

RESUMO EXPANDIDO - RELATO DE EXPERIÊNCIA OU EXTENSÃO -
DETERMINANTES E EFEITOS DA INSEGURANÇA ALIMENTAR E
NUTRICIONAL

**INSEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL, SAÚDE E GÊNERO:
BARREIRAS NO DESENVOLVIMENTO DO AUTOCUIDADO DE MULHERES
ATENDIDAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.**

Luíza Buzatto Schemiko (luschemiko@gmail.com)

Isabela Probst (bellaprobst@gmail.com)

Mônica Dias (monicadnutricionista@gmail.com)

Vanessa Daufenback (vdaufen@gmail.com)

Regina Maria Ferreira Lang (reginalang@gmail.com)

Anabelle Retondario (anabelle.retondario@gmail.com)

Introdução

A relação gênero – alimento – autocuidado é complexa e envolve questões de ordem social, política e econômica, determinantes da saúde física e emocional do indivíduo. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define autocuidado como “a capacidade de indivíduos, famílias e comunidades de promover a saúde, prevenir doenças, manter-se saudável e lidar com doenças e deficiências com ou sem o apoio de um profissional de saúde” (WHO, 2021). Complementando esta definição, entende-se a saúde como um direito fundamental do ser humano e dever do Estado, tendo como determinantes e

condicionantes a alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, lazer, acesso a bens de serviços essenciais, entre outros (BRASIL, 1990). Portanto, a alimentação configura-se como um dos fatores determinantes para a promoção de um completo bem-estar físico, mental e social. No entanto, o acesso a uma alimentação em qualidade e quantidade suficiente não é garantido para toda a população brasileira (VigiSAN, 2021). A disponibilidade e o acesso a estes alimentos também são fortemente influenciados pelos determinantes sociais, políticos e econômicos, e a consequência da falta de acesso e disponibilidade é a insegurança alimentar e nutricional (IAN). Neste sentido, de acordo com De Paula (2017), o modelo neoliberalista vem revelando um agravamento da vulnerabilidade social, associada a um processo de concentração de renda e riqueza, o que acaba por refletir no sistema agroalimentar em que, por um lado, gera a fome e desnutrição e, por outro lado, produz o elevado consumo de alimentos ultraprocessados, conduzindo a um complexo quadro de IAN. Este quadro é conhecido como transição nutricional, caracterizado pela coexistência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e a desnutrição em uma mesma população (POPKIN, 2002; CABALLERO, 2006; AZEVEDO e RIGON, 2011) e torna-se ainda mais evidente e preocupante em grupos socialmente vulneráveis (AZEVEDO e RIGON, 2011). O quadro de IAN pode ser agravado em alguns grupos específicos da população. Raça/cor de pele, gênero, idade e acesso a políticas públicas são reconhecidamente indicadores que refletem ou agravam as desigualdades regionais no Brasil (VigiSAN, 2021). Dados do VigiSAN (2020) mostram maior grau de IAN nos domicílios em que a pessoa de referência é mulher ou de raça/cor preta ou parda ou que possui baixa escolaridade. Este relatório também verificou que a IAN moderada ou grave foi mais prevalente em domicílios chefiados por mulheres (27%), quando comparado com aqueles chefiados por homens (15,4%). Somado a isto, as mulheres enfrentam outras questões referentes à desigualdade de gênero (questão integrante das relações entre homem e mulher, construída histórica e socialmente (BRASIL, 2004)). De acordo com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004), o número de mulheres que vivem em situação de pobreza é superior ao de homens. Além disso, convivem com discriminações nas relações de trabalho e lidam com a tripla jornada de trabalho, sendo sobrecarregadas como as únicas responsáveis no trabalho doméstico e cuidados com filhos. Deste modo, metade do seu tempo é gasto com atividades não remuneradas, diminuindo seu acesso a bens sociais, inclusive de saúde (BRASIL, 2004). Portanto, se deparam com muitos

problemas de ordem emocional decorrentes da sobrecarga enfrentada no dia-a-dia, os quais afetam o desenvolvimento do autocuidado.

Objetivo

O presente relato tem a finalidade de descrever a vivência em atendimentos individuais em que foram observadas barreiras na dimensão do autocuidado e da promoção da segurança alimentar e nutricional de mulheres em uma unidade de saúde de um município da região metropolitana de Curitiba.

Método

A vivência ocorreu em uma Unidade Básica de Saúde de um município da região metropolitana de Curitiba, no período de junho de 2021 a março de 2022, durante atendimentos individuais de mulheres com nutricionistas. De acordo com Minayo (2014), o relato de experiência tem por objetivo compreender as estruturas de relevância relacionadas a um evento ou fenômeno por parte de um grupo específico; permitir um exame detalhado de processos organizacionais ou relacionais; e esclarecer os fatores que interferem em determinados processos. Possui como matéria-prima o discurso e a linguagem de determinado acontecimento. Tendo isso como base, ocorre “uma construção teórico-prática que se propõe ao refinamento de saberes sobre a experiência em si, a partir do olhar do sujeito pesquisador em um determinado contexto cultural e histórico” (DALTRO e FARIA, p. 228, 2019). É, portanto, um trabalho que abraça os sentidos, crenças e posições do pesquisador com o atual momento histórico, cultural e político observado. Espera-se, com isso, descrever a experiência singular e, assim, contribuir como uma ferramenta político-social de compreensão do objeto analisado (DALTRO e FARIA, 2019).

Resultados/discussão

Este relato de experiência está baseado em atendimentos a mulheres, conduzidos por nutricionistas. Durante os atendimentos, foram observadas situações em que a alimentação e a nutrição dessas mulheres demonstraram ser fruto de contextos externos que impactam aspectos subjetivos dos indivíduos, gerando problemas de ordem psíquica e emocional, afetando o desenvolvimento do autocuidado. Por meio da escuta ativa destas mulheres, verificou-se a sobrecarga física e emocional enfrentada durante sua rotina. Elas estão inseridas em um contexto em que realizam todas as atividades de cuidado com a casa, filhos e parentes fragilizados. Possuem empregos com maior jornada de trabalho do que os homens e possuem menor remuneração quando comparada com o sexo oposto. Relatam enfrentar abusos psicológicos, morais e patrimoniais (BRASIL, 2006) por parte dos companheiros, abusos os quais, muitas vezes não reconhecem ou os tratam como “normais”. Entende-se por abuso ou violência psicológica condutas que causem danos emocionais e diminuam a autoestima, prejudiquem e perturbem o pleno desenvolvimento da mulher ou visem degradar ou controlar suas ações (BRASIL, 2006). Violência moral é considerada qualquer conduta que configure difamação ou injúria e violência patrimonial ou que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de objetos, instrumentos de trabalho, documentos, bens ou recursos econômicos (BRASIL, 2006). Assim, ações como controle do dinheiro, deixar de pagar pensão alimentícia, destruição de documentos pessoais, emissão de juízo moral sobre a conduta, críticas mentirosas, exposição, constrangimento, humilhação, manipulação e perseguição foram relatadas pelas vítimas e configuram problemas estruturais enfrentados pelas mulheres em nosso país. São questões de ordem social (patriarcado, machismo), política (ou a falta de políticas públicas para mulheres e crianças, bem como políticas e programas de alimentação e nutrição) e econômica (salários inferiores ao de homens) que, uma vez incorporadas por elas, integram em seu repertório, refletindo a qualidade da alimentação e, por consequência, da nutrição. A saúde e a doença estão intimamente ligadas e refletem a complexa relação entre os determinantes econômicos e políticos e as consequências do processo sócio-histórico do patriarcado no Brasil, sendo importante considerar as questões de gênero ao se pensar na promoção de saúde, uma vez que é um dos seus determinantes. De acordo com Scott (1989), gênero é uma construção social e histórica, constitutivo da relação social entre homens e mulheres. O gênero delimita campos de atuação para cada sexo, dá suporte à elaboração de leis e suas formas de aplicação; é uma construção social colocada sobre um corpo; “é uma forma primeira de significação de poder” (SCOTT, 1989). Este fato

encontra elo no capitalismo, uma vez que se utiliza da divisão sexual do trabalho para determinar relações de poder por meio da divisão de tarefas entre homens e mulheres, colocando-as em situação de subordinação na sociedade (CISNE, 2012), além de se apoiar sobre o trabalho não remunerado realizado por elas. A carga de trabalho doméstico das mulheres é extremamente desigual se comparada a dos homens (BRASIL, 2004). Além de todo o trabalho físico (em seu emprego, limpeza da casa, cuidado com filhos), lidam também com a carga mental, ou seja, planejamento e constantes preocupações com atividades do cotidiano, o que pode levá-las a se esquecer de cuidar de si mesmas, do autocuidado, incluindo aqui o cuidado com sua alimentação. Este quadro alerta para a situação de desigualdade em que a mulher se encontra. Homens e mulheres estão expostos a diferentes tipos de sofrimento, adoecimento e morte em função da organização social e das relações de gênero acima mencionadas. Portanto, as mulheres podem ser consideradas como um segmento social que merece atenção no cuidado e promoção da saúde e, conseqüentemente, da alimentação. A maior carga de trabalho e menor renda conduzem as mulheres e famílias chefiadas por elas à situação de vulnerabilidade social, dificultando o acesso aos alimentos. Embora a condição da IAN seja afetada por diversos fatores, a falta de renda se destaca como o principal fator da aquisição de alimentos em quantidade e qualidade suficientes (HOFFMANN, R., 2014; CAMPOS, J. M. et. al., 2020; IBGE, 2020). Tendo em vista estas considerações, é imprescindível a incorporação da questão de gênero da análise do perfil alimentar, nutricional e de saúde da população, bem como para a formulação de políticas e programas que tenham o objetivo de promover a saúde e alimentação adequada e saudável, melhoria de condições de vida, igualdade e direitos deste grupo.

Considerações finais

Constatou-se que situações do contexto macro e mesossocial podem ser barreiras ao desenvolvimento do autocuidado e da segurança alimentar e nutricional de mulheres. Ressalta-se a importância de ações e estratégias para a promoção do autocuidado em saúde associadas à IAN. Essas questões devem ser consideradas para melhor direcionar o aconselhamento nutricional individual e fundamentar políticas públicas para mulheres.

Fonte de financiamento: Ministério da Educação

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse a declarar.

Referências

AZEVEDO, E. e RIGON, S. A. Sistema alimentar com base no conceito de sustentabilidade. In: Nutrição em Saúde Pública. Rio de Janeiro, ed. Rubio, 2011.

BRASIL. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as formas de discriminação contra as mulheres e da Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Brasília, 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm> Acesso em: 28 de abril de 2022.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm> Acesso em: 28 de abril de 2022.

CABALLERO, B. Subnutrição e obesidade em países em desenvolvimento. In: Cadernos de Estudos: Desenvolvimento Social em Debate. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, p. 10-3, 2006.

CAMPOS, M. J.; AKUTSU, R. C. C. A.; SILVA, I. C. R; et. al. Gênero, segurança alimentar e nutricional e vulnerabilidade: o Programa das Mulheres Mil em foco. Ciência e Saúde Coletiva, v. 25, n. 4, mar. 2020.

CISNE, Mirla. Gênero, divisão sexual do trabalho e serviço social. 1. ed. São Paulo: Outras Expressões, 2012.

DALTRO, M. R. e FARIA, A. A. Relato de experiência: uma narrativa científica na pós-modernidade. Estudos e Pesquisas em Psicologia, v. 19, n. 1, p. 223-237. Jan-abr 2019.

DE PAULA, N. A Insegurança Alimentar e Nutricional e a Ordem Neoliberal: desafios para uma agenda contra-hegemônica. Revista Paranaense de Desenvolvimento, v. 38, n. 133, p. 23-37, jul-dez, 2017.

HOFFMANN, R. Brasil, 2013: mais segurança alimentar. Segurança Alimentar e Nutricional, v. 21, n. 2, p. 422-436, 2014.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares. Análise da Segurança Alimentar no Brasil: 2017/2018. Rio de Janeiro, 2020.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento. 14ª ed. Editora Hucitec. São Paulo, 2014.

POPKIN, B. M. The shift in stages of the nutrition transition in the developing world differs from past experiences. *Malays Journal of Nutrition*, v. 8, n. 1, p. 109-124, 2002.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil para a análise histórica. Tradução autorizada de Maria Betânia Ávila e Cristine Dabatt. Recife: SOS Corpo, 1989.

VIGISAN. Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil. Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional, 2021.

WHO. WHO guideline on self-care interventions for health and well-being. Geneva, 2021.