



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Vera Sofia Costa Cunha

**A LINHA TÊNUE ENTRE A PANDEMIA DE COVID-19 E
A INSEGURANÇA ALIMENTAR**
À MARÉ DA AJUDA ALIMENTAR NO MUNICÍPIO DA FIGUEIRA
DA FOZ

Dissertação no âmbito do Mestrado em Antropologia Médica e Saúde Global
orientada pela Professora Doutora Cristina Padez e apresentada ao
Departamento de Ciências da Vida

Outubro de 2021

Agradecimentos

Terminada mais uma etapa no meu percurso acadêmico, resta-me agradecer a todos os que até aqui nele participaram e me motivaram na procura por conhecimento. Sendo Licenciada em Bioquímica e Licenciada em Ciências da Nutrição, ambas ciências exatas e com pouco espaço para a opinião crítica, o Mestrado em Antropologia Médica foi um enorme desafio, que colocou à prova capacidades que já estavam em mim adormecidas. Contudo, melhor não poderia ter escolhido e tenho a felicidade de todos os dias ver na minha prática clínica o resultado fantástico deste ciclo de estudos: bom senso. Porque para melhorar a vida e relação da comunidade com a alimentação, além do conhecimento científico exato, é crucial o bom senso que a Antropologia me trouxe.

Assim, agradeço à Professora Doutora Cristina Padez por prontamente ter aceitado o desafio de me orientar nesta dissertação, dentro de todas as limitações de espaço e tempo que estávamos a enfrentar.

Agradeço também à Dra. Ana Bravo (Associação Viver em Alegria), à Dra. Sara Oliveira e ao Senhor Jorge (Centro de Apoio ao Sem Abrigo) por toda a colaboração ao longo deste projeto, por me terem aberto as portas das vossas “casas” e deixado conhecer as histórias das “vossas” pessoas.

Agradeço, ainda, à Dona Isabel e à minha Mãe, por comigo terem partilhado a experiência de voluntariado no Centro de Apoio ao Sem Abrigo, mostrando-me, ao longo desta jornada, a importância dos valores, da empatia, da compaixão e por terem vivido estes valores comigo.

Agradeço às minhas amigas, Diana e Helena, por sempre me encorajarem a ir mais além, por me mostrarem o quanto os valores humanos e o valor das relações de amizade conseguem sobrepor-se a todas as dificuldades, distâncias e diferenças.

Agradeço à minha Mãe, simplesmente por Ser. Ser exemplo de companheirismo, de dedicação, de resiliência, de altruísmo, de amor e de valor.

Agradeço ao meu Pai e à minha Irmã, por acreditarem em mim e me motivarem a ir mais além.

Agradeço à vida, por me ter ensinado que “para ser bom, sê inteiro”, que devo ser a “mudança que quero ver no mundo”, que as dificuldades nos fortalecem e que a sorte se cria com esforço e dedicação.

“We but mirror the world. All the tendencies present in the outer world are to be found in the world of our body. If we could change ourselves, the tendencies in the world would also change. As a man changes his own nature, so does the attitude of the world change towards him. This is the divine mystery supreme. A wonderful thing it is and the source of our happiness. We need not wait to see what others do. “

Mahatma Gandhi

Índice

PARTE 1: ENQUADRAMENTO TEÓRICO	1
1. Introdução	1
1.1. Impacto da pandemia de Covid-19 em Portugal na economia, saúde e sociedade.....	4
1.2. Antropologia e consumo alimentar: sabores da nossa gente.....	9
1.3. Padrão Alimentar em Portugal: globalização, urbanização e tradição .	16
1.4. A insegurança alimentar em tempo de pandemia: enfrentar o risco e a incerteza.....	21
1.5. Insegurança alimentar, Obesidade e Literacia Alimentar: comer com saber	30
1.6. Município da Figueira da Foz: na maré da pandemia de Covid-19	34
2. Objetivos.....	36
PARTE II: METODOLOGIA, RESULTADOS E DISCUSSÃO	38
1. Materiais e Métodos.....	38
1.1. Metodologia Quantitativa.....	39
1.1.2. Caracterização da Amostra: Instituições	40
1.1.3. Caracterização da Amostra: Beneficiários de Ajuda Alimentar.....	41
1.1.4. Medição Antropométrica.....	42
1.1.5. Padrão Alimentar.....	42
1.2. Metodologia Qualitativa	43
1.2.1. Entrevista	43
1.2.2. Observação Participante	44
1.3. Considerações Éticas.....	45
1.4. Limitações	45
2. Resultados e Discussão	47
2.1. Resultados quantitativos e análise	47
2.1.1. Caracterização das Instituições e da ajuda alimentar recebida e doada.....	47
2.1.2. Características sociodemográficas da amostra	50
2.1.3. Estado de saúde, Estado Nutricional e Padrão alimentar da amostra ..	51
2.2. Resultados qualitativos (entrevistas) e discussão	55
2.2.1. Apresentação dos entrevistados: Recurso a ajuda alimentar e estratégias de “coping”.....	55
2.2.2. Preferências alimentares e significados da alimentação.....	61
2.2.3. Literacia Alimentar e Habilidades Culinárias	65

2.2.4. Recurso a Ajuda Alimentar, Padrão Alimentar e Estado Nutricional ..	69
2.3. Observação Participante.....	74
3. Conclusão.....	77
4. Referências Bibliográficas.....	81
5. Anexos.....	93

Índice de Tabelas

Tabela 1- Variação do número de beneficiários de ajuda alimentar.	48
Tabela 2- Variação do número de voluntários nas Instituições.	49

Índice de Figuras

Figura 1- Frequência absoluta do número de filhos dependentes a cargo por família. .	51
Figura 2- Frequência absoluta por classificação da OMS do IMC.	52
Figura 3- Consumo dos grupos de alimentos da "Roda da Alimentação Mediterrânea".	53
Figura 4- Frequência do consumo alimentar.	54

Índice de Anexos

Anexo A- Questionário de Recolha de Dados das Instituições	93
Anexo B- Questionário de Recolha de Dados para os Beneficiários de Ajuda Alimentar	95
Anexo C- Consentimento Informado, livre e esclarecido (Instituições)	97
Anexo D- Consentimento Informado, livre e esclarecido (beneficiários do apoio das instituições).....	99

Lista de Abreviaturas

OMS – Organização Mundial da Saúde

FAO- Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura

IEFP- Instituto de Emprego e Formação Profissional

AVA- Associação Viver em Alegria

CASA- Centro de Apoio ao Sem Abrigo

IMC- Índice de Massa Corporal

DGS- Direção-Geral da Saúde

PNPAS- Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável

QFCA- Questionário de Frequência do Consumo Alimentar

Resumo

Objetivos: A insegurança alimentar foi um dos danos diretos da pandemia de Covid-19. A presente investigação nas Instituições que realizam Ajuda Alimentar no município da Figueira da Foz, tem como objetivo principal responder à questão: quais as consequências no padrão alimentar, no estado nutricional e na relação com a alimentação do recurso a ajuda alimentar?

Metodologia: Com recurso à “metodologia mista”, foi desenvolvido um trabalho de investigação em 2 instituições do município. De forma a caracterizar as instituições e a ajuda alimentar, foi realizado um inquérito e as questões foram divididas em 2 categorias: caracterização sociodemográfica e caracterização dos apoios facultados pela instituição. A observação participante foi utilizada como instrumento de recolha de dados qualitativos relativos a uma das instituições, a um total de 11 beneficiários de ajuda alimentar e 3 voluntários. Todas as variáveis analisadas relativas aos beneficiários de ajuda alimentar foram recolhidas a partir de 8 entrevistas semiestruturadas. Foi realizado um inquérito com questões compiladas em três categorias de análise: avaliação sociodemográfica, avaliação do estado de saúde (história clínica e avaliação antropométrica) e avaliação do padrão alimentar através da utilização de Questionário recordatório das 24 horas precedentes e Questionário de Frequência do Consumo Alimentar. De forma a aferir as narrativas de vida para compreender as dimensões da insegurança alimentar, recorreu-se a entrevista semiestruturada, focalizada num assunto sobre o qual foi criado um roteiro com perguntas principais, complementadas por outras questões inerentes às circunstâncias momentâneas à entrevista.

Resultados: Verificou-se uma elevada prevalência (62,50%) de excesso de peso entre os entrevistados, um baixo consumo de hortícolas, frutas, pescado e leguminosas e um elevado consumo de alimentos açucarados e alimentos fritos. Na análise das entrevistas, foi possível identificar estratégias de “coping” entre os indivíduos em insegurança alimentar (redução das porções e do número de refeições) e os determinantes de consumo alimentar (preço) e de preferência alimentar (“alimentos típicos”, “alimentos de conforto”) mais comuns, que moldam o padrão alimentar e consequentemente o estado nutricional.

