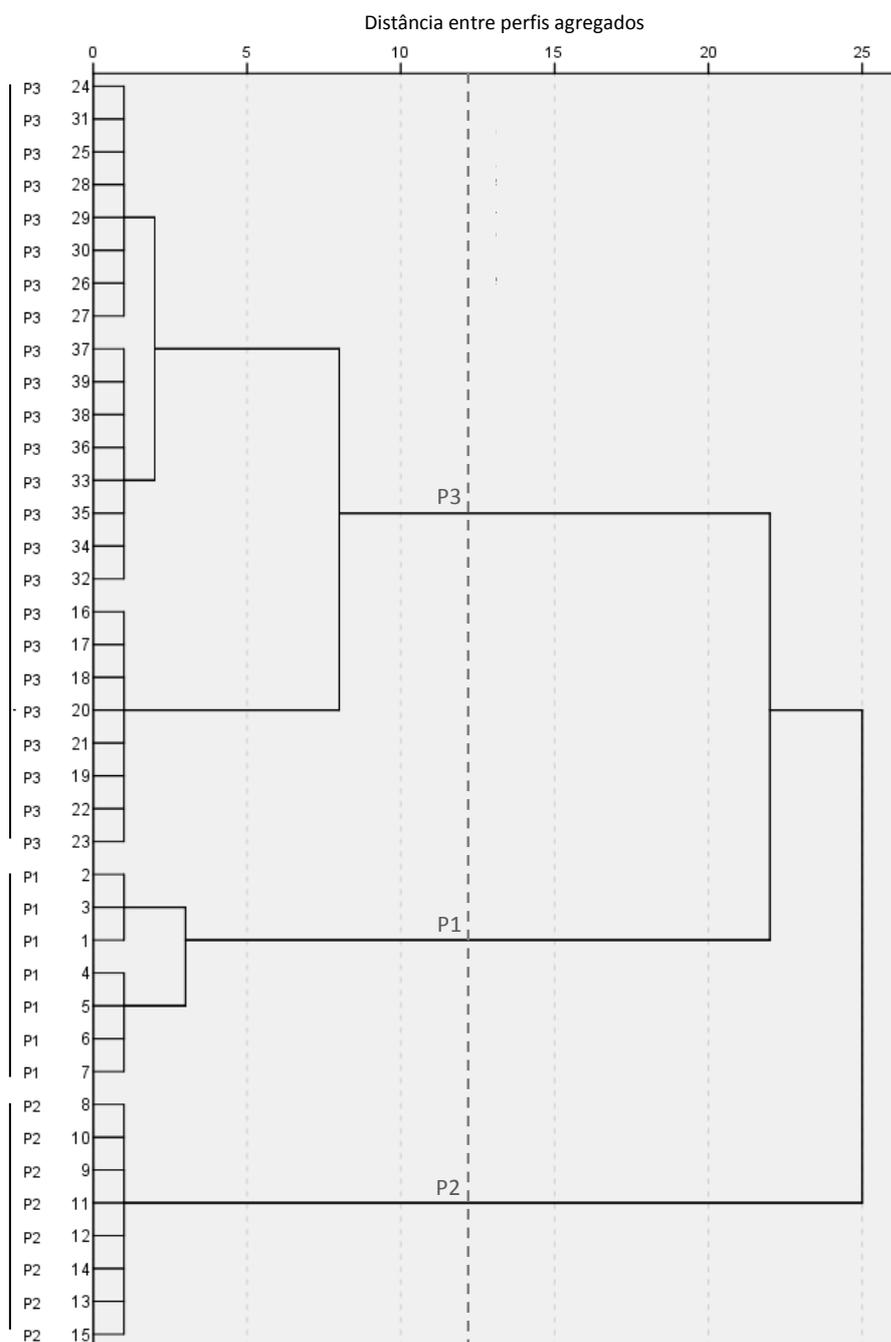


Figura 6 - Dendrograma da CH sobre as observações, com base nas variáveis de vendas semestrais por tipo de alimento funcional e por sexo – com identificação por perfil da partição de 3 perfis



A análise do dendrograma e de outros outputs que aqui não são apresentados indicam como potenciais partições para a análise as partições de 3 e de 4 perfis, escolhendo-se como mais adequada a de 3 perfis (figura 6).

Caracterização bi e multivariada dos perfis sobre informação semestral por sexo

Cruzando a partição de 3 perfis por sexo e tipo de produto, evidencia-se uma associação significativa com o tipo de produto (teste de Fisher $p < 0.001$), mas não com o sexo (teste de Fisher $p = 1.000$) – tabela 1. Identifica-se igualmente uma associação relevante entre a pertença de perfil e todos os indicadores de vendas em análise, o que significa que os perfis têm um comportamento distinto.

Tabela 1 - Variáveis de caracterização cruzadas pela pertença de perfil (partição de 3 perfis – frequências e percentagens por coluna) e respetivos resultados dos Testes Exatos de Fisher

		Partição de 3 perfis						Teste Exacto de Fisher Valor-p
		P1		P2		P3		
		Freq	% Col	Freq	% Col	Freq	% Col	
Tipo de Produto	Aguas e Chas	0	0,0%	0	0,0%	8	33,3%	p<0.001
	Iogurtes	7	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	
	Leites	0	0,0%	8	100,0%	0	0,0%	
	Margarinas	0	0,0%	0	0,0%	8	33,3%	
	Sumos	0	0,0%	0	0,0%	8	33,3%	
Sexo	SF	3	42,9%	4	50,0%	12	50,0%	p=1.000
	SM	4	57,1%	4	50,0%	12	50,0%	
No Clientes	Nr_Clientes_1	0	0,0%	5	62,5%	8	33,3%	p<0.001
	Nr_Clientes_2	0	0,0%	3	37,5%	10	41,7%	
	Nr_Clientes_3	7	100,0%	0	0,0%	6	25,0%	
No Transações	Nr_taloes_1	0	0,0%	5	62,5%	8	33,3%	p<0.001
	Nr_taloes_2	0	0,0%	3	37,5%	10	41,7%	
	Nr_taloes_3	7	100,0%	0	0,0%	6	25,0%	
Venda (euros)	Vendaeuros_1	0	0,0%	1	12,5%	12	50,0%	p<0.001
	Vendaeuros_2	0	0,0%	7	87,5%	6	25,0%	
	Vendaeuros_3	7	100,0%	0	0,0%	6	25,0%	
No Transações medio por Cliente	TransNrMedCli_1	0	0,0%	0	0,0%	12	50,0%	p<0.001
	TransNrMedCli_2	1	14,3%	0	0,0%	12	50,0%	
	TransNrMedCli_3	6	85,7%	8	100,0%	0	0,0%	
Vendas Medias por Cliente (euros)	VendMedCli_1	0	0,0%	0	0,0%	12	50,0%	p<0.001
	VendMedCli_2	4	57,1%	0	0,0%	10	41,7%	
	VendMedCli_3	3	42,9%	8	100,0%	2	8,3%	
Compra Media por Transação (euros)	CompraMedTal_1	4	57,1%	0	0,0%	9	37,5%	p<0.001
	CompraMedTal_2	3	42,9%	0	0,0%	10	41,7%	
	CompraMedTal_3	0	0,0%	8	100,0%	5	20,8%	
	Total	7	100,0%	8	100,0%	24	100,0%	

Recorde-se que cada indicador varia entre um nível 1 associado a valores inferiores, um nível 2 a intermédios e um nível 3 a superiores. Assim, temos 3 perfis que se diferenciam do “comportamento mais habitual”:

- O perfil 1 com observações respeitantes apenas a indicadores de vendas semestrais de Iogurtes sempre com valores de nível 3 para Número de clientes, Número de transações e Volume de Vendas e maioritariamente com valores de nível 3 no Número médio de transações por cliente. Representa assim um perfil

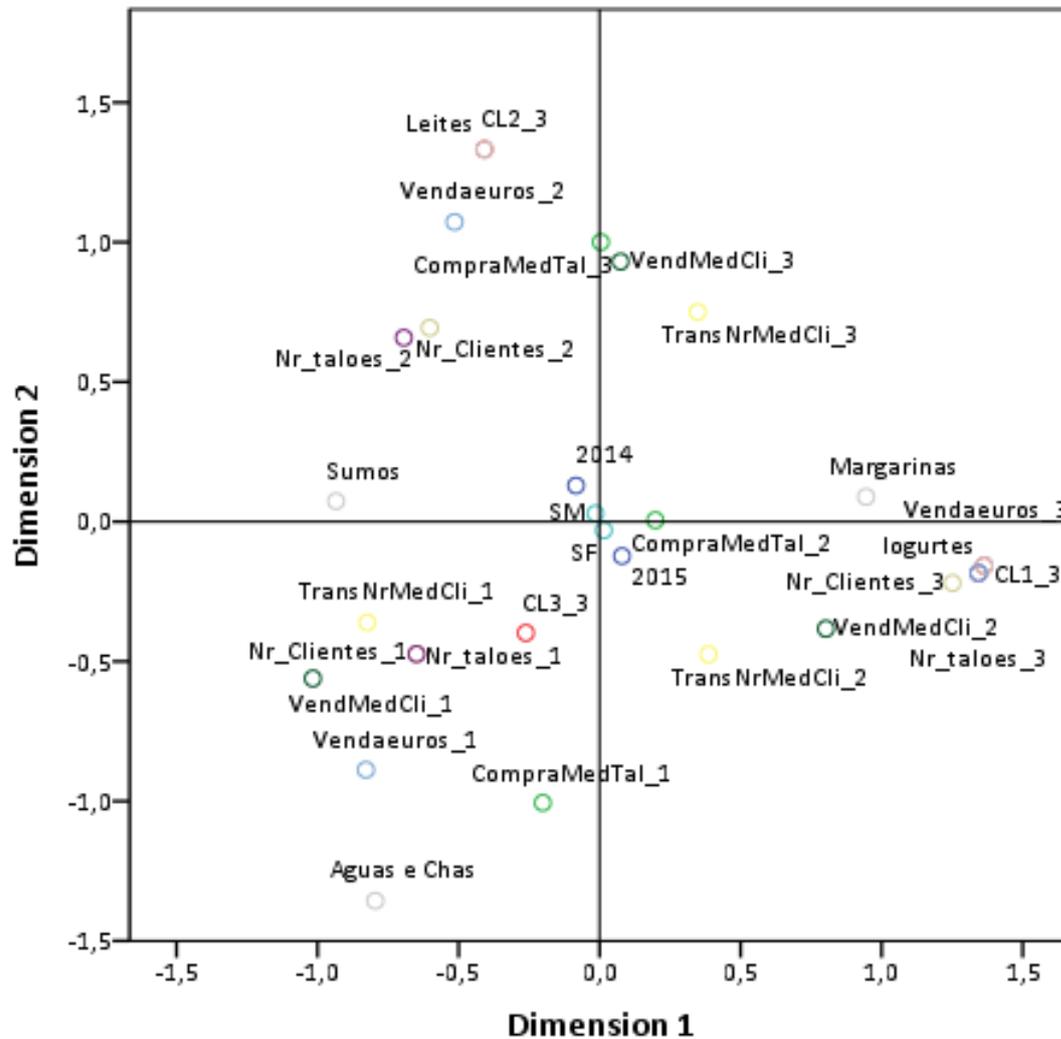
de consumo de um produto que será mais vendido em volume global e tendencialmente em frequência de vendas por cliente.

- O perfil 2 com observações respeitantes apenas a indicadores de vendas semestrais de Leites e sempre com valores de nível 3 para Número médio de transações por cliente, Vendas médias por cliente e Compra média por transação e maioritariamente com valores de nível 1 para Número de clientes e Número de transações e de nível 2 para Volume de Vendas. Representa assim um perfil de consumo de um produto que terá menos clientes a consumi-lo, mas que, quando consumido é-o em volume e valor bastante elevados.
- O perfil 3 com observações respeitantes a indicadores de vendas semestrais de Águas e Chás e de Margarinas, que se repartem pelos 3 níveis quanto aos indicadores globais (Número de clientes, Número de transações e Volume de Vendas), mas raramente ou nunca se encontram no nível 3 dos indicadores Número médio de transações por cliente e Vendas médias por cliente. Representa um perfil abrangente a nível de grau de consumo de alimentos funcionais, mas que, quando consumido, tende a representar uma parte pequena no bolo dos alimentos funcionais adquiridos.

As tendências que se podem observar nas tabelas de cruzamento encontram-se patentes de forma imediata visualmente quando se aplica análise das correspondências múltiplas (ACM), nomeadamente no plano fatorial – figura 7.

A tabela 2 ajuda à interpretação das duas dimensões obtidas. Assinaladas a azul encontram-se identificadas as categorias mais relevantes positivamente para cada dimensão e a vermelho as características mais relevantes negativamente. Os resultados dão um grau de pormenor superior aos encontrados com a ACP e complementam os encontrados com a análise de *clusters*.

Figura 7 - Plano Fatorial 1-2 da ACM com base nas categorias variáveis de vendas semestrais por tipo de alimento funcional e por sexo, recodificadas em 3 níveis, com as variáveis suplementares Ano, Sexo e Tipo de Produto



Semestres por AF e Sexo - Níveis

Dimensão 1 – Oposição de Consumo Global Superior (mais à direita) versus Inferior (mais à esquerda)

Dimensão 2 – Oposição de Consumo Unitário Superior (mais acima) versus Inferior (mais abaixo)

Tabela 2 - Identificação das características mais relevantes nos fatores 1 e 2 da ACM, tomando como variáveis ativas os indicadores de vendas e variáveis suplementares o tipo de produto, o ano, o sexo e a partição de 3 perfis

Categorias	Dimensão 1	Dimensão 2
Nr_Clientes_1	-0,649	-0,474
Nr_Clientes_2	-0,602	0,694
Nr_Clientes_3	1,251	-0,220
Nr_taloes_1	-0,649	-0,474
Nr_taloes_2	-0,694	0,658
Nr_taloes_3	1,343	-0,184
Vendaeuros_1	-0,829	-0,888
Vendaeuros_2	-0,514	1,072
Vendaeuros_3	1,343	-0,184
TransNrMedCli_1	-0,824	-0,361
TransNrMedCli_2	0,386	-0,475
TransNrMedCli_3	0,348	0,751
VendMedCli_1	-1,017	-0,561
VendMedCli_2	0,802	-0,383
VendMedCli_3	0,074	0,931
CompraMedTal_1	-0,202	-1,006
CompraMedTal_2	0,198	0,005
CompraMedTal_3	0,004	1,000
Aguas e Chas	-0,795	-1,356
logurtes	1,364	-0,158
Leites	-0,408	1,332
Margarinas	0,945	0,089
Sumos	-0,934	0,073
2014	-0,084	0,129
2015	0,079	-0,123
SF	0,015	-0,031
SM	-0,015	0,029
CL1_3	1,364	-0,158
CL2_3	-0,408	1,332
CL3_3	-0,262	-0,398

Semestres por AF e Sexo - Níveis

Dimensão 1 – Oposição de Consumo Global Superior (mais à direita) versus Inferior (mais à esquerda)

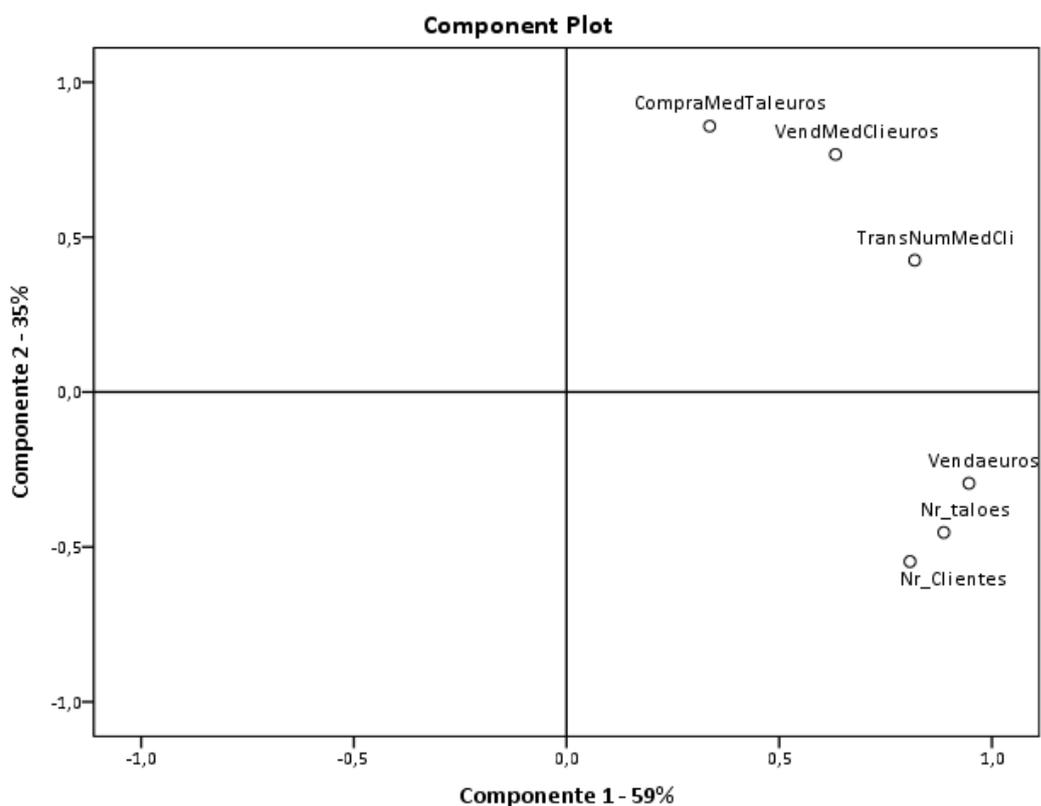
Dimensão 2 – Oposição de Consumo Unitário Superior (mais acima) versus Inferior (mais abaixo)

Análise de perfis por Idade

ACP sobre a informação semestral por idade

Tomando os dados agrupados por semestre e idade (faixas etárias) para os anos de 2014 e 2015 relativos a vendas dos produtos funcionais, começa-se por aplicar ACP. Geram-se os planos fatoriais para as duas primeiras componentes no espaço das variáveis ou colunas da base de dados em estudo (figura 8) e no das linhas, cujos pontos são identificados pelos alimentos funcionais em análise (figura 9) e adicionalmente por faixa etária (figura 10). As duas primeiras componentes são responsáveis por um total de 94% da variabilidade dos dados.

Figura 8 - Plano Fatorial 1-2 da ACP com base nas variáveis de vendas semestrais por tipo de alimento funcional e por idade – espaço das variáveis/colunas da base de dados



Semestres por AF e Idade (faixas etárias)

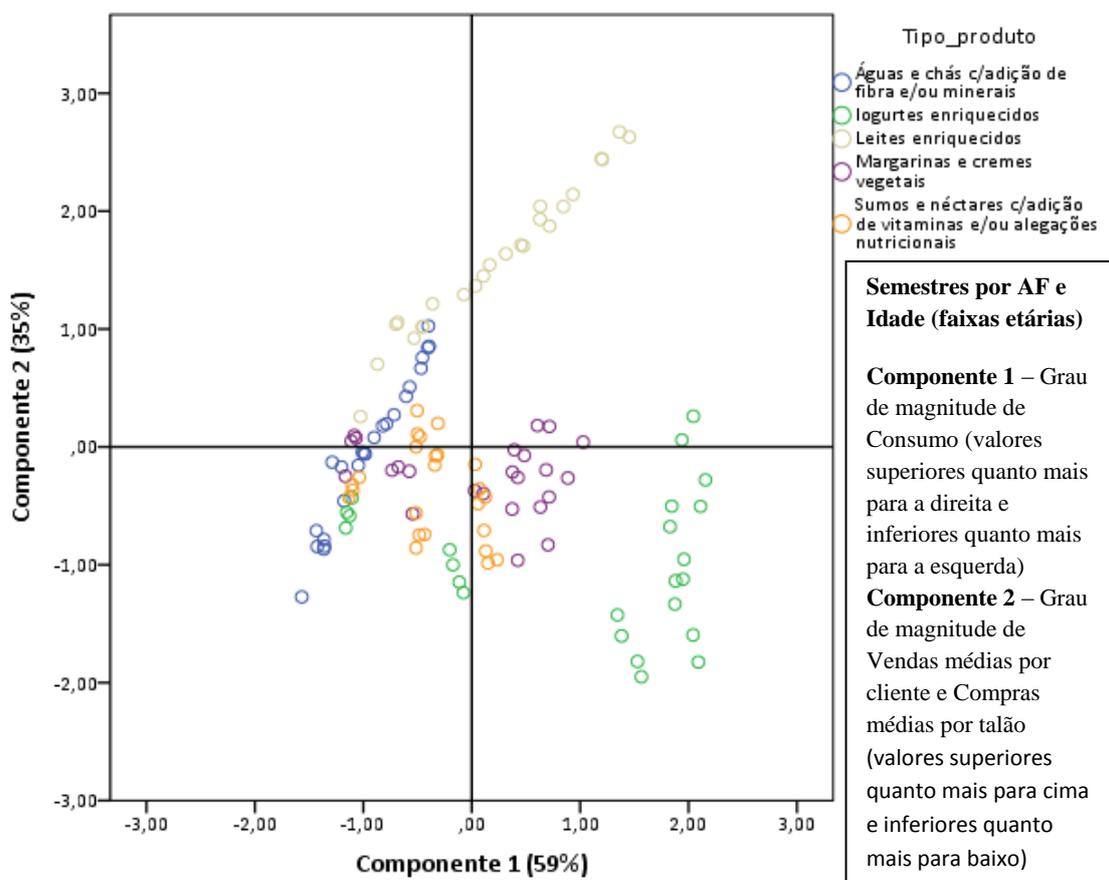
Componente 1 – Grau de magnitude de Consumo (valores superiores quanto mais para a direita e inferiores quanto mais para a esquerda)

Componente 2 – Grau de magnitude de Vendas médias por cliente e Compras médias por talão (valores superiores quanto mais para cima e inferiores quanto mais para baixo)

A componente 1 explica 59% da variabilidade total dos dados e representa uma dimensão que opõe semestres (por alimento funcional e idade) com valores superiores em todos os indicadores (todos do lado direito do plano das variáveis – figura 8) aos que registam valores inferiores. Os Iogurtes surgem mais associados a vendas globais superiores, situando-se sobretudo do lado direito do plano fatorial (figura 9), embora alguns se situem do lado esquerdo também. Do lado direito, situam-se também grande parte das observações relativas a Margarinas e cremes vegetais e algumas associadas a Leites. Inversamente, as águas e chás surgem mais associados a menores vendas, situando-se do lado esquerdo do plano fatorial. A mistura de pontos de cores diferentes observadas na figura 9 sugere a existência de comportamentos distintos de consumo de produtos funcionais entre diferentes faixas etárias.

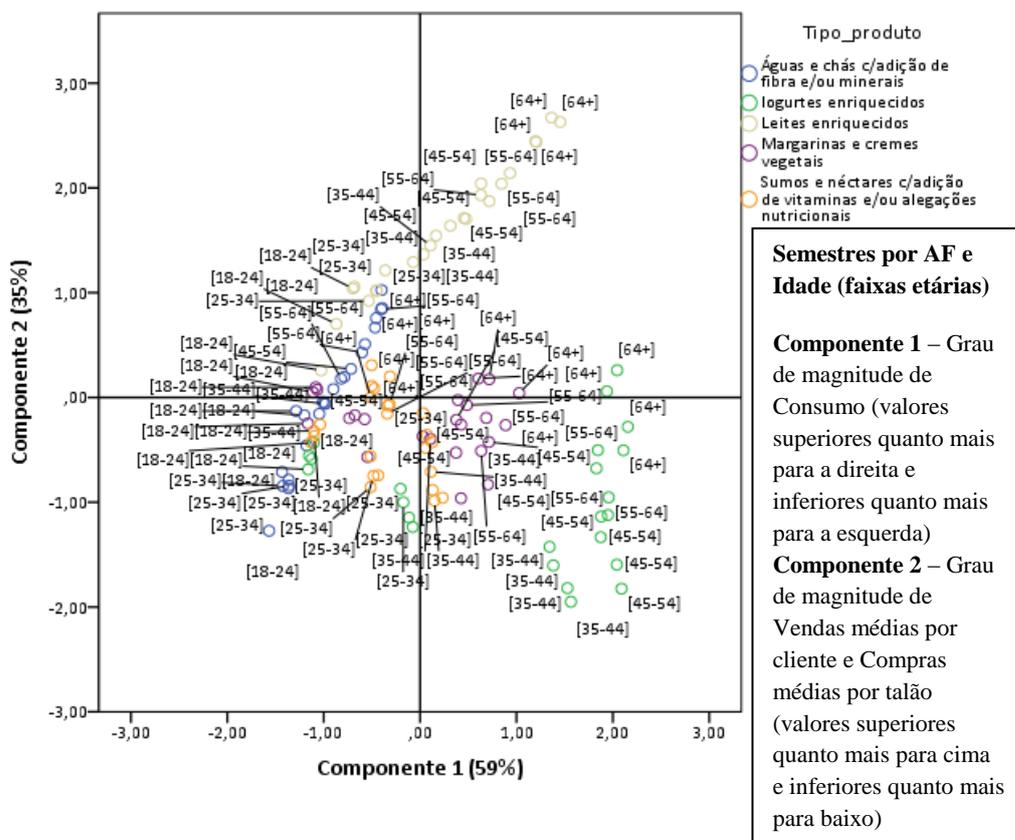
A componente 2 explica 35% da variabilidade total dos dados e representa uma dimensão que opõe os semestres (por alimento funcional e idade) com valores superiores nas vendas médias por cliente, compras médias por talão e número de transações médio por cliente (do lado superior do plano das variáveis – figura 8), mas valores inferiores nos indicadores globais (Vendas, Número de talões, Número de Clientes – do lado inferior da figura 8), às observações com valores inferiores vendas médias por cliente, compras médias por talão e número de transações médio por cliente, mas valores superiores nos restantes indicadores. Os leites enriquecidos situam-se nos quadrantes superiores do plano fatorial na figura 9, enquanto são sobretudo observações relativas a Iogurtes que surgem do lado inferior dessa figura.

Figura 9 - Plano Fatorial 1-2 da ACP com base nas variáveis de vendas semestrais por tipo de alimento funcional e por idade – espaço das linhas/observações da base de dados, com identificação por alimento funcional



A figura 10 parece sugerir que o eixo horizontal relativo à primeira componente representa uma dimensão de idade, com as faixas etárias mais jovens a situarem-se mais à esquerda e as mais idosas à direita. Todavia, essa tendência não é muito clara, sendo necessário analisar em mais pormenor os restantes resultados do estudo.

Figura 10 - Plano Fatorial 1-2 da ACP com base nas variáveis de vendas semestrais por tipo de alimento funcional e por idade – espaço das linhas/observações da base de dados, com identificação por alimento funcional e idade



Construção de perfis sobre informação semestral por idade

Aplica-se assim, em seguida, análise de *clusters*, mais precisamente classificação hierárquica sobre as linhas da base de dados, com base na distância euclidiana quadrada e no critério de agregação de Ward. Constrói-se o dendrograma, ou árvore hierárquica, sucessivamente identificando as observações por alimento funcional (figura 11), idade (figura 12) e pela partição selecionada para análise (figura 13).

A análise da figura 11 também reforça a ideia sugerida nos resultados da ACP de que a informação de vendas semestrais se associa por alimento funcional mas que existirão padrões de consumo distintos. Assim, os diversos tipos de alimentos funcionais agrupam-se entre si tendencialmente (figura 11), mas distinguem 2 a 3 grandes padrões de consumo, que poderão estar associados a idade, pelos agrupamentos de faixas etárias observados na figura 12.

Figura 12 - Dendrograma da CH sobre as observações, com base nas variáveis de vendas semestrais por tipo de alimento funcional e por idade – com identificação por idade

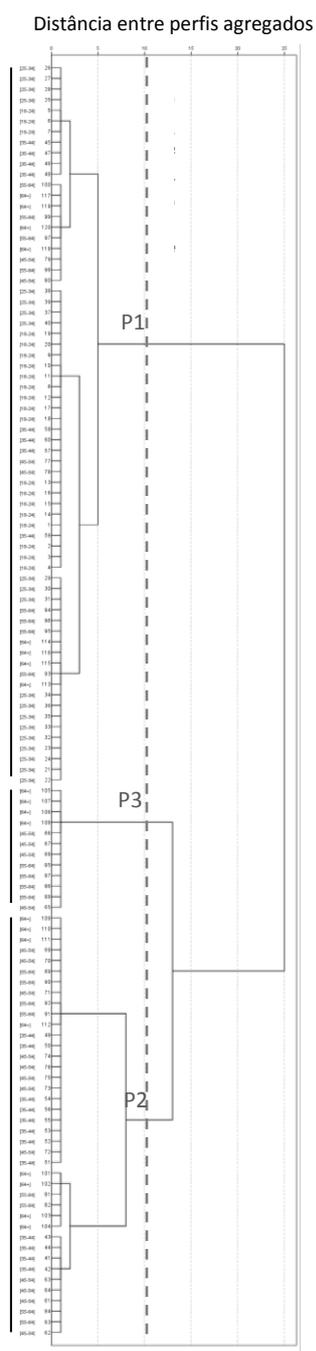
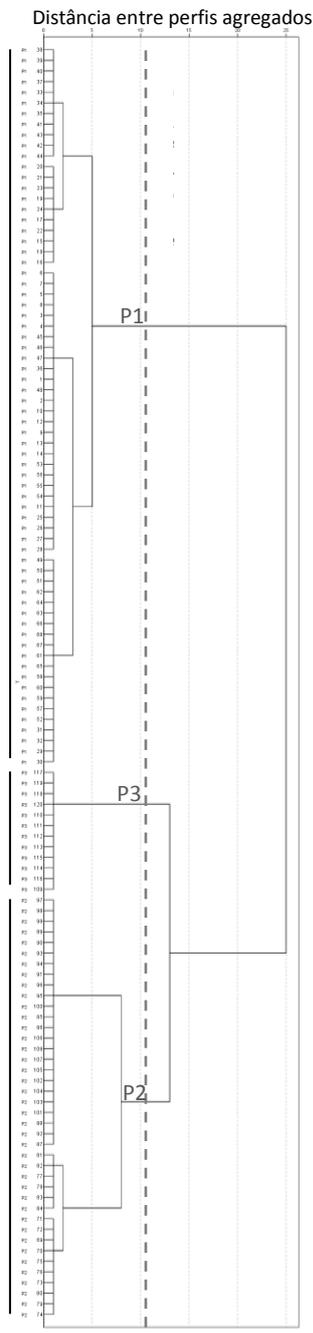


Figura 13 - Dendrograma da CH sobre as observações, com base nas variáveis de vendas semestrais por tipo de alimento funcional e por idade – com identificação por perfil da partição de 3 perfis



A análise do dendrograma e de outros *outputs* que aqui não são apresentados indicam como potenciais partições para a análise as partições de 2 e de 4 perfis, escolhendo-se como mais adequada a de 3 perfis (figura 13).

Caracterização bi e multivariada dos perfis sobre informação semestral por idade

Cruzando a partição de 3 perfis por tipo de produto, e idade e pelas variáveis relativas às vendas recodificadas em 3 categorias, evidencia-se uma associação significativa com todos as variáveis em análise, embora o resultado do teste com a Idade tenha limitações metodológicas – tabela 3. Isto significa que os perfis têm um perfil distinto.

Tabela 3 - Variáveis de caracterização cruzadas pela pertença de perfil (partição de 3 perfis – frequências e percentagens por coluna) e respetivos resultados dos Testes Exatos de Fisher

		Partição de 3 Perfis						Teste Exacto de Fisher Valor-p
		P1		P2		P3		
		Freq	% Col	Freq	% Col	Freq	% Col	
Tipo de Produto	Aguas e Chas	24	35,3%	0	0,0%	0	0,0%	p<0.001
	Iogurtes	8	11,8%	16	40,0%	0	0,0%	
	Leites	12	17,6%	0	0,0%	12	100,0%	
	Margarinas	8	11,8%	16	40,0%	0	0,0%	
	Sumos	16	23,5%	8	20,0%	0	0,0%	
Idade (em faixas etárias)	[18-24]	20	29,4%	0	0,0%	0	0,0%	p<0.001 *
	[25-34]	20	29,4%	0	0,0%	0	0,0%	
	[35-44]	8	11,8%	12	30,0%	0	0,0%	
	[45-54]	4	5,9%	12	30,0%	4	33,3%	
	[55-64]	8	11,8%	8	20,0%	4	33,3%	
	[64+]	8	11,8%	8	20,0%	4	33,3%	
No Clientes	Nr_Clientes_1	40	58,8%	0	0,0%	0	0,0%	p<0.001
	Nr_Clientes_2	25	36,8%	3	7,5%	12	100,0%	
	Nr_Clientes_3	3	4,4%	37	92,5%	0	0,0%	
No Transacoes	Nr_taloes_1	40	58,8%	0	0,0%	0	0,0%	p<0.001
	Nr_taloes_2	25	36,8%	3	7,5%	12	100,0%	
	Nr_taloes_3	3	4,4%	37	92,5%	0	0,0%	
Venda (euros)	Vendaeuros_1	39	57,4%	0	0,0%	0	0,0%	p<0.001
	Vendaeuros_2	29	42,6%	4	10,0%	7	58,3%	
	Vendaeuros_3	0	0,0%	36	90,0%	5	41,7%	
No Transacoes medio por Cliente	TransNrMedCli_1	36	52,9%	4	10,0%	0	0,0%	p<0.001
	TransNrMedCli_2	23	33,8%	17	42,5%	0	0,0%	
	TransNrMedCli_3	9	13,2%	19	47,5%	12	100,0%	
Vendas Medias por Cliente (euros)	VendMedCli_1	38	55,9%	1	2,5%	0	0,0%	p<0.001
	VendMedCli_2	17	25,0%	24	60,0%	0	0,0%	
	VendMedCli_3	13	19,1%	15	37,5%	12	100,0%	
Compra Media por Transacao (euros)	CompraMedTal_1	32	47,1%	8	20,0%	0	0,0%	p<0.001
	CompraMedTal_2	20	29,4%	20	50,0%	0	0,0%	
	CompraMedTal_3	16	23,5%	12	30,0%	12	100,0%	
	Total	68	100,0%	40	100,0%	12	100,0%	

* Resultado não fiável estatisticamente por limitações de cálculo no valor do teste

Têm-se assim 3 perfis que se diferenciam do “comportamento mais habitual”:

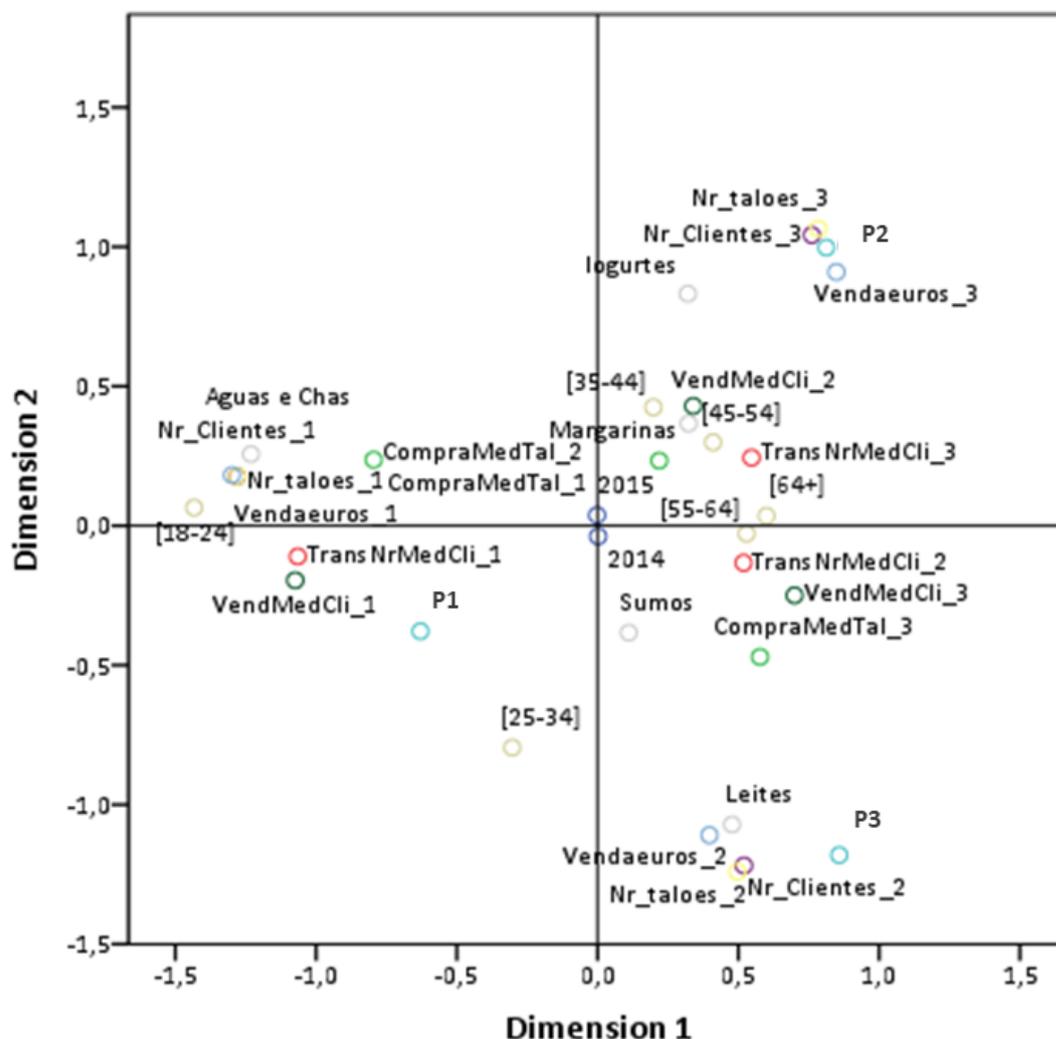
- O perfil 1 que engloba observações respeitantes a todos os produtos funcionais, embora com maior efetivo relativo a Águas e chás e a Sumos e néctares, é a única a incluir observações relativas às faixas etárias mais jovens, entre 18 e 34

anos. Associa-se mais aos níveis inferior e intermédio para todas os indicadores de vendas, sendo o único perfil patente no nível <1 para Número de clientes, Número de transações e Vendas. Representa assim um perfil de consumo de alimentos funcionais mais jovem e com um menor grau de consumo que os restantes perfis.

- O perfil 2 abarca observações respeitantes sobre tudo a Iogurtes e Margarinas e um pouco a Sumos, não registando nenhuma associação com Águas e chás, nem com Leites. Não inclui registos nas faixas etárias mais jovens abaixo dos 35 anos e predomina nas faixas entre os 35 e os 54 anos. Encontra-se mais associada ao nível mais elevado de consumo para os indicadores Número de clientes, Número de transações e Vendas, reparte-se pelos níveis 2 e 3 quanto ao Número médio de transações por cliente e com maior ênfase no nível 2 para Vendas médias por cliente e Compra média por transação. Representa desta forma um perfil de maior consumo de forma global, sobretudo associado a idades intermédias, possivelmente com consumo associado ao de agregados familiares compostos de pais com filhos.
- O perfil 3 inclui todas as observações respeitantes a Leites e associa-se a faixas etárias a partir dos 45 anos. Engloba exclusivamente observações de nível 2 em Número de clientes e Número de talões e de nível 3 em Número médio de transações por cliente, Vendas médias por cliente e Compra média por transação. Não inclui qualquer observação de nível 1 no indicador de Vendas, repartindo-se pelos níveis 2 e 3. Representa um perfil mais idoso e aparentemente de consumo específico de Leites enriquecidos de importância intermédia ou elevada.

As tendências que se podem observar nas tabelas de cruzamento encontram-se patentes de forma imediata visualmente quando se aplica ACM, nomeadamente no plano fatorial – figura 14.

Figura 14 - Plano Fatorial 1-2 da ACM com base nas categorias variáveis de vendas semestrais por tipo de alimento funcional e por idade, recodificadas em 3 níveis, com as variáveis suplementares Ano, Idade e Tipo de Produto



Semestres por AF e Idade (faixas etárias) - Níveis

Dimensão 1 – Eixo Etário com Oposição de Consumo Superior ligado a maior idade (mais à direita) versus Inferior ligado a menor idade (mais à esquerda)

Dimensão 2 – Oposição de Consumo Global Superior (mais acima) versus Consumo Global Intermédio e Unitário Superior (mais abaixo)

A tabela 4 ajuda à interpretação das duas dimensões obtidas. Assinaladas a azul encontram-se identificadas as categorias mais relevantes, positivamente, para cada dimensão e a vermelho as características mais relevantes negativamente. Os resultados dão um grau de pormenor superior aos encontrados com a ACP e complementam os encontrados com a análise de *clusters*.

Tabela 4 - Identificação das características mais relevantes nos fatores 1 e 2 da ACM, tomando como variáveis ativas os indicadores de vendas e variáveis suplementares tipo de produto, ano, idade e partição de 3 perfis

Categorias	Dimensão 1	Dimensão 2
Nr_Clientes_1	-1,280	0,176
Nr_Clientes_2	0,520	-1,219
Nr_Clientes_3	0,761	1,043
Nr_taloes_1	-1,280	0,176
Nr_taloes_2	0,497	-1,241
Nr_taloes_3	0,784	1,065
Vendaeuros_1	-1,299	0,181
Vendaeuros_2	0,397	-1,109
Vendaeuros_3	0,848	0,910
TransNrMedCli_1	-1,065	-0,110
TransNrMedCli_2	0,519	-0,133
TransNrMedCli_3	0,546	0,243
VendMedCli_1	-1,074	-0,195
VendMedCli_2	0,340	0,430
VendMedCli_3	0,699	-0,250
CompraMedTal_1	-0,795	0,237
CompraMedTal_2	0,219	0,234
CompraMedTal_3	0,577	-0,471
Agua e Chas	-1,232	0,257
logurtes	0,320	0,832
Leites	0,478	-1,071
Margarinas	0,323	0,367
Sumos	0,111	-0,384
2014	0,002	-0,038
2015	-0,002	0,038
[18-24]	-1,433	0,065
[25-34]	-0,303	-0,795
[35-44]	0,198	0,425
[45-54]	0,410	0,299
[55-64]	0,529	-0,029
[64+]	0,599	0,035
P1	-0,629	-0,378
P2	0,813	0,998
P3	0,858	-1,182

Semestres por AF e Idade (faixas etárias) - Níveis

Dimensão 1 – Eixo Etário com Oposição de Consumo Superior ligado a maior idade (mais à direita) versus Inferior ligado a menor idade (mais à esquerda)

Dimensão 2 – Oposição de Consumo Global Superior (mais acima) versus Consumo Global Intermédio e Unitário Superior (mais abaixo)

ANEXO H – GRUPOS FOCAIS – PERFIS DE CONSUMO

Introdução

As bases de dados a analisar foram construídas ou adaptadas a partir da informação disponível, nomeadamente as respostas da Ficha de recolha de dados sociodemográficos.

Metodologias

Análise de Clusters: Classificação Hierárquica (CH)

Habitualmente utilizam-se modelos de classificação hierárquica quando se deseja encontrar o número “ideal” de perfis de variáveis ou de indivíduos e estudar a forma como estes perfis são formadas e são estruturadas a partir de uma dada matriz de dados. É assim uma abordagem aplicável tanto para agrupar variáveis (colunas da base de dados) como indivíduos (linhas da base de dados). No âmbito deste estudo vamos classificar as linhas da base de dados, ou seja os indivíduos.

Com vista a calcular a proximidade dos indivíduos a agregar usa-se o coeficiente de Ochiai, adequado para variáveis binárias, e como critério de agregação o critério da ligação média (*average linkage*).

Em cada passo da CH, agregam-se 2 elementos, sendo que nos primeiros passos está-se usualmente a indivíduos e, a partir de determinada altura a agregar sub-perfis de elementos. A representação gráfica dendrograma (ou árvore hierárquica) permite visualizar os diversos passos de agregação de elementos, desde os primeiros (do lado esquerdo), até à agregação dos últimos perfis (do lado direito). A análise do dendrograma, complementada com a da tabela de evolução das distâncias entre elementos agregados (que aqui não apresentamos) permite seleccionar partições de perfis potenciais para estudar em maior pormenor. Ao “cortar”-se o dendrograma, escolhe-se uma partição ou seja um número de perfis para análise.

A partir do momento em que a partição está seleccionada basta caracterizar os perfis associados com estatística bivariada (tabelas de cruzamento, complementadas por testes de hipóteses).

Testes Exatos de Fisher

Quando se quer analisar a associação entre duas variáveis qualitativas representadas numa tabela de contingência, aplicam-se usualmente testes de Independência de Qui-Quadrado, desde que as suas condições de aplicabilidade estejam satisfeitas. Frequentemente, para amostras mais pequenas, isso não acontece e torna-se mais adequado aplicarem-se Testes Exatos de Fisher.

Neste estudo aplicam-se testes de Fisher para identificar quais as variáveis (características de base e consumo de alimentos funcionais) que mais diferenciam os perfis de indivíduos encontrados por CH. Valores-p inferiores a 5% consideram-se significativos.

Calculam-se complementarmente os resíduos ajustados, apresentados nas tabelas em anexo, para melhor identificar que categorias melhor diferenciam os perfis nessas variáveis.

Análise de perfis de consumo dos indivíduos

Dados

A base de dados construída compreende a informação da aplicação de um inquérito de caracterização dos participantes, a saber:

- O consumo de alimentos funcionais:
 - Iogurtes enriquecidos
 - Leite fermentado
 - Margarinas e cremes para barrar
 - Leite enriquecido
 - Sumos enriquecidos
 - Água enriquecida com fibras
 - Cereais enriquecidos com fibras
 - Ovos enriquecidos com ácidos gordos Ómega 3
 - Outro alimento funcional

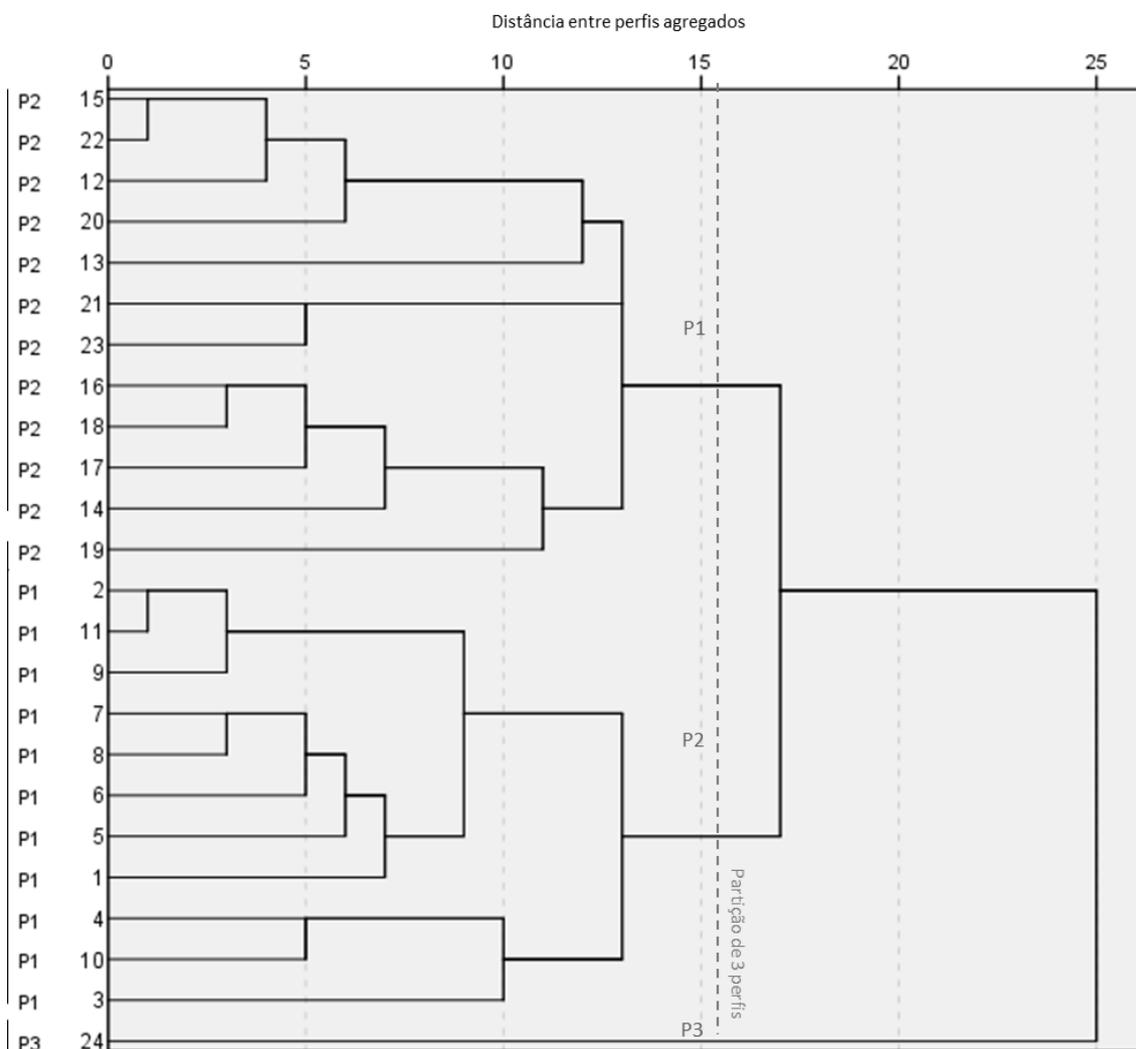
- A caracterização sociodemográfica:
 - Sexo
 - Idade
 - Escolaridade
 - Situação profissional
- Ter ou não alguma doença crónica
- Grupo focal onde participou.

Definição de perfis

Aplicou-se Análise de Clusters, mais precisamente Classificação Hierárquica (CH) com base no consumo de alimentos funcionais (9 variáveis acima identificadas).

Foram identificadas algumas partições potenciais candidatas a estudo mais pormenorizado, tendo-se selecionado a partição com 3 perfis para análise, devido à evolução dos valores do coeficiente de distância entre elementos agregados, à observação complementar do dendrograma (ou árvore hierárquica) – figura 1 – e ao facto da amostra reduzida não poder suportar uma partição com muitos perfis.

Figura 1 – Dendrograma da CH sobre os participantes nos Grupos Focais, identificados por perfil da partição de 3 perfis selecionada



Note-se que a partição de 3 perfis compreende na realidade apenas 2 perfis propriamente ditos, sendo o terceiro constituído apenas por um elemento, um indivíduo *outlier* que se distingue dos restantes. O perfil 1 é formado por 11 indivíduos (46% do total dos participantes nos grupos focais), enquanto o perfil 2 é constituído por 12 indivíduos (50%).

As duas figuras seguintes são semelhantes à figura 1, mas os indivíduos são identificados pelo grupo focal em que participam (figura 2) e pelo nível de escolaridade (figura 3). O grupo focal não parece ser relevante para a diferenciação entre perfis de indivíduos. Já quanto à escolaridade, parece haver uma tendência para o perfil 1 estar

associado a indivíduos com um menor nível de escolaridade, enquanto o perfil 2 surge mais ligado a um maior nível de instrução.

Todavia, só cruzando a partição com cada uma das restantes variáveis e aplicando testes de hipóteses adequados se pode determinar se as tendências observadas poderão ser estatisticamente significativas.

Figura 2 – Dendrograma da CH sobre os participantes nos Grupos Focais, identificados por Grupo Focal em que participam

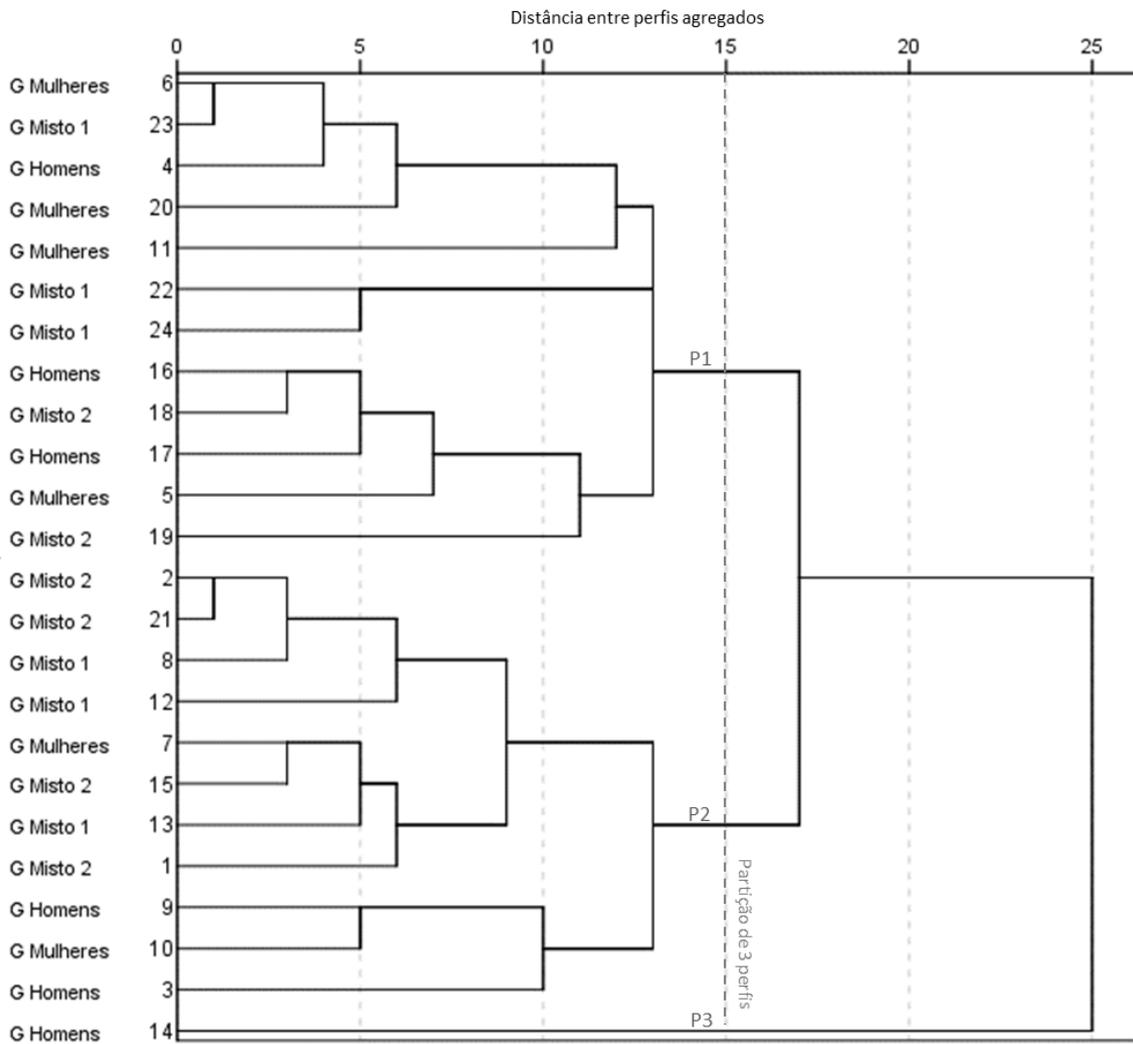
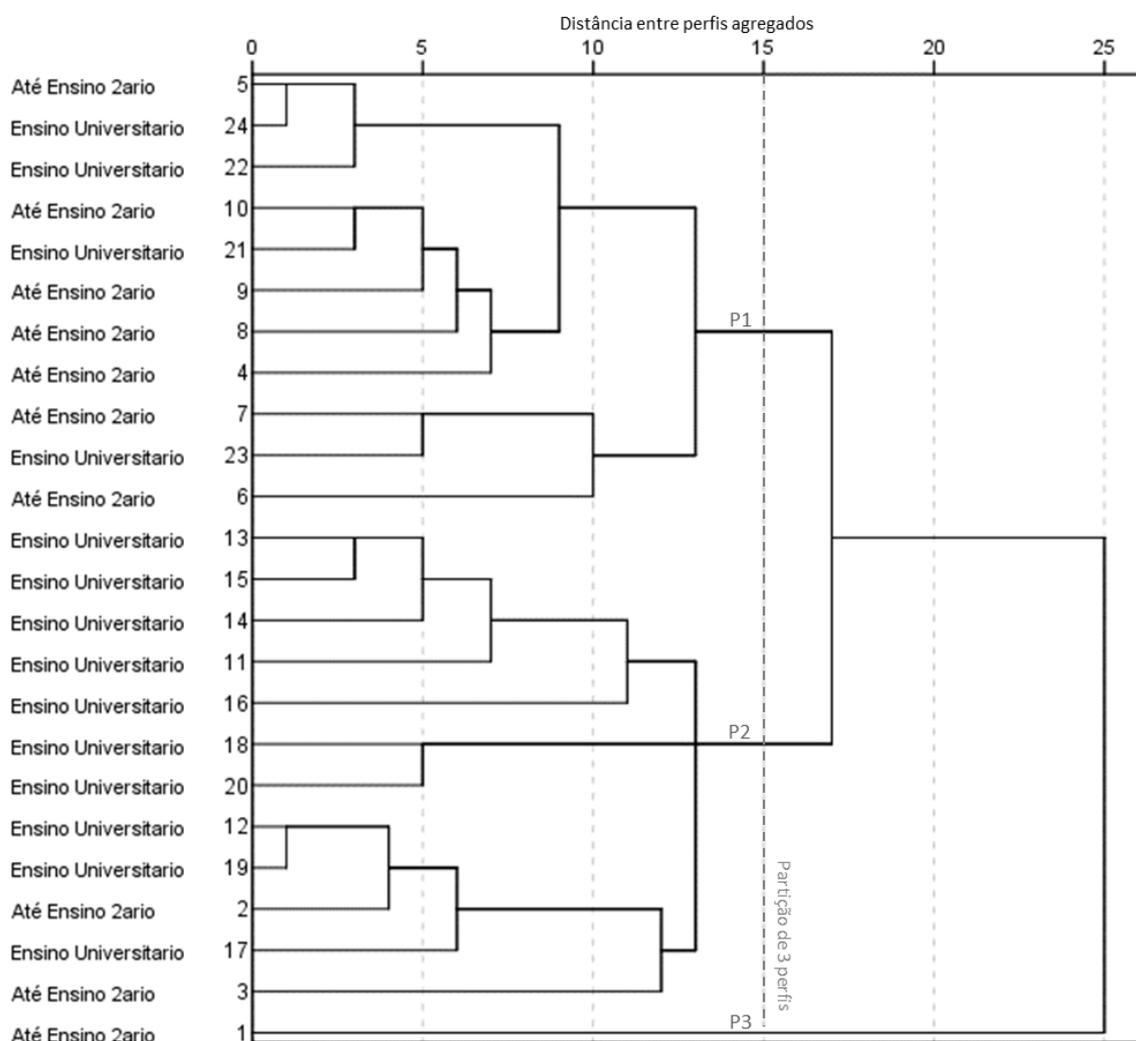


Figura 3 – Dendrograma da CH sobre os participantes nos Grupos Focais, identificados por Nível de Escolaridade atingido



3.3. Caracterização bivariada de perfis

Na caracterização bivariada dos perfis obtidos, dada a reduzida dimensão da amostra, aplicam-se testes Exactos de Fisher para analisar a associação entre a partição e cada uma das restantes variáveis. Cruza-se assim a partição com as variáveis da base de dados a saber o consumo de alimentos funcionais, a caracterização sociodemográfica, ter ou não alguma doença crónica e o grupo focal no qual participou.

Calculam-se as respetivas frequências, as percentagens por coluna e os resíduos ajustados (para melhor identificar em que pares de categorias se observam os resultados

mais relevantes) e aplicam-se testes exatos de Fisher para identificar em que variáveis e suas categorias melhor se distinguem os perfis uns dos outros (tabelas 1 e 2 e anexo 1).

Tabela 1 – Variáveis de caracterização cruzadas pela partição de 3 perfis – frequências e percentagens por coluna) e respetivos resultados dos Testes Exatos de Fisher

Grupo		Partição de 3 perfis						Valor-p ^(a)
		Perfil 1/3		Perfil 2/3		Perfil 3/3		
		Freq	% Col	Freq	% Col	Freq	% Col	
Grupo	Grupo Homens	2	18,2%	3	25,0%	1	100,0%	0,808
	Grupo Mulheres	2	18,2%	4	33,3%	0	0,0%	
	Grupo Misto 1	3	27,3%	3	25,0%	0	0,0%	
	Grupo Misto 2	4	36,4%	2	16,7%	0	0,0%	
Sexo	Feminino	8	72,7%	4	33,3%	0	0,0%	0,100
	Masculino	3	27,3%	8	66,7%	1	100,0%	
Idade	Menos de 40 anos	4	36,4%	6	50,0%	1	100,0%	0,536
	40 ou mais anos	7	63,6%	6	50,0%	0	0,0%	
Escolaridade	Até Ensino Secundário	7	63,6%	2	16,7%	1	100,0%	0,022 *
	Ensino Universitário ou superior	4	36,4%	10	83,3%	0	0,0%	
Doença crónica	Tem Doenças Crónicas	6	54,5%	3	25,0%	0	0,0%	0,099
	Não tem Doenças Crónicas	5	45,5%	9	75,0%	1	100,0%	
	Total	11	100,0%	12	100,0%	1	100,0%	

(a) Testes Exatos de Fisher, com valor-p significativo a 5% assinalado com *

Detetam-se diferenças relevantes entre perfis quanto às seguintes variáveis:

- Escolaridade, o único aspeto sociodemográfico identificado como diferenciador entre perfis: a maioria dos inquiridos do perfil 1 apresenta uma escolaridade não universitária (64% do perfil 1), enquanto a maioria do perfil 2 frequentou o ensino superior (83% do perfil 2) – Fisher $p=0.002$;
- Consumo de iogurtes enriquecidos, consumidos por todos os indivíduos do perfil 2 e por 64% dos indivíduos do perfil 1 - Fisher $p=0.008$
- Consumo de leite fermentado, consumido por 91% dos indivíduos do perfil 1 e, pelo contrário não consumido por 92% do perfil 2 - Fisher $p<0.001$
- Consumo de Margarinas e cremes para barrar, consumidos por todos os indivíduos do perfil 1, mas por apenas 42% dos indivíduos do perfil 2 - Fisher $p=0.002$

- Consumo de Cereais enriquecidos com fibras, consumidos pela maioria do perfil 2 (75%) e, pelo contrário não consumido por 82% do perfil 2 - Fisher $p=0.012$

Tabela 2 – Variáveis de consumo de alimentos funcionais cruzadas pela partição de 3 perfis – frequências e percentagens por coluna e respetivos resultados dos Testes Exatos de Fisher

		Partição de 3 perfis						Valor-p (a)
		Perfil 1/3		Perfil 2/3		Perfil 3/3		
		Freq	% Col	Freq	% Col	Freq	% Col	
Iogurtes enriquecidos	Iogurtes S	7	63,6%	12	100,0%	0	0,0%	0,008 *
	Iogurtes N	4	36,4%	0	0,0%	1	100,0%	
Leite fermentado	Leite Ferm. S	10	90,9%	1	8,3%	0	0,0%	<0,001 *
	Leite Ferm. N	1	9,1%	11	91,7%	1	100,0%	
Margarinas e cremes para barrar	Margarinas S	11	100,0%	5	41,7%	0	0,0%	0,002 *
	Margarinas N	0	0,0%	7	58,3%	1	100,0%	
Leite enriquecido	Leite Enriq. S	5	45,5%	5	41,7%	0	0,0%	1,000
	Leite Enriq. N	6	54,5%	7	58,3%	1	100,0%	
Sumos enriquecidos	Sumos S	1	9,1%	3	25,0%	1	100,0%	0,152
	Sumos N	10	90,9%	9	75,0%	0	0,0%	
Água enriquecida com fibras	Água S	4	36,4%	5	41,7%	0	0,0%	1,000
	Água N	7	63,6%	7	58,3%	1	100,0%	
Cereais enriquecidos com fibras	Cereais S	2	18,2%	9	75,0%	0	0,0%	0,012 *
	Cereais N	9	81,8%	3	25,0%	1	100,0%	
Ovos enriquecidos com ácidos gordos Ômega 3	Ovos S	0	0,0%	4	33,3%	0	0,0%	0,114
	Ovos N	11	100,0%	8	66,7%	1	100,0%	
Outro alimento funcional	Outro AF S	4	36,4%	1	8,3%	0	0,0%	0,331
	Outro AF N	7	63,6%	11	91,7%	1	100,0%	
	Total	11	100,0%	12	100,0%	1	100,0%	

(a) Testes Exatos de Fisher, com valor-p significativo a 5% assinalado com *

O facto de não se detetarem diferenças relevantes entre perfis quanto ao grupo focal onde participam, quer dizer que o perfil de consumo de alimentos funcionais não é semelhante entre os participantes em cada um dos grupos focais. Isto pode condicionar a análise integrada dos resultados na fase 2, pois não existirá uma opinião mais uniforme sobre os alimentos funcionais em cada grupo que possa ser interpretada de acordo com o perfil de consumo.

Apesar de não se detetar um padrão de associação estatisticamente significativo entre perfis e ter ou não uma doença crónica, isso pode dever-se à pequena dimensão da amostra. Com efeito, enquanto a maioria do perfil 2 afirma não sofrer de nenhuma doença crónica (75% do perfil 2, perfil que compreende na sua maioria inquiridos

provavelmente de estratos sociais mais elevados, com um nível de escolaridade superior), cerca de 55% dos inquiridos do perfil 1 afirmam sofrer de uma doença crónica.

Tabelas

Tabelas de Cruzamento com Partição de 3 perfis (frequências absolutas, percentagens por coluna e resíduos ajustados), Testes Exatos de Fisher e Medidas de associação

Grupo * Partição de 3 perfis

Crosstab

		Partição de 3 perfis			Total	
		1	2	3		
Grupo	Grupo Homens	Count	2	3	1	6
		% within Partição de 3 perfis	18,2%	25,0%	100,0%	25,0%
		Adjusted Residual	-,7	,0	1,8	
	Grupo Mulheres	Count	2	4	0	6
		% within Partição de 3 perfis	18,2%	33,3%	0,0%	25,0%
		Adjusted Residual	-,7	,9	-,6	
	Grupo Misto 1	Count	3	3	0	6
		% within Partição de 3 perfis	27,3%	25,0%	0,0%	25,0%
		Adjusted Residual	,2	,0	-,6	
Grupo Misto 2	Count	4	2	0	6	
	% within Partição de 3 perfis	36,4%	16,7%	0,0%	25,0%	
	Adjusted Residual	1,2	-,9	-,6		
Total	Count	11	12	1	24	
	% within Partição de 3 perfis	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	4,667 ^a	6	,587	,808		
Likelihood Ratio	4,424	6	,619	,808		
Fisher's Exact Test	4,527			,808		
Linear-by-Linear Association	2,447 ^b	1	,118	,161	,081	,039
N of Valid Cases	24					

a. 12 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,25.

b. The standardized statistic is -1,564.

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance	Exact Significance
Nominal by Nominal	Phi	,441	,587	,808
	Cramer's V	,312	,587	,808
	Contingency Coefficient	,403	,587	,808
N of Valid Cases		24		

Sexo * Partição de 3 perfis

Crosstab

		Partição de 3 perfis			Total	
		1	2	3		
Sexo	Feminino	Count	8	4	0	12
		% within Partição de 3 perfis	72,7%	33,3%	0,0%	50,0%
		Adjusted Residual	2,0	-1,6	-1,0	
Masculino	Count	3	8	1	12	
	% within Partição de 3 perfis	27,3%	66,7%	100,0%	50,0%	
	Adjusted Residual	-2,0	1,6	1,0		
Total	Count	11	12	1	24	
	% within Partição de 3 perfis	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	4,606 ^a	2	,100	,100		
Likelihood Ratio	5,104	2	,078	,100		
Fisher's Exact Test	4,392			,100		
Linear-by-Linear Association	4,404 ^b	1	,036	,073	,036	,032
N of Valid Cases	24					

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,50.

b. The standardized statistic is 2,099.

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance	Exact Significance
Nominal by Nominal	Phi	,438	,100	,100
	Cramer's V	,438	,100	,100
	Contingency Coefficient	,401	,100	,100
N of Valid Cases		24		

Idade * Partição de 3 perfis

Crosstab

		Partição de 3 perfis			Total	
		1	2	3		
Idade	Menos de 40 anos	Count	4	6	1	11
		% within Partição de 3 perfis	36,4%	50,0%	100,0%	45,8%
		Adjusted Residual	-,9	,4	1,1	
40 ou mais anos	Count	7	6	0	13	
	% within Partição de 3 perfis	63,6%	50,0%	0,0%	54,2%	
	Adjusted Residual	,9	-,4	-1,1		
Total	Count	11	12	1	24	
	% within Partição de 3 perfis	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	1,663 ^a	2	,435	,536		
Likelihood Ratio	2,048	2	,359	,536		
Fisher's Exact Test	1,611			,536		
Linear-by-Linear Association	1,235 ^b	1	,266	,310	,224	,155
N of Valid Cases	24					

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,46.

b. The standardized statistic is -1,111.

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance	Exact Significance
Nominal by Nominal	Phi	,263	,435	,536
	Cramer's V	,263	,435	,536
	Contingency Coefficient	,255	,435	,536
N of Valid Cases		24		

Escolaridade * Partição de 3 perfis

Crosstab

		Partição de 3 perfis			Total	
		1	2	3		
Escolaridade	Até Ensino Secundário	Count	7	2	1	10
		% within Partição de 3 perfis	63,6%	16,7%	100,0%	41,7%
		Adjusted Residual	2,0	-2,5	1,2	
	Ensino Universitário ou superior	Count	4	10	0	14
		% within Partição de 3 perfis	36,4%	83,3%	0,0%	58,3%
		Adjusted Residual	-2,0	2,5	-1,2	
Total	Count	11	12	1	24	
	% within Partição de 3 perfis	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	6,670 ^a	2	,036	,022		
Likelihood Ratio	7,367	2	,025	,022		
Fisher's Exact Test	6,449			,022		
Linear-by-Linear Association	1,692 ^b	1	,193	,290	,172	,128
N of Valid Cases	24					

a. 3 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,42.

b. The standardized statistic is 1,301.

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance	Exact Significance
Nominal by Nominal	Phi	,527	,036	,022
	Cramer's V	,527	,036	,022
	Contingency Coefficient	,466	,036	,022
N of Valid Cases		24		

Doença crónica * Partição de 3 perfis

Crosstab

		Partição de 3 perfis			Total	
		1	2	3		
Doença crónica	Tem DCronic	Count	6	3	0	9
		% within Partição de 3 perfis	54,5%	25,0%	0,0%	37,5%
		Adjusted Residual	1,6	-1,3	-,8	
	Não tem DCronic	Count	5	9	1	15
		% within Partição de 3 perfis	45,5%	75,0%	100,0%	62,5%
		Adjusted Residual	-1,6	1,3	,8	
Total	Count	11	12	1	24	
	% within Partição de 3 perfis	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	2,764 ^a	2	,251	,284		
Likelihood Ratio	3,101	2	,212	,284		
Fisher's Exact Test	2,630			,284		
Linear-by-Linear Association	2,643 ^b	1	,104	,149	,099	,081
N of Valid Cases	24					

a. 4 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,38.

b. The standardized statistic is 1,626.

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance	Exact Significance
Nominal by Nominal	Phi	,339	,251	,284
	Cramer's V	,339	,251	,284
	Contingency Coefficient	,321	,251	,284
N of Valid Cases		24		

Diabetes * Partição de 3 perfis

Crosstab

		Partição de 3 perfis			Total	
		1	2	3		
Diabetes	Diabetes S	Count	2	2	0	4
		% within Partição de 3 perfis	18,2%	16,7%	0,0%	16,7%
		Adjusted Residual	,2	,0	-,5	
	Diabetes N	Count	9	10	1	20
		% within Partição de 3 perfis	81,8%	83,3%	100,0%	83,3%
		Adjusted Residual	-,2	,0	,5	
Total	Count	11	12	1	24	
	% within Partição de 3 perfis	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	,218 ^a	2	,897	1,000		
Likelihood Ratio	,382	2	,826	1,000		
Fisher's Exact Test	,716			1,000		
Linear-by-Linear Association	,098 ^b	1	,754	1,000	,575	,357
N of Valid Cases	24					

a. 4 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,17.

b. The standardized statistic is ,313.

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance	Exact Significance
Nominal by Nominal	Phi	,095	,897	1,000
	Cramer's V	,095	,897	1,000
	Contingency Coefficient	,095	,897	1,000
N of Valid Cases		24		

Hipertensão * Partição de 3 perfis

Crosstab

		Partição de 3 perfis			Total	
		1	2	3		
Hipertensão	Hipertensao S	Count	2	0	0	2
		% within Partição de 3 perfis	18,2%	0,0%	0,0%	8,3%
		Adjusted Residual	1,6	-1,5	-,3	
	Hipertensao N	Count	9	12	1	22
		% within Partição de 3 perfis	81,8%	100,0%	100,0%	91,7%
		Adjusted Residual	-1,6	1,5	,3	
Total	Count	11	12	1	24	
	% within Partição de 3 perfis	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	2,579 ^a	2	,275	,283		
Likelihood Ratio	3,337	2	,189	,283		
Fisher's Exact Test	2,989			,283		
Linear-by-Linear Association	2,180 ^b	1	,140	,243	,199	,199
N of Valid Cases	24					

a. 4 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,08.

b. The standardized statistic is 1,476.

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance	Exact Significance
Nominal by Nominal	Phi	,328	,275	,283
	Cramer's V	,328	,275	,283
	Contingency Coefficient	,311	,275	,283
N of Valid Cases		24		

Colesterol * Partição de 3 perfis

Crosstab

		Partição de 3 perfis			Total	
		1	2	3		
Colesterol	Colesterol S	Count	3	2	0	5
		% within Partição de 3 perfis	27,3%	16,7%	0,0%	20,8%
		Adjusted Residual	,7	-,5	-,5	
Colesterol	Colesterol N	Count	8	10	1	19
		% within Partição de 3 perfis	72,7%	83,3%	100,0%	79,2%
		Adjusted Residual	-,7	,5	,5	
Total		Count	11	12	1	24
		% within Partição de 3 perfis	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	,666 ^a	2	,717	,715		
Likelihood Ratio	,859	2	,651	,715		
Fisher's Exact Test	,947			,715		
Linear-by-Linear Association	,623 ^b	1	,430	,669	,368	,264
N of Valid Cases	24					

a. 4 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,21.

b. The standardized statistic is ,789.

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance	Exact Significance
Nominal by Nominal	Phi	,167	,717	,715
	Cramer's V	,167	,717	,715
	Contingency Coefficient	,164	,717	,715
N of Valid Cases		24		

Tiroide * Partição de 3 perfis

Crosstab

		Partição de 3 perfis			Total	
		1	2	3		
Tiroide	Tiroide S	Count	0	1	0	1
		% within Partição de 3 perfis	0,0%	8,3%	0,0%	4,2%
		Adjusted Residual	-,9	1,0	-,2	
Tiroide N		Count	11	11	1	23
		% within Partição de 3 perfis	100,0%	91,7%	100,0%	95,8%
		Adjusted Residual	,9	-1,0	,2	
Total		Count	11	12	1	24
		% within Partição de 3 perfis	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	1,043 ^a	2	,593	1,000		
Likelihood Ratio	1,430	2	,489	1,000		
Fisher's Exact Test	2,447			1,000		
Linear-by-Linear Association	,532 ^b	1	,466	1,000	,542	,500
N of Valid Cases	24					

a. 4 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,04.

b. The standardized statistic is -,729.

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance	Exact Significance
Nominal by Nominal	Phi	,209	,593	1,000
	Cramer's V	,209	,593	1,000
	Contingency Coefficient	,204	,593	1,000
N of Valid Cases		24		

Enxaquecas * Partição de 3 perfis

Crosstab

		Partição de 3 perfis			Total	
		1	2	3		
Enxaquecas	Enxaquecas S	Count	1	0	0	1
		% within Partição de 3 perfis	9,1%	0,0%	0,0%	4,2%
		Adjusted Residual	1,1	-1,0	-,2	
	Enxaquecas N	Count	10	12	1	23
		% within Partição de 3 perfis	90,9%	100,0%	100,0%	95,8%
		Adjusted Residual	-1,1	1,0	,2	
Total	Count	11	12	1	24	
	% within Partição de 3 perfis	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	1,233 ^a	2	,540	,500		
Likelihood Ratio	1,612	2	,447	,500		
Fisher's Exact Test	2,621			,500		
Linear-by-Linear Association	1,043 ^b	1	,307	,500	,458	,458
N of Valid Cases	24					

a. 4 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,04.

b. The standardized statistic is 1,021.

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance	Exact Significance
Nominal by Nominal	Phi	,227	,540	,500
	Cramer's V	,227	,540	,500
	Contingency Coefficient	,221	,540	,500
N of Valid Cases		24		

Rinite * Partição de 3 perfis

Crosstab

		Partição de 3 perfis			Total	
		1	2	3		
Rinite	Rinite S	Count	1	0	0	1
		% within Partição de 3 perfis	9,1%	0,0%	0,0%	4,2%
		Adjusted Residual	1,1	-1,0	-,2	
Rinite N	Rinite N	Count	10	12	1	23
		% within Partição de 3 perfis	90,9%	100,0%	100,0%	95,8%
		Adjusted Residual	-1,1	1,0	,2	
Total		Count	11	12	1	24
		% within Partição de 3 perfis	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	1,233 ^a	2	,540	,500		
Likelihood Ratio	1,612	2	,447	,500		
Fisher's Exact Test	2,621			,500		
Linear-by-Linear Association	1,043 ^b	1	,307	,500	,458	,458
N of Valid Cases	24					

a. 4 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,04.

b. The standardized statistic is 1,021.

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance	Exact Significance
Nominal by Nominal	Phi	,227	,540	,500
	Cramer's V	,227	,540	,500
	Contingency Coefficient	,221	,540	,500
N of Valid Cases		24		

Iogurtes enriquecidos * Partição de 3 perfis

Crosstab

		Partição de 3 perfis			Total	
		1	2	3		
Iogurtes enriquecidos	Iogurtes S	Count	7	12	0	19
		% within Partição de 3 perfis	63,6%	100,0%	0,0%	79,2%
		Adjusted Residual	-1,7	2,5	-2,0	
	Iogurtes N	Count	4	0	1	5
		% within Partição de 3 perfis	36,4%	0,0%	100,0%	20,8%
		Adjusted Residual	1,7	-2,5	2,0	
Total	Count	11	12	1	24	
	% within Partição de 3 perfis	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	8,567 ^a	2	,014	,008		
Likelihood Ratio	10,143	2	,006	,008		
Fisher's Exact Test	7,940			,008		
Linear-by-Linear Association	,623 ^b	1	,430	,669	,368	,264
N of Valid Cases	24					

a. 4 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,21.

b. The standardized statistic is -,789.

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance	Exact Significance
Nominal by Nominal	Phi	,597	,014	,008
	Cramer's V	,597	,014	,008
	Contingency Coefficient	,513	,014	,008
N of Valid Cases		24		

Leite fermentado * Partição de 3 perfis

Crosstab

		Partição de 3 perfis			Total	
		1	2	3		
Leite fermentado	Leite Ferment S	Count	10	1	0	11
		% within Partição de 3 perfis	90,9%	8,3%	0,0%	45,8%
		Adjusted Residual	4,1	-3,7	-,9	
	Leite Ferment N	Count	1	11	1	13
		% within Partição de 3 perfis	9,1%	91,7%	100,0%	54,2%
		Adjusted Residual	-4,1	3,7	,9	
Total		Count	11	12	1	24
		% within Partição de 3 perfis	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	16,646 ^a	2	,000	,000		
Likelihood Ratio	19,518	2	,000	,000		
Fisher's Exact Test	17,101			,000		
Linear-by-Linear Association	14,458 ^b	1	,000	,000	,000	,000
N of Valid Cases	24					

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,46.

b. The standardized statistic is 3,802.

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance	Exact Significance
Nominal by Nominal	Phi	,833	,000	,000
	Cramer's V	,833	,000	,000
	Contingency Coefficient	,640	,000	,000
N of Valid Cases		24		

Margarinas e cremes para barrar * Partição de 3 perfis

Crosstab

		Partição de 3 perfis			Total	
		1	2	3		
Margarinas e cremes para barrar	Margarinas S	Count	11	5	0	16
		% within Partição de 3 perfis	100,0%	41,7%	0,0%	66,7%
		Adjusted Residual	3,2	-2,6	-1,4	
	Margarinas N	Count	0	7	1	8
		% within Partição de 3 perfis	0,0%	58,3%	100,0%	33,3%
		Adjusted Residual	-3,2	2,6	1,4	
Total	Count	11	12	1	24	
	% within Partição de 3 perfis	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	10,875 ^a	2	,004	,002		
Likelihood Ratio	14,252	2	,001	,002		
Fisher's Exact Test	11,295			,002		
Linear-by-Linear Association	10,338 ^b	1	,001	,001	,001	,001
N of Valid Cases	24					

a. 4 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,33.

b. The standardized statistic is 3,215.

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance	Exact Significance
Nominal by Nominal	Phi	,673	,004	,002
	Cramer's V	,673	,004	,002
	Contingency Coefficient	,558	,004	,002
N of Valid Cases		24		

Leite enriquecido * Partição de 3 perfis

Crosstab

		Partição de 3 perfis			Total	
		1	2	3		
Leite enriquecido	Leite Enriquecido S	Count	5	5	0	10
		% within Partição de 3 perfis	45,5%	41,7%	0,0%	41,7%
		Adjusted Residual	,3	,0	-,9	
Leite Enriquecido N	Count	6	7	1	14	
		% within Partição de 3 perfis	54,5%	58,3%	100,0%	58,3%
		Adjusted Residual	-,3	,0	,9	
Total	Count	11	12	1	24	
		% within Partição de 3 perfis	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	,779 ^a	2	,677	1,000		
Likelihood Ratio	1,142	2	,565	1,000		
Fisher's Exact Test	,806			1,000		
Linear-by-Linear Association	,350 ^b	1	,554	,728	,410	,238
N of Valid Cases	24					

a. 3 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,42.

b. The standardized statistic is ,591.

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance	Exact Significance
Nominal by Nominal	Phi	,180	,677	1,000
	Cramer's V	,180	,677	1,000
	Contingency Coefficient	,177	,677	1,000
N of Valid Cases		24		

Sumos enriquecidos * Partição de 3 perfis

Crosstab

		Partição de 3 perfis			Total	
		1	2	3		
Sumos enriquecidos	Sumos S	Count	1	3	1	5
		% within Partição de 3 perfis	9,1%	25,0%	100,0%	20,8%
		Adjusted Residual	-1,3	,5	2,0	
	Sumos N	Count	10	9	0	19
		% within Partição de 3 perfis	90,9%	75,0%	0,0%	79,2%
		Adjusted Residual	1,3	-,5	-2,0	
Total	Count	11	12	1	24	
	% within Partição de 3 perfis	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	4,846 ^a	2	,089	,152		
Likelihood Ratio	4,365	2	,113	,152		
Fisher's Exact Test	3,956			,152		
Linear-by-Linear Association	3,219 ^b	1	,073	,098	,087	,076
N of Valid Cases	24					

a. 4 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,21.

b. The standardized statistic is -1,794.

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance	Exact Significance
Nominal by Nominal	Phi	,449	,089	,152
	Cramer's V	,449	,089	,152
	Contingency Coefficient	,410	,089	,152
N of Valid Cases		24		

Água enriquecida com fibras * Partição de 3 perfis

Crosstab

		Partição de 3 perfis			Total	
		1	2	3		
Água enriquecida com fibras	Água S	Count	4	5	0	9
		% within Partição de 3 perfis	36,4%	41,7%	0,0%	37,5%
		Adjusted Residual	-,1	,4	-,8	
	Água N	Count	7	7	1	15
		% within Partição de 3 perfis	63,6%	58,3%	100,0%	62,5%
		Adjusted Residual	,1	-,4	,8	
Total	Count	11	12	1	24	
	% within Partição de 3 perfis	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	,695 ^a	2	,706	1,000		
Likelihood Ratio	1,034	2	,596	1,000		
Fisher's Exact Test	,741			1,000		
Linear-by-Linear Association	,033 ^b	1	,857	1,000	,575	,278
N of Valid Cases	24					

a. 4 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,38.

b. The standardized statistic is ,181.

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance	Exact Significance
Nominal by Nominal	Phi	,170	,706	1,000
	Cramer's V	,170	,706	1,000
	Contingency Coefficient	,168	,706	1,000
N of Valid Cases		24		

Cereais enriquecidos com fibras * Partição de 3 perfis

Crosstab

		Partição de 3 perfis			Total	
		1	2	3		
Cereais enriquecidos com fibras	Cereais S	Count	2	9	0	11
		% within Partição de 3 perfis	18,2%	75,0%	0,0%	45,8%
		Adjusted Residual	-2,5	2,9	-,9	
Cereais N	Cereais N	Count	9	3	1	13
		% within Partição de 3 perfis	81,8%	25,0%	100,0%	54,2%
		Adjusted Residual	2,5	-2,9	,9	
Total		Count	11	12	1	24
		% within Partição de 3 perfis	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	8,346 ^a	2	,015	,012		
Likelihood Ratio	9,177	2	,010	,012		
Fisher's Exact Test	8,065			,012		
Linear-by-Linear Association	3,289 ^b	1	,070	,086	,069	,057
N of Valid Cases	24					

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,46.

b. The standardized statistic is -1,813.

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance	Exact Significance
Nominal by Nominal	Phi	,590	,015	,012
	Cramer's V	,590	,015	,012
	Contingency Coefficient	,508	,015	,012
N of Valid Cases		24		

Ovos enriquecidos com ácidos gordos Ómega 3 * Partição de 3 perfis

Crosstab

		Partição de 3 perfis			Total	
		1	2	3		
Ovos enriquecidos com ácidos gordos Ómega 3	Ovos S	Count	0	4	0	4
		% within Partição de 3 perfis	0,0%	33,3%	0,0%	16,7%
		Adjusted Residual	-2,0	2,2	-,5	
	Ovos N	Count	11	8	1	20
		% within Partição de 3 perfis	100,0%	66,7%	100,0%	83,3%
		Adjusted Residual	2,0	-2,2	,5	
Total	Count	11	12	1	24	
	% within Partição de 3 perfis	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	4,800 ^a	2	,091	,244		
Likelihood Ratio	6,351	2	,042	,114		
Fisher's Exact Test	4,701			,114		
Linear-by-Linear Association	2,447 ^b	1	,118	,167	,136	,115
N of Valid Cases	24					

a. 4 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,17.

b. The standardized statistic is -1,564.

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance	Exact Significance
Nominal by Nominal	Phi	,447	,091	,244
	Cramer's V	,447	,091	,244
	Contingency Coefficient	,408	,091	,244
N of Valid Cases		24		

Outro alimento funcional * Partição de 3 perfis

Crosstab

		Partição de 3 perfis			Total	
		1	2	3		
Outro alimento funcional	Outro AF S	Count	4	1	0	5
		% within Partição de 3 perfis	36,4%	8,3%	0,0%	20,8%
		Adjusted Residual	1,7	-1,5	-,5	
	Outro AF N	Count	7	11	1	19
		% within Partição de 3 perfis	63,6%	91,7%	100,0%	79,2%
		Adjusted Residual	-1,7	1,5	,5	
Total	Count	11	12	1	24	
	% within Partição de 3 perfis	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	3,009 ^a	2	,222	,331		
Likelihood Ratio	3,259	2	,196	,331		
Fisher's Exact Test	2,971			,331		
Linear-by-Linear Association	2,725 ^b	1	,099	,191	,104	,093
N of Valid Cases	24					

a. 4 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,21.

b. The standardized statistic is 1,651.

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance	Exact Significance
Nominal by Nominal	Phi	,354	,222	,331
	Cramer's V	,354	,222	,331
	Contingency Coefficient	,334	,222	,331
N of Valid Cases		24		