Conclusão: A insegurança alimentar e recurso a ajuda alimentar afetam a disponibilidade de alimentos, alterando o padrão alimentar e influenciando o estado nutricional dos indivíduos e, conseqüentemente, o estado de saúde. O entendimento de como o mundo social influencia o mundo biológico e de como este se torna parte desse mesmo mundo social, é crucial para compreender as desigualdades no acesso a alimentos e em saúde.

Palavras-chave: Insegurança alimentar, Covid-19, Ajuda alimentar, Padrão alimentar, Estado nutricional

Abstract

Objectives: Food insecurity was one of the direct damages of the Covid-19 pandemic. The main objective of this investigation of the Institutions that provide Food Aid in Figueira da Foz is to answer the question: what are the consequences on eating pattern, nutritional status and food relationship for food aid beneficiaries?

Methodology: A “mixed method research” was the methodology used for this investigation study, conducted in 2 institutions that provide food aid. In order to characterize the institutions and the service they provide, a survey was carried out and the questions were divided into 2 categories: sociodemographic characterization and characterization of the support received and offered by the institution. Participant observation was used as an instrument for collecting qualitative data related to one of the institutions (11 food aid beneficiaries and 3 volunteers). All analyzed variables related to food aid beneficiaries were gathered from 8 semi-structured interviews. A survey was conducted with questions compiled into three categories: sociodemographic evaluation, health status evaluation (clinical history and anthropometric assessment) and evaluation of the dietary pattern (24 hours recall method and Food Frequency Questionnaire). A semi-structured interview was used to collect life narratives to understand the dimensions of food insecurity. The script was created with main questions, complemented by other information inherent to the interview context/situation.

Results: There was a high prevalence (62,5%) of overweight among respondents, a low consumption of vegetables, fruits, fish and pulses, as well as a high consumption of sugar and fried foods. In the intersubjective and thematic analysis of the interviews, it was possible to identify "coping" strategies between individuals with food insecurity (reduction of portions and meals number) and the determinants of food consumption (price) and food preference ("typical foods", "comfort foods"), which shape the dietary pattern and consequently the nutritional status.

Conclusion: Food insecurity and recourse to food aid affect food availability and accessibility, change dietary patterns, influence the nutritional status of individuals and, consequently, their health status. Understanding how the social world affects the biological world is crucial to recognize inequalities in access to food and health.

Keywords: Food insecurity, Covid-19, Food aid, Food pattern, Nutritional status

PARTE 1: ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Introdução

O relatório anual de 2020 da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO), relativo ao “Estado da Segurança Alimentar e Nutrição no Mundo” relatava que, antes da Covid-19, 690 milhões de pessoas (8.9% da população mundial) estava desnutrida, dando conta de projeções preliminares da pandemia de COVID-19 que adicionavam 83 a 132 milhões de pessoas ao ranking de desnutridos de 2020. Além da fome, um grande número de pessoas teve de reduzir a quantidade e a qualidade dos alimentos que consome, sendo que o mundo não está no caminho de atingir os objetivos globais de nutrição, incluindo a desnutrição infantil, o desperdício alimentar e o excesso de peso em 2030.

A doença Covid-19 é causada por um novo coronavírus, denominado SARS-CoV-2, tendo sido declarada como uma emergência de saúde pública internacional a 30 de janeiro de 2020. A pandemia entrou como avalanche em todos os continentes, afetando as populações repentinamente, sem aviso prévio e sem data de termo. As consequências atravessaram todas as dimensões do ser humano, levando muitos países ao confinamento, encerrando fronteiras e criando um isolamento necessário para conseguir travar a propagação do vírus. Este isolamento trouxe um grande impacto económico e social que não ficou confinado entre fronteiras e que se globalizou, instaurando uma das maiores crises económicas das últimas décadas. Os governos, de forma a tentar achatar a curva pandémica, viram-se obrigados a fechar as portas das escolas, do comércio, da restauração e de muitas empresas privadas. Quando um sector é obrigado a parar, outros sectores são afetados, em qualquer ponto do mundo, fazendo com que a crise se disperse tão rapidamente como a doença. O turismo, hotelaria, restauração, comércio foram sectores gravemente afetados e, para muitos deles, não houve qualquer boia de salvação (Ali et al., 2020). O desemprego invadiu milhares de famílias e trouxe consigo o medo do presente e do futuro, a insegurança e a instabilidade.

Além da crise económica evidente, a pandemia instaurou também uma crise de saúde mental de uma dimensão nunca relatada. O isolamento, o medo, a insegurança, a frustração, a falta dos afetos, a falta de sustento, a falta de alento, a falta de informação, o desconhecido, trouxeram a angústia e a ansiedade, a histeria e a impotência, a paranoia

e a desconfiança, o estigma e a confusão (Dubey et al., 2020). Esta crise na saúde mental alterou a percepção que os indivíduos têm do risco, criou um clima de pânico, impedindo muitos de se reerguerem no meio de tantas adversidades causadas pela mudança aleatória.

A insegurança alimentar afirmou-se durante a pandemia: para uns devido à percepção do risco que fez com que o ato de comer/ adquirir alimentos se tornasse numa luta diária e, para outros, mais grave, intensificou-se efetivamente a impossibilidade económica de adquirir alimentos. O clima de insegurança alimentar atravessou as classes sociais, de acordo com o inquérito realizado pela Direção-Geral da Saúde entre abril e maio de 2020, 1 em cada 3 portugueses reportaram preocupação ou incerteza quanto ao acesso aos alimentos por dificuldades económicas.

A insegurança alimentar em conjunto com a falta de literacia alimentar deu lugar a escolhas alimentares menos saudáveis; o alimento como recompensa, as promoções aliciantes, as restrições, o tentar com pouco fazer muito (ainda que erradamente fazendo as contas), a falta de atividade física, intensificaram um problema já de grandes dimensões: a obesidade (Adams, Caccavale et al. 2020). A insegurança alimentar e a obesidade coexistem, o que parece um pouco paradoxal, mas é algo bastante frequente nas crianças de famílias de nível socioeconómico mais baixo. Os alimentos de elevada densidade energética são muitas vezes de preço inferior, além de serem também utilizados pelos pais como recompensa por todas as outras restrições, alimentares e não só, a que estas crianças estão sujeitas (Adams, Caccavale et al. 2020, Tester, Rosas et al. 2020). A expressão “pelo aspeto, comida não lhe falta”, é muitas vezes ouvida quando se fala da pobreza em que vivem algumas famílias onde a obesidade coexiste, criando um estigma que deve ser esmiuçado e desconstruído na sociedade.

Quando o país começou a libertar-se do confinamento, o clima de insegurança não desapareceu: muitas empresas fecharam o que levou ao aumento do desemprego, a esperança deu lugar ao desalento para muitos, o amanhã era incerto com a única certeza de que nada está garantido. E como é sentir que nada, nem o bem essencial que temos desde o primeiro dia de vida, a alimentação, está garantido? Como é para um pai, uma mãe, sentirem que não conseguem trazer alimento para os seus filhos? Como é ver o futuro não depender dos nossos esforços, mas sim do fim de uma luta contra um “inimigo invisível”?

Entre a insegurança alimentar, a crise económica e a crise de saúde mental, a linha é muito ténue. No meio da crise o que poderá trazer mais ansiedade do que não ter alimento (Leddy et al., 2020). Contudo a pandemia trouxe consigo uma âncora: pela primeira vez o mundo, independentemente da classe social, género, raça, etnia, nacionalidade, idade, todo o mundo, estava a ultrapassar adversidades, estava a ser colocado à prova. A empatia pelo outro, vinda da capacidade de nos colocarmos “nos seus sapatos”, a compaixão pelo outro vinda da noção das injustiças do mundo e da vontade/necessidade de o mudar, a noção de equidade, fizeram com as populações se unissem para, de alguma forma, diminuir o fardo que o outro carregara (Galea, 2020; Price et al., 2018). A ajuda alimentar aumentou, muitas foram as instituições que se dispuseram a ajudar os mais vulneráveis com bens alimentares e muitas foram as pessoas que se quiseram juntar a esta causa com o dar e com o dar-se. Contudo, por muito nobre que seja esta ajuda alimentar, não é suficiente para retirar a realidade da insegurança alimentar destas famílias. Surge uma questão: fornecer bens alimentares, sem fornecer meios de dotar estas famílias de literacia alimentar é solução para as colocar fora da situação de malnutrição? Surge o imperativo do velho ditado Chinês: é necessário ensinar a pescar e não somente dar o peixe. Se nos questionarmos sobre o porquê da prevalência de obesidade ser muito notória naqueles que relatam estar em situação de insegurança alimentar, no porquê da obesidade ser mais prevalente em pessoas de um nível socioeconómico mais baixo, talvez a resposta esteja na falta de informação e na falta de habilidades culinárias. É necessário entender a realidade de cada um e, além de fornecer alimentos, fornecer as ferramentas necessárias para que consigam ter uma alimentação equilibrada, completa e variada.

Ao longo do presente estudo pretende-se avaliar o impacto da pandemia de covid-19 na insegurança alimentar (desemprego, aumento de preços, diminuição da disponibilidade de alimentos, desinformação, perceção do risco, ansiedade, depressão), as repercussões sociais e na saúde da própria insegurança alimentar (obesidade vs desnutrição) e a importância da empatia e da compaixão para levar a cabo a ajuda alimentar junto das populações. Pretende-se ainda analisar a realidade do Município da Figueira da Foz, como foi afetada a população deste município com a Pandemia de Covid-19 e como atuam as Instituições que estão na Linha da frente da ajuda alimentar neste Município. Através da recolha de dados e da realização de entrevistas, pretende-se contar

histórias, contar memórias de uma guerra sem armas, daqueles que foram invadidos pela insegurança alimentar e comparar e enquadrar estas histórias com a bibliografia existente. Nestas histórias, o objetivo é encontrar a ponte entre as causas, a chegada à insegurança alimentar e as suas consequências sociais e na saúde destes indivíduos.

1.1. Impacto da pandemia de Covid-19 em Portugal na economia, saúde e sociedade

De acordo com o Comité de Datação dos Ciclos Económicos Portugueses, em 2020 a economia portuguesa entrou numa recessão violenta e abrupta, ressaltando que em “comparação com outras recessões na história portuguesa, ressalta o carácter inesperado do choque. Ao contrário das outras recessões datadas pelo Comité pós-1980, quase ninguém previu este embate até três meses antes de ele ocorrer”. Contudo, torna-se difícil comparar esta crise económica com outras que ocorreram no passado pois “os seus impactos diretos foram atenuados pela adoção do regime especial de lay-off simplificado, que torna os dados do emprego difíceis de comparar com o passado”(COMITÉ DE DATAÇÃO DOS CICLOS ECONÓMICOS PORTUGUESES, 2020).

Com a Pandemia de Covid-19 vimos uma reformulação da sociedade em todos os sectores: teletrabalho nas empresas, educação à distância com recurso às plataformas digitais, reorganização dos serviços de saúde para priorizar o combate à propagação do vírus, confinamento da população às suas habitações para minimizar qualquer contacto entre os indivíduos, encerramento de estabelecimentos, entregas ao domicílio e compras online, reorganização do retalho alimentar com limite de horários e de pessoas dentro do estabelecimento, reestruturação da sociedade para encurtar tempos e alargar distâncias.

A crise de saúde instaurada durante a pandemia de Covid-19 foi além da propagação do vírus, tendo-se repercutido em outras morbilidades (obesidade, proliferação de doenças como o cancro e falta de controlo de doenças crónicas) e na saúde mental da população. O aumento da mortalidade e morbilidades devido à COVID-19 fez com que a população em geral desenvolvesse depressão e ansiedade. Além disso, as medidas de quarentena impostas para conter a transmissão de Covid-19, que resultou num distanciamento social sem precedentes e alterações nos estilos de vida, começaram a ter sérios efeitos sobre a qualidade de vida cognitiva e emocional. Os efeitos no aumento das

taxas de desemprego, no aumento da pobreza e clima de insegurança devido ao efeito económico da COVID-19 poderão tendencialmente reverter-se em perturbações mentais. Durante a crise económica de 2011, Portugal testemunhou uma situação semelhante em que houve um aumento de problemas de saúde mental (Shaaban et al., 2020).

Tanto os determinantes sociais das desigualdades em saúde, quanto os determinantes sociais da saúde, têm impacto no bem-estar dos indivíduos. Esses determinantes incluem fatores de risco e potenciadores de stress ao nível individual, comunitário e nacional. A pandemia COVID-19 teve um impacto sobre muitos desses fatores de risco, nomeadamente no contexto socioeconómico e político (governo, políticas macroeconómicas, políticas sociais, políticas públicas, valores culturais e sociais) e no contexto do posicionamento socioeconómico (género, etnia, classe social, educação, ocupação). Determinantes de saúde mental adversa podem incluir fatores biológicos e comportamentais (por exemplo, ter COVID-19 ou doença crónica, ausência de atividade física, alimentação não saudável), fatores psicossociais (por exemplo, medo de contrair COVID-19, sentir-se isolado, perceção de falta de apoio social, morte de entes queridos, infeção grave por COVID-19 de entes queridos, trabalhar na área de saúde) e circunstâncias materiais (por exemplo, perda financeira e de emprego, condições de habitação restritas). Os determinantes das desigualdades de saúde mental durante a pandemia COVID-19 incluem características socioeconómicas (por exemplo, perda de emprego, acesso a suporte financeiro), cultura e valores sociais (por exemplo, estigmatização de grupos vulneráveis, limitação de direitos individuais), políticas sociais e de saúde (por exemplo, trabalho de curto prazo, acesso a serviços de saúde) e políticas públicas (por exemplo, distanciamento físico, restrição da livre circulação, quarentena, fiscalização dos indivíduos) (Lotzin et al., 2020).

Além da crise de saúde mental e da crise de saúde pública causada pela propagação do vírus, as medidas de confinamento trouxeram outras implicações para a saúde, nomeadamente a pouca vigilância para outras morbilidades. Segundo Tisdell (2020) “os pobres são mais propensos a ter comorbidades que os tornam mais vulneráveis à COVID-19 do que aqueles que estão bem de vida. Economicamente, os pobres podem não ser capazes de sobreviver a um bloqueio, a menos que recebam apoio financeiro do Estado. A morbilidade tende a aumentar com a pobreza e as doenças crónicas também costumam ser uma fonte de pobreza” (Tisdell, 2020).

Com o distanciamento social necessário para o combate à propagação do vírus, foram intensificados padrões de consumo e de comportamento que já estavam a crescer na sociedade, sendo perceptível uma necessidade em minimizar contactos, tempos e distâncias.

George Ritzer, sociólogo que estudou os padrões de consumo, globalização, metateoria e teoria social moderna e pós-moderna, introduziu o conceito de *McDonaldização* no seu livro “*McDonaldization of Society*”. Segundo o autor, a *McDonaldização* da sociedade é um fenómeno que ocorre quando a sociedade, instituições e organizações são adaptadas para ter as mesmas características das cadeias de *fast food* (Ritzer, 2005) . A teoria de Ritzer alicerça-se nas mudanças na ciência, economia, cultura e sociedade para uma nova estrutura social, definida por cinco aspetos principais: eficiência, quantificação, previsibilidade, controlo e cultura. A eficiência é componente deste modelo na medida em que o método ideal para realizar uma tarefa é o “caminho mais rápido para deixar de estar com fome e passar a estar cheio”. A eficiência envolve a necessidade de minimizar o tempo necessário para concluir tarefas individuais: menos tempo gera melhores resultados. A quantificação está inerente a este modelo social uma vez que todos os objetivos devem ser quantificáveis (volume de vendas), ao invés de subjetivos (avaliação da qualidade). A previsibilidade envolve padronização e uniformização do serviço, independentemente de onde o cliente vá ou em que horário, irá receber o mesmo serviço e produto sempre que interagir com a organização. Este conceito é também aplicável aos funcionários, com tarefas repetitivas, rotineiras e previsíveis. O controlo, por sua vez, manifesta-se com a desumanização do serviço prestado, com funções padronizadas e uniformes e substituição do humano pelo tecnológico. No que refere à cultura, como parte da padronização de todo o sistema, ocorre hibridização cultural, todos, globalmente, assumimos comportamentos semelhantes (Kashefi, 1997).

Ritzer defende que estas características não são somente observáveis na produção, no trabalho e na experiência do consumidor, estendendo-se com efeitos colaterais para diversos aspetos da vida social. A *McDonaldização* afeta valores, preferências, objetivos e visões, identidades e relações sociais. Este é um fenómeno global, impulsionado pelas empresas ocidentais pelo poder económico e domínio cultural do Ocidente, levando a uma homogeneização global da vida económica e social (Galland et al., 1996).

O autor afirma que o foco na racionalidade tende a produzir irracionalidade, negando a humanidade básica, a razão humana. O foco nas quatro características principais deste novo “sistema” eliminou a necessidade de trabalhadores qualificados, uma vez que as tarefas são realizadas de forma repetitiva, focada e compartimentada, ensinada de forma rápida e pouco dispendiosa e, portanto, facilmente substituível. Trabalhar nestas condições, levou a uma diminuição de direitos e de salários e abriu espaço para a máquina substituir o Homem. Para além de afetar os trabalhadores subordinados a este sistema, as características da *McDonaldização* afetaram a experiência do consumidor. Atualmente, a produção atua de forma a ser o consumidor a concluir o processo de produção ou distribuição, de forma gratuita, ajudando as empresas a alcançar eficiência e controlo (Galland et al., 1996). A *McDonaldização* estendeu-se da produção para outras áreas da vida, como a educação e a cultura, tendo um impacto significativo na diminuição da qualidade para que medidas quantificáveis fossem implementadas, sendo essencialmente conseguida pela padronização e eficiência. Este fenómeno, segundo Ritzer e Fichler, coloca em causa a sustentabilidade social, uma vez que implica a minimização do contato entre seres humanos (Fischler, 1998). Podemos questionar se é neste sentido que se as medidas utilizadas para travar a pandemia de Covid-19 nos estão a fazer evoluir. Tendo em conta uma sociedade cada vez mais “*McDonaldizada*” e distanciada, a empatia e compaixão necessárias para ajudar os pares a reerguerem-se poderá ter sido comprometida.

A pandemia de COVID-19 é um momento em que as pessoas estão a ser orientadas a unirem-se e apoiarem-se à distância. No entanto, os países em desenvolvimento permanecem vulneráveis para a pandemia, devido às consequências económicas e sociais da mesma. Nesse cenário, para a efetivação das ações de responsabilidade social, será necessário trabalhar para garantir a criação e o sucesso da adoção de novos modelos de desenvolvimento económico, sendo que essas mudanças sociais exigem reflexão, novos comportamentos e atenção (Sarkis et al., 2020). Segundo Kelley (2020) “os surtos não são apenas emergências de saúde pública, mas também emergências políticas e socioeconómicas, podemos aprender com as respostas ao Ébola e à Cólera africanas e evitar a “visão de túnel biomédica”, abordando ativamente as desigualdades socioeconómicas e de saúde mais amplas. Caso contrário, a resposta à pandemia pode fazer mais mal do que bem. A justiça social prática - ligando princípios de justiça a ações

adaptadas a contextos específicos - pode ajudar a orientar as decisões” (Kelley et al., 2020). A este princípio de justiça social necessários no combate à pandemia, Orcutt (2020) acrescenta que “princípios de solidariedade, direitos humanos e equidade devem ser centrais para a resposta à COVID-19; caso contrário, o mundo corre o risco de deixar para trás aqueles que são mais marginalizados (Orcutt et al., 2020). Segal (2011), desenvolveu o “Modelo de Empatia Social” baseado em três componentes: empatia individual, compreensão contextual e responsabilidade social. Este modelo foi desenvolvido para combater as desigualdades e disparidades estruturais e enfatiza a necessidade dos decisores e “donos do poder” desenvolverem empatia social pelos mais vulneráveis, como um meio de reduzir a desigualdade, diminuir a dominação, aumentar a compaixão na formulação de políticas e reduzir a adesão a estereótipos e diferenças como justificção para a desigualdade, promovendo justiça na estruturação de políticas (Segal, 2011). Assim, a empatia interpessoal pode contribuir para o apoio dos indivíduos nas ações governamentais. Aqueles que têm níveis mais elevados de empatia têm mais habilidade para ver e compreender as circunstâncias da vida dos outros, sendo mais propícios a apoiar políticas públicas que abordem o bem-estar social e o bem-estar individual generalizado, sendo crucial iniciar um ensino de empatia, não somente aos decisores políticos, como à sociedade no geral (Wagaman et al., 2014).

A Pandemia COVID-19 está a alterar o comportamento e a consciência social das pessoas, com várias campanhas sociais destinadas à distribuição de alimentos, roupas, equipamentos de proteção individual e medicamentos a surgir na sociedade. O que pode ser evidenciado nas campanhas de Instituições que ajudam países e pessoas em situação de vulnerabilidade social, com foco nas pessoas em situação de sem abrigo, migrantes e refugiados, toxicodependentes, idosos, crianças e pessoas privadas de liberdade (Severo et al., 2021).

Com a Pandemia de Covid-19, pela primeira vez, todas as pessoas, em qualquer parte do mundo estavam a passar por algum tipo de constrangimento simultaneamente. Problemas de saúde com a contração de vírus, outros problemas de saúde com ausência de vigilância médica, problemas de saúde mental, problemas económicos, solidão, excesso de trabalho, preocupação com familiares mais vulneráveis: ainda que o problema fosse diferente, a vida de todos havia sofrido mudanças drásticas. Nas situações de crise, a empatia é colocada à prova sendo que, segundo Davis (1983), a empatia refere-se à

variedade de reações de uma pessoa às experiências observadas de outra, e tem quatro componentes: perspectiva, preocupação empática, angústia pessoal e fantasia. A empatia afetiva é a capacidade de vivenciar as emoções e perspectivas dos outros, enquanto a empatia cognitiva é a capacidade de identificar e compreender, a partir de uma perspectiva, as emoções dos outros. A dimensão cognitiva compreende construções mentais, como tomada de perspectiva e fantasia, enquanto a dimensão emocional contém preocupação empática e sofrimento pessoal como subcomponentes (Davis, 1983). A empatia é vista também como um comportamento voluntário que visa beneficiar os outros (Cañas-Lerma et al., 2021), capacidade de se colocar no lugar dos outros, de compreender, bem como de compartilhar as emoções e sentimentos de outras pessoas e a capacidade de comunicar essa compreensão (Wang et al., 2019). Assim, num momento de crise, a empatia permitiu unir esforços para que as dificuldades fossem ultrapassadas em conjunto (ajudar os vizinhos, voluntariado, colaboração com os profissionais de saúde, manifestações de apoio aos profissionais de saúde).

1.2. Antropologia e consumo alimentar: sabores da nossa gente

A Antropologia analisa a alimentação de uma forma interdisciplinar: a diferença entre alimentar-se, uma atividade social, e nutrir-se, uma atividade biológica, é perceptível onde a alimentação é crucial para a sobrevivência humana. Deste modo a alimentação é moldada pela cultura e resultado da estrutura social, sendo capaz de ser alterada ao longo do tempo. O ser humano não ingere determinada quantidade de nutrientes e calorias somente para manter as funções do corpo num nível adequado, sendo que há muito tempo atrás os antropólogos afirmaram que a alimentação envolve seleção, escolha, ocasião e rituais, sobrepondo-se à socialização com ideias e significados, interpretações de experiências e situações. Para serem consumidos, os alimentos têm de ser elegíveis, referidos, selecionados e preparados ou processados e tudo isso é material cultural (LB et al., 2018).

O ato de escolher alimentos não é determinado pelos mesmos fatores de forma transversal à sociedade. A alimentação não passa somente pela necessidade de nutrir o organismo, sendo que o padrão alimentar é influenciado por eventos, experiências anteriores, pensamentos e sentimentos, contextos temporais, sociais e históricos, que

estão em constante mudança. Em cima da mesa não está somente comida, mas também as trajetórias de vida das pessoas que estão à volta da mesma. Os costumes alimentares revelam a eficiência produtiva e reprodutiva de uma civilização e a natureza das suas representações políticas, religiosas e estéticas. Os critérios morais, o estilo de vida e organização do quotidiano, os sistemas familiares, os tabus religiosos, influenciam e são influenciados pelos hábitos alimentares (Carneiro, 2005).

Segundo Geof Rayner e Tim Lang (2015) os fatores que afetam as escolhas alimentares podem ser nivelados em três categorias principais:

1) Características dos alimentos: características intrínsecas, como cor e aroma, e características extrínsecas, como informação e embalagem;

2) Diferença individual: biológica (fome, apetite e sabor), disponibilidade física e acessibilidade de alimentos, habilidades de cozinhar e tempo disponível), psicológica (por exemplo, humor e stress), cognitiva (por exemplo, atitudes ou preferência, crenças e conhecimento) e fatores sociais (por exemplo, família e colegas);

3) Características relacionadas com a sociedade: cultura, variáveis económicas (preço e rendimentos) e política (Lang, 2015).

Além das três categorias principais os "ambientes alimentares" foram definidos e reconhecidos como fatores importantes que influenciam a escolha alimentar, referindo-se ao ambiente coletivo físico, económico, político e sociocultural, oportunidades e condições que influenciam as escolhas alimentares e o estado nutricional das pessoas (Chen et al., 2020).

Randall e Sanjur (1981) propõem que o consumo de alimentos é baseado na preferência alimentar, sob a influência das características dos alimentos (sabor, textura e custo), características individuais (estado nutricional, conhecimento e atitudes em relação à saúde) e características do ambiente (estação do ano, urbanização e tamanho da família) (Sanjur, 1981). Rozin (2006) debateu-se sobre a influência de fatores biológicos (fisiológicos e evolutivos / adaptativos), psicológicos (preferência e contexto), sociais (sociologia) e culturais (antropologia) na escolha dos alimentos, concluindo que a escolha alimentar é influenciada por fatores sociais e ambientais (modelagem, literacia alimentar, ambiente familiar, rotulagem alimentar, características organolépticas, história alimentar pessoal e familiaridade) e por fatores psicológicos (autoeficácia e motivação) (Hardcastle et al., 2015; Rozin, 2006).

Outros fatores determinantes da escolha alimentar estudados foram os determinantes dietéticos (alimentos altamente palatáveis), mecanismos fisiológicos (mecanismo neural de fome e saciedade, motivação e recompensa com base em alimentos), fatores cognitivo-afetivos (stress, promoção da saúde, ansiedade e depressão), influências familiares, genéticas e epigenéticas sobre as características da personalidade e diversas pressões culturais e sociais (Leng et al., 2017).

A escolha alimentar é também influenciada nos próprios mercados alimentares, por estratégias comerciais e de marketing e características dos alimentos (disposição nas prateleiras, marca, rotulagem alimentar, características das embalagens), preços e campanhas promocionais, fatores de tomada de decisão na loja e do cliente (crenças implícitas sobre a relação entre sabor e salubridade) e fatores do ambiente de armazenamento (Castro et al., 2018).

A teoria social cognitiva de Bandura (1986) oferece uma estrutura abrangente que fornece um paradigma para o estudo de comportamentos relacionados com nutrição e alimentação. Esta teoria propõe que as pessoas têm a capacidade de influenciar a sua própria motivação e ação por meio de uma interação entre fatores cognitivos, emocionais, pessoais e ações e eventos ambientais (Sheeshka et al., 1993).

De acordo com a teoria cognitiva social, a lacuna entre saber o que fazer e agir de acordo, é governada em grande parte pelo pensamento auto referente. O mais influente desses processos de pensamento auto referente é "o mecanismo de autoeficácia", pelo qual os julgamentos de eficácia pessoal influenciam os cursos de ação que as pessoas escolhem empreender, o esforço que despenderão e a sua persistência quando confrontadas com obstáculos (Bandura, 1986). Aplicada à nutrição, a autoeficácia tem o potencial de prever quais práticas de nutrição recomendadas e se as pessoas se sentem capazes de realizar, quanto esforço elas despenderão na modificação de suas práticas de seleção e preparação de alimentos e por quanto tempo persistirão face aos obstáculos.

Bandura (1986) afirma que as pessoas relutam em abandonar hábitos familiares para empreender o longo processo de aprendizagem de novas práticas. As pessoas são mais propensas a tentar mudanças no estilo de vida quando (a) entendem como as novas práticas irão beneficiar seu bem-estar, (b) são ensinadas a mudar hábitos existentes e (c) acreditam que são capazes de o fazer. No entanto, a mudança pessoal é facilitada, dificultada ou sabotada por redes e influências sociais predominantes.

Novas ideias, valores e práticas tornam-se amplamente difundidos nas sociedades por meio de processos de modelagem simbólica e direta. A modelagem direta, onde os indivíduos podem observar os outros realizando tarefas, serve como aprendizagem observacional. Isso pode gerar expectativas nos indivíduos em relação às suas próprias capacidades e também ensinar-lhes estratégias de “coping”, estimulando assim a mudança pessoal ao fornecer uma fonte importante de informações de autoeficácia (Bandura, 1986).

Enquanto as teorias psicossociais amplamente utilizadas para estudar as escolhas alimentares são frequentemente destinadas a explicar como as características pessoais, atitudes e crenças atuais, operando nos ambientes sociais atuais, contribuem para as escolhas alimentares atuais outras teorias surgiram que dão maior ênfase ao passado.

A “Perspetiva de Curso de Vida” de Carol M. Devine (2005) demonstra como a história de vida de grupos ou indivíduos pode explicar as diferenças na saúde e permite compreender a construção das preferências e escolhas alimentares e de que forma as mudanças no ambiente alimentar influenciam essas escolhas (Devine, 2005). Segundo Devine, “uma perspectiva de curso de vida oferece três estruturas para a compreensão das escolhas alimentares: temporal, social e histórica. Cada uma dessas estruturas envolve dar alguns passos para trás e olhar para as escolhas alimentares de um indivíduo ou grupo no contexto”. Assim, a estrutura temporal concentra-se em como as trajetórias das escolhas alimentares se desenvolvem e transitam ao longo do tempo na vida de uma pessoa, e a importância do momento certo para algumas escolhas alimentares. Por sua vez, a estrutura social centra-se nos locais ou contextos, com influência direta da classe social, raça, etnia e gênero e da estabilidade/ mudança na natureza e significado desses contextos sociais ao longo da vida. Quanto à estrutura histórica, esta examina de que forma as escolhas alimentares se desenvolvem no tempo, colocando-as no contexto das tendências de políticas sociais, econômicas, alimentares e de saúde.

Um conceito central de uma perspectiva de curso de vida para a escolha de alimentos é que o desenvolvimento de escolhas alimentares individuais assume a forma de trajetória estável ao longo do curso de vida de uma pessoa (trajetórias de escolha alimentar). Assim, a escolha alimentar é resultado de pensamentos, sentimentos, estratégias, ações relativas à alimentação, desenvolvidas ao longo da vida, num determinado contexto social e histórico. Estas trajetórias têm como ponto chave a

persistência, uma vez que seguem uma direção, são impulsionadas por diferentes fatores e são relativamente estáveis, pois embora tenham algumas transições, têm poucos pontos de inflexão com grande impacto. Por outro lado, as trajetórias são cumulativas, ou seja, desenvolvem-se ao longo da vida incorporando as experiências significativas das pessoas com a alimentação. Além destes fatores, as trajetórias refletem o desenvolvimento individual no contexto, como as mudanças sociais e históricas que moldam a disponibilidade alimentar, as informações e orientações nutricionais e também a forma como os indivíduos vivem o seu quotidiano.

As trajetórias do curso de vida são compostas por uma série de estados vinculados que seguem o desenvolvimento pessoal, o trabalho e as carreiras familiares. Uma transição ocorre quando uma pessoa muda de um estado para outro (mudança de habitação, ter filhos, sair de casa dos pais, ser saudável e ficar doente). Quando existe algum tipo de transição, as pessoas fazem ajustes às suas trajetórias de escolhas alimentares, de forma a adaptarem-se (alimentos mais convenientes, alimentos mais saudáveis, novos horários de refeições). Ainda que estes ajustes nas escolhas alimentares sejam frequentemente feitos para atenuar as transições do curso de vida, poucos adultos relatam pontos de inflexão importantes nas trajetórias de escolha dos alimentos. Na literatura sobre o curso de vida, os pontos de inflexão nas trajetórias comportamentais são marcados por mudanças relativamente drásticas que muitas vezes envolvem mudanças nas identidades das quais as pessoas não retrocedem (Devine, 2005).

Compreender as vidas individuais em contextos de mudança é uma marca registada da perspetiva do curso de vida. Os contextos de escolha alimentar das pessoas incluem as suas localizações sociais, característicos pessoais essenciais, como classe social, raça ou etnia e género e características que fornecem uma estrutura social de recursos, opções, expectativas e perceções sobre as escolhas alimentares.

Quando associamos os efeitos da pandemia de Covid-19 ao comportamento alimentar, podemos verificar que consequências da mesma como a alteração na disponibilidade de alimentos, alterações no estado de saúde, alterações económicas num agregado familiar, podem traduzir-se em transições ou mesmo em pontos de inflexão nos hábitos de consumo alimentar. A perda de poder de compra fez com que muitas famílias tivessem de recorrer a ajuda alimentar. Contudo, diferentes dimensões do ser humano são

afetadas quando este tem a necessidade de recorrer a ajuda alimentar, entre elas a própria identidade alimentar.

A literatura sobre desigualdades sociais e saúde mostrou que a classe social é um forte preditor de comportamentos de saúde e estado de saúde. A classe social pode refletir diferenças nos sistemas alimentares com implicações para a saúde, incluindo disponibilidade de alimentos, acesso aos alimentos, transporte e custos. Por sua vez, raça ou etnia desempenham papéis múltiplos nas trajetórias de escolha dos alimentos, sendo que a identidade étnica de uma pessoa pode ser uma influência cultural em que a escolha alimentar serve como um contexto comportamental para a expressão de ideais, identidades e papéis étnicos, podendo também estar associadas a outras características sociais e ambientais que afetam o acesso aos alimentos e disponibilidade. O género é uma divisão social básica entre culturas e gerações e, no que à alimentação diz respeito, especificam o que é definido como alimento e quando e como deve ser comido, sendo que papéis sociais e de género podem afetar a qualidade da dieta, a preocupação com a nutrição, implicar motivações para escolhas alimentares como insatisfação corporal e preocupações com o peso corporal (Devine, 2005).

A identidade religiosa é, muitas vezes, a identidade alimentar: ser judeu ou muçulmano implica o não consumo de carne de porco, ser hinduísta é ser vegetariano, ser cristão é ter o pão e o vinho como sagrados (o corpo e o sangue) (Carneiro, 2005). Como a alimentação é quase sempre um evento de grupo, esta tornou-se um foco de atividade simbólica de socialização. A alimentação é uma partilha: as pessoas comem juntas, as refeições são eventos onde toda a família ou grupo se alimenta em conjunto, uma ocasião para distribuir ou dar, para expressar altruísmo, para adquirir “riqueza familiar” (Abarca, 2007). Todos os animais se alimentam, mas o ser humano é o único animal que cozinha, pelo que cozinhar tornou-se mais do que uma necessidade, é um símbolo de humanidade, o que diferencia o Homem do resto da Natureza. O ato de cozinhar, pode ser visto pelo seu domínio público e pelo seu domínio privado. No privado, ao nível doméstico, a mulher era a responsável por alimentar a família; no público, padeiros ou chefes de cozinha, tinham a mão masculina a alimentar a sociedade. Este paradigma social, foi alterando ao longo das gerações e é explicado por Abarca no sentido em que a linha entre o privado e o público, entre as tarefas do homem e da mulher referentes à alimentação, se torna cada vez mais ténue ao longo dos anos (Abarca, 2007).

Uma vez que todos temos necessidade de nos alimentarmos, o que comemos tornou-se o símbolo mais poderoso de quem somos. Distinguirmo-nos dos outros pelo que queremos ou não queremos comer é uma barreira social. A preferência alimentar refere-se à forma como os indivíduos escolhem os alimentos tendo como base percepções biológicas ou económicas, como o sabor, pureza, facilidade de preparação/confeção e disponibilidade de utensílios de preparação/confeção dos alimentos. A preferência alimentar é o resultado de decisões individuais tomadas dentro de um complexo contexto social (SMITH, 2006). Existem várias formas de identificação alimentar, sendo que as mais óbvias são as éticas, culturais, religiosas e de classe social. A alimentação adequada inclui o tipo de alimento usado, a maneira de prepará-lo, a maneira de servi-lo e a maneira de comê-lo (Mintz et al., 2002). Qualquer pessoa que deseje integrar-se num grupo deve comer como ele, sendo que não há maneira mais certa de distinguir aqueles que estão dentro e fora de determinado grupo do que pela etiqueta alimentar. O mito da nutrição é mostrado por rápidas mudanças na moda dos alimentos, mas onde fica a memória? “Os velhos tempos”, a “infância”, trazem consigo uma mistura de sabores que liga o passado, o presente e o futuro; que liga gerações e classes sociais. A comida consumida por corpos individuais alimenta a memória social, atravessa fronteiras e estatutos, define identidades, define o futuro, influencia paradigmas sociais e capacita os sujeitos.

A alimentação é como uma máquina do tempo, sendo que as preferências alimentares de cada indivíduo refletem o seu passado e presente e influenciam o seu futuro. As preferências são moldadas por vivências, por memórias, por contextos. Falemos então de cultura na alimentação: quando um indivíduo de outra nacionalidade, etnia, naturalidade, com a sua própria cultura alimentar e oriundo do seu próprio património gastronómico, se integra enquanto minoria num grupo, é influenciado para comer da mesma forma e os mesmos alimentos que a maioria consome. No que refere a esta cultura alimentar é importante ter em consideração o conceito de “memória coletiva”. Maurice Halbwachs apresenta-nos este conceito e explica-nos que a “memória coletiva” está por detrás das opções de cada indivíduo dentro da sociedade, já que nesta “se desenvolvem memórias coletivas originais, que conservam por algum tempo a recordação de acontecimentos com importância para os seus membros” (Godinho, 2012). A memória coletiva, segundo Halbwachs, consiste numa corrente de pensamento, que mantém aquilo que ainda tem a “chama acesa”. As memórias de um grupo, ou a memória coletiva, embora nem todas

tenham o mesmo peso ou importância, são reguladoras da construção do passado e, para o futuro fazer sentido, é muitas vezes necessário recuperar estas memórias (Halbwachs, 2002).

A “memória coletiva” está na base da construção do património gastronómico de cada cultura, país, região, comunidade. É esta memória que permite aos indivíduos viajar no tempo e no espaço através da alimentação, encontrando conforto e outras emoções. Num mundo globalizado, existem diferentes padrões alimentares, sendo que a “memória” assume um papel preponderante na construção e manutenção da identidade alimentar.

1.3. Padrão Alimentar em Portugal: globalização, urbanização e tradição

A formação do gosto alimentar e o nosso comportamento referente à comida vão além do biológico e do nutricional. O alimento constitui uma categoria histórica, pois os padrões alimentares e mudanças dos hábitos e práticas têm referências na própria dinâmica social. Os alimentos não são somente alimentos: alimentar-se é um ato nutricional, comer é um ato social, pois constitui atitudes ligadas aos usos, costumes, protocolos, condutas e situações (LB et al., 2018).

A historicidade da sensibilidade gastronómica explica e é explicada pelas manifestações culturais e sociais, como espelho de uma época e das diferentes gerações. Nesse sentido, o que se come, quando se come, onde se come, como se come e com quem se come permitem caracterizar a sociedade além do seu padrão alimentar. Diante das transformações impostas pela urbanização e pela globalização, a alimentação passou por mudanças que afetam a qualidade dos alimentos produzidos, tanto nutricionalmente como no seu conteúdo de valores, cultura e tradição (Fischler, 1998).

Antes do século XX, o conhecimento de comida estrangeira indicava a urbanidade e o cosmopolitismo do comedor. Até recentemente, estar familiarizado com comida estrangeira era um privilégio daqueles que tinham o luxo de viajar, mas agora o conhecimento foi democratizado por viagens de preços mais acessíveis e pela televisão. A maioria dos alimentos eram produzidos e consumidos dentro de casa ao longo da história ocidental. Comer fora de casa era para viajantes, em estalagens e tabernas onde os clientes eram servidos com os alimentos que habitualmente estariam nas mesas de uma família local. Comer fora por status com alimentos especiais, reservados para a ocasião,

foi uma instituição predominantemente francesa da Revolução Industrial. Basicamente, no início, uma perversão superior da média-alta sociedade e relacionada ao desejo de levar alimentos e gastos conspícuos para a arena pública. No entanto comer fora tornou-se amplamente democratizado devido à tecnologia, à riqueza e aos empregos com horários alargados que deixaram menos tempo para a preparação de refeições em casa (Fox, 2003).

O conceito de globalização encontra-se habitualmente associado ao crescente fluxo de bens, serviços, tecnologia e capital que ocorre através das fronteiras nacionais e entre estruturas e redes de produção e comercialização internacionais. A globalização é entendida como o processo através do qual existe menor constrangimento geográfico entre os povos, resultando numa maior difusão das condutas sociais e culturais de uma determinada comunidade ou sociedade. A globalização alimentar é um fenómeno que remonta aos períodos da conquista e dos descobrimentos. Com as características que hoje a conhecemos, desenvolveu-se na segunda metade do século XX, quando a atividade económica se orientou para uma escala mundial e fatores como as políticas económicas, agrícolas e sociais estabelecidas favoreceram a penetração de novas culturas alimentares em todo o mundo (Fischler, 1998).

Ao longo da história, os fluxos migratórios têm sido responsáveis pela chegada de novos alimentos aos países de acolhimento. Também, quando as populações migram para outro país, são acompanhadas dos hábitos alimentares do seu país de origem (Mak et al., 2012). Em Portugal, no que se refere a práticas alimentares oriundas de outros países, verifica-se atualmente uma maior disponibilidade e diversidade que permite aos portugueses optar por consumir no seu país comida típica de outros países. A globalização corresponde a um processo dinâmico e de interação com o mundo que traz também benefícios para as nações, pois temos uma expansão dos mercados alimentícios e das empresas transnacionais gerando um aumento no fluxo de capitais e de produtos variados pelo mundo. Este processo faz com que os países emergentes possam participar de forma ativa no sistema económico mundial através das trocas. A industrialização dos alimentos para alguns também é algo benéfico, pois as pessoas procuram praticidade e conveniência, priorizando os alimentos industrializados e a alimentação do tipo *fast-food* (Fischler, 1998).

Todavia, a globalização trouxe consigo uma homogeneização cultural, com desaparecimento das produções de caráter local e perda de identidade cultural: temos uma perda na identidade cultural alimentar, com um aumento considerável da produção e consumo de alimentos modificados e industrializados. O processo de globalização afetou as tradições alimentares e de certa forma o património cultural, e por mais que este processo tenha surgido há décadas, vem atingindo com maior intensidade a sociedade contemporânea (Fischler, 1998).

A industrialização e a globalização da economia permitiram a existência de uma grande variedade de produtos e serviços. As indústrias estimulam as pessoas a consumirem cada vez mais alimentos industrializados, pois garantem alimentos mais saborosos e com mais rapidez. A praticidade, a falta de tempo e a publicidade podem ser considerados pontos fortes para a mudança dos hábitos alimentares e isso faz com que sejam incorporadas na sociedade novas formas de consumo.

O regime alimentar intensivo que dominou os países industrializados no século XX, potenciou uma alocação de funções do campo para a cidade, o que resultou numa separação entre sistemas de produção rural intensiva e consumo urbano em massa. A prioridade era demarcar estritamente as terras agrícolas e aumentar a produção para uma população urbana crescente e cada vez mais concentrada. Até certo ponto, esse foco era um reflexo de um viés mais amplo no fornecimento de alimentos, que privilegiava as necessidades de bem-estar das populações urbanas para evitar os perigos da agitação social em áreas densamente povoadas (Satterthwaite et al., 2010).

Para além das diferenças acentuadas entre produção e consumo nas áreas rurais e urbanas, a cidade dá também acesso e cria a necessidade de recurso a alimentos *fast food* como principal escolha alimentar. No domínio da sociologia foram definidos três tipos de menus que guiam as escolhas alimentares: os menus tradicionais, que apoiam crenças e proibições; os menus morais, que selecionam a comida a partir de critérios étnicos, políticos, ecológicos, ambientais e éticos; e os menus racionais, baseados no modelo de racionalização da dieta, que promovem a escolha alimentar a partir de critérios científicos para perda peso e aumento da performance física ou mental. Os menus racionais subdividem-se em menus de conveniência, cujo objetivo é minimizar o tempo dedicado ao ato de alimentar-se; os menus económicos, que têm no custo o delineador das escolhas alimentares, e os menus hedonísticos que tem como foco da escolha o prazer gustativo

(Warde et al., 1998). A verdade é que, o ritmo e o stress da cidade, a falta de tempo e até a falta de possibilidades económicas, dão a resposta simples à população para se cingir a três critérios de escolha: paladar, conveniência e menor custo económico. Mesmo que o custo de tempo e dinheiro seja inferior, ainda que a premissa de que o custo monetário é inferior seja dúbia, está em causa um custo ambiental, social e de saúde em larga escala.

O desenvolvimento do sistema alimentar caracteriza-se por uma estreita associação com uma base de recursos naturais e uma variação cultural nas práticas de consumo. A globalização do setor de alimentos é restrita exclusivamente pela natureza e pela cultura. Estas restrições promoveram uma reincorporação dos processos de produção de alimentos em contextos locais, em parte porque, geralmente, assume-se que os alimentos de origem local são de maior qualidade do que alimentos industriais (Delind, 2006). Como consequência, uma minoria considerável e crescente de consumidores está atualmente a recorrer a produtos alimentares locais e regionais, na esperança de que eles ofereçam proteção contra os excessos da industrialização. A repulsa local da pressão para aceitar os produtos de sabor padronizado estimulou a retoma da culinária tradicional. O futuro será muito mais parecido com o passado do que os especialistas da futurologia predisseram. Alguns alimentos são “globais” (Coca-Cola, McDonald's, entre outros), outros são “locais”, enquanto outros combinam o local e o global. O resultado é um mercado de alimentos cada vez mais fragmentado e diferenciado (Mak et al., 2012; Morgan et al., 2008).

Esta tendência para regressar ao passado deve-se, em parte, ao fato de que as condições ecológicas implicadas nos processos de produção podem ser mais facilmente discernidas se a procedência for conhecida. No entanto, também há uma dimensão cultural, uma vez que a comida local é produzida de acordo com tradições de longa data, isto é, pelos processos artesanais e não pelos industriais. A industrialização e a padronização no setor de alimentos podem ser desafiadas pela redescoberta da riqueza e dos aromas das cozinhas locais. Os sabores tradicionais mostram-se hoje capacitados para combater os impulsos padrão das cadeias alimentares globalizadas, enfatizam a necessidade de redescobrir e proteger a diversidade geográfica como um bem em si, como determinante para a qualidade de vida. A alimentação terá de, com base nos conhecimentos do passado, atender às novas necessidades sociais dos consumidores, a partir do reconhecimento de que a comida é imbuída de significados simbólicos e de que

os padrões de consumo de alimentos evoluíram ao longo do tempo de acordo com a evolução gradual dos gostos (Feagan, 2007).

E o que é isto de “sabores tradicionais”? Os alimentos tradicionais são expressão de cultura, história e estilo de vida. Os diferentes padrões dietéticos que surgiram tornaram-se num forte componente das culturas, à medida que hábitos e crenças alimentares foram transmitidos de geração em geração e, às vezes, até mesmo incorporados nas práticas religiosas do povo (Béhar, 1976).

Com o passar do tempo e a evolução das sociedades, as escolhas alimentares foram incorporadas à cultura e as escolhas nutricionais, incluindo os alimentos tradicionais, tornaram-se parte de sua identidade coletiva. Os principais elementos das diferenças nutricionais são os alimentos tradicionais. São alimentos consumidos regional ou localmente por um longo período de tempo. Os alimentos tradicionais refletem a herança cultural e deixaram as suas marcas nos padrões alimentares, embora os estilos de vida contemporâneos não incentivem a sua preservação no nosso quotidiano e costumes (Trichopoulou et al., 2007). Contudo, segundo Béhar, “As preferências alimentares estão entre as últimas coisas a mudar em qualquer cultura. E é lógico, portanto, trabalhar para a melhoria do estado nutricional de uma sociedade, respeitando os hábitos alimentares tradicionais, em vez de tentar impor novos” (Béhar, 1976). Os alimentos, a forma como são preparados e confeccionados e os próprios utensílios de cozinha utilizados, oferecem informações que permitem reconstruir as peculiaridades de cada época, lugar, gente (Carneiro, 2005).

A gastronomia típica voltou a ter uma predominância nas preferências, uma vez que no sabor estão embutidos valores e sentimentos e, segundo Santos (2018) “sendo a autenticidade uma característica cada vez mais difícil de obter, a gastronomia, através da solicitação que efetua de todos os nossos sentidos, permite uma real vivência com a expressão cultural dos territórios” (N. Santos, 2018).

Em Portugal, a base nutricional da “gastronomia típica” é a “dieta mediterrânica”, cuja origem remonta à antiguidade onde as atividades produtivas, as navegações, o comércio, as religiões, as ocupações e as colonizações, originaram um modelo cultural e um padrão alimentar que permaneceu até aos dias de hoje. Este padrão alimentar caracteriza-se pela simplicidade, pelo consumo de alimentos frescos, pelo respeito pela sazonalidade dos alimentos e produção local e pela refeição vista como um momento de

partilha e de convívio (Covas et al., 2015). Na gastronomia portuguesa, o pão, o azeite e o vinho (“trilogia mediterrânica”) assumem um papel central: “o pão simboliza tanto o alimento essencial da humanidade como o elemento de comunicação com o divino, função sagrada que expressa a sua importância no quotidiano das pessoas” (N. P. dos Santos et al., 2011). Sendo considerado um dos padrões alimentares mais saudáveis do mundo (promotor da saúde), a dieta mediterrânica distingue-se pela presença regular das sopas, cozidos e guisados, pão, frutas, hortícolas e leguminosas, frutos secos e oleaginosos, utilização de ervas aromáticas como condimento e consumo de azeite como principal gordura (Real, 2014).

Ainda que a “dieta mediterrânica” seja a base da alimentação, a diversidade da gastronomia portuguesa resulta de uma multiplicidade de influências. O modo alimentar mediterrânico recobre situações tão diversificadas, que seria muito redutor defini-lo genericamente para todas as zonas mediterrânicas, com diferente história, embora com idênticas características de flora e de fauna. Como fruto da localização geográfica e encontros culturais, podemos encontrar, em cada região, um conjunto de pratos típicos tradicionais, que muitas vezes utilizam as mesmas receitas. As receitas passam muitas vezes de geração em geração, de boca em boca, tornando-se não só tradição regional como familiar. O “prato típico” é muitas vezes típico de uma celebração familiar e não somente de uma região (Valagão, 2017). Em Portugal, algumas das receitas características da gastronomia nacional, regional e familiar são: Leitão assado da Bairrada, Bacalhau à Gomes de Sá, Feijoada à Portuguesa, Cozido à Portuguesa, Favada à Portuguesa, Sopa da Pedra, Açorda Alentejana, Francesinha, Sardinha assada, Pastel de nata, Bolo de mel, Pastéis de Tentúgal, Ovos moles de Aveiro, Açorda à Transmontana, Caldo Verde, entre centenas de outras (Modesto, 2015). A predominância da gastronomia típica na construção da identidade alimentar dos indivíduos poderá permitir inferir: “diz-me de onde és, dir-te-ei o que comes”.

1.4. A insegurança alimentar em tempo de pandemia: enfrentar o risco e a incerteza

A Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura (FAO) define a segurança alimentar como “Quando todas as pessoas, em todos os momentos, têm

acesso físico, social e económico a alimentos suficientes, seguros e nutritivos, que atendam às suas necessidades dietéticas e preferências alimentares para uma vida ativa e saudável”. As principais facetas da segurança alimentar incluem disponibilidade, acessibilidade e aceitabilidade (Hashmi et al., 2021).

Até aos anos 90, a noção de segurança alimentar abarcava o conjunto de medidas e atividades para lutar contra o risco da fome que afetava algumas regiões do mundo. A fome acompanha a humanidade desde os primórdios dos tempos, sendo a causa decisiva nos conflitos e guerras entre as nações e moeda de troca do capitalismo. Milhares de pessoas nos países do Terceiro Mundo sucumbem à fome, exploração e dominação por parte dos países desenvolvidos. Aqui, onde a fome era o retrato do Terceiro Mundo, “segurança alimentar” referia-se à população que dispunha de recursos alimentares suficientes para garantir a sua sobrevivência e reprodução (*food security*). Nas sociedades industrializadas, segurança alimentar foi além da escassez/abundância, sendo o conceito reintroduzido com um novo significado: risco ou ausência de segurança inclui uma série de perigos relacionados à inocuidade sanitária dos alimentos (*food safety*). A segurança alimentar é atualmente definida como a situação em que “todas as pessoas, em todos os momentos, têm acesso físico, social e económico a alimentos suficientes, seguros e nutritivos para atender às suas necessidades e preferências alimentares para uma vida ativa e saudável”. Uma estrutura comum utilizada pelos estudiosos para destacar as diferentes dimensões da segurança alimentar é uma categorização em quatro níveis: disponibilidade de alimentos, acesso a alimentos (que se refere à capacidade das famílias para obter alimentos no mercado ou de produção própria), utilização de alimentos e estabilidade (capacidade das famílias para suportar riscos e choques que corrompem qualquer uma das outras três dimensões). Insegurança alimentar, desta forma, refere-se à disponibilidade limitada ou incerta de alimentos nutricionalmente adequados e seguros, ou capacidade limitada ou incerta de adquirir alimentos de maneiras socialmente aceitáveis (Pedzisai et al., 2014).

As pessoas não têm segurança alimentar até que sintam que têm segurança alimentar, e não se sentem seguras quando os preços de mercado dos alimentos básicos são altamente instáveis. Esta realidade básica da psicologia comportamental adiciona uma dimensão de expectativa importante à definição tradicional de segurança alimentar (Timmer, 2012). O direito à alimentação e a não passar fome são direitos humanos

fundamentais na Declaração Universal dos Direitos Humanos e no Pacto Internacional sobre Direitos Económicos, Sociais e Culturais. Incorpora a possibilidade de ter acesso a alimentos culturalmente adequados e saudáveis para viver uma vida saudável e plena sem medo. Encarar a segurança alimentar como uma questão de direitos humanos significa que a boa nutrição não deve ser deixada para a benevolência ou a caridade, relegada à responsabilidade do setor alimentar de caridade (Gallegos et al., 2019).

O surto da pandemia COVID-19 foi a causa de uma emergência alimentar transcontinental, com ameaças iminentes ao ambiente alimentar e nutricional e graves consequências nas populações mais vulneráveis. As estratégias de mitigação mundiais para reduzir e controlar as taxas de infeção tiveram um impacto maciço nos mercados económicos (produção, processamento, transporte, comércio, exportação e importação) levando a interrupções significativas na disponibilidade e acessibilidade de alimentos (Huizar et al., 2021). Com a chegada da pandemia de Covid-19, o pânico foi notório no que diz respeito à alimentação, tendo-se manifestado com as corridas aos supermercados para abastecer as famílias durante o máximo de tempo possível, com a dúvida constante do que era benéfico/prejudicial comer, de se os alimentos estavam ou não “contaminados”. Contudo, nem todas as famílias o puderam fazer e muitas nem o básico conseguiram/conseguem adquirir, não pelo medo, mas pela impossibilidade económica (Kinsey et al., 2020).

O cenário de medo criado à volta do que se poderia ou não comer, de quais os alimentos que ajudariam no “combate” ao vírus, a dúvida persistente de se os alimentos eram veículo de transmissão do vírus, o medo de não conseguir adquirir alimentos suficientes, retirou o atributo de naturalidade ao ato de comer, comer o que apetece, quando apetece, como e com quem apetece. A escolha passou a ser premeditada, bem planeada, refletida, reflexiva. Critérios como “racionalidade da escolha”, “produção politicamente correta”, “evidência científica”, “normas rígidas de segurança alimentar e controlo de qualidade”, “preço”, “saciedade”, tocaram uma sinfonia de tamanha ensurdecência que o sujeito nem se ouvia. O apelo contante à reflexividade é indissociável do risco, pois a sociedade decide a partir da antecipação e pensamento do risco. Nenhuma ação, classe social ou grupo está protegido da apresentação, decisão e hierarquização dos riscos, envolvendo todos além-fronteiras ou gerações.

Os riscos são simultaneamente globais e locais e afetam os limites do tempo, na medida em que o presente é menos determinado pelo passado do que por uma projeção do futuro (Kuwaie et al., 2016). Escolher um alimento era algo voluntário, motivado pelo desejo e afetividade, e passou a ser uma decisão cognitiva em que é necessário analisar prós e contras, balizar riscos. Segundo Ulrich Beck vivemos numa Sociedade de Risco e o risco é um estado intermédio entre a segurança e a destruição, e a percepção dos riscos ameaçadores determina o pensamento e a ação, perante a distribuição de “males” transversais a todas as classes sociais. Contudo, Ulrich Beck não sucumbe ao pessimismo, e propõe-nos uma radicalização da racionalização, uma radicalização baseada no papel do conhecimento científico, uma modernização reflexiva em que se recusa a separação entre peritos e cientistas e as visões comuns, afirmando que a consciência dos riscos tem de ser analisada como uma luta entre afirmações concorrentes ou sobrepostas de racionalidade. As percepções dos cidadãos comuns quanto aos riscos não são irracionais ou puros problemas de informação, mas sim produtos de processos complexos que definem o que é aceitável, o que é digno, o que está de acordo com as suas maneiras de ser, pensar e agir, ou seja, com as suas identidades. Os riscos estão dependentes do conhecimento científico, mas isto não é suficiente para definir os riscos concetualmente, dado que as afirmações sobre os perigos nunca são redutíveis à simples afirmação e descrição de factos (Leiss et al., 1995).

A confusão criada pela falta de informação e por informação contraditória proveniente dos media, a ansiedade e angústia que a sociedade estava a atravessar, instauraram esta medida alucinante do risco do ato de comer. Assim a insegurança alimentar afirmou-se durante a pandemia: para uns devido à percepção do risco que fez com que o ato de comer/ adquirir alimentos se tornasse numa batalha naval e para outros, mais grave, intensificou-se efetivamente a impossibilidade económica de adquirir alimentos. O clima de insegurança alimentar atravessou as classes sociais, de acordo com o inquérito realizado pela Direção-Geral da Saúde entre abril e maio de 2020, 1 em cada 3 portugueses reportaram preocupação ou incerteza quanto ao acesso aos alimentos por dificuldades económicas. Durante este período, uma grande parte do país encontrava-se fechada nas suas casas, as crianças estavam em telescola, as empresas tinham entrado em layoff, mas havia a esperança de tempos melhores. As famílias tentavam organizar a aquisição de bens alimentares de forma a minimizarem o número de idas ao

supermercado, o que limitou a aquisição de alguns grupos de alimentos, como frutas, hortícolas e pescado. Houve a necessidade de reestruturação do que era a alimentação habitual da família, a necessidade de reaprender e reinventar a culinária familiar; houve perda das refeições dadas pelas cantinas escolares, o que se manifestou num encargo extra para muitas famílias, houve uma diminuição dos stocks de alimentos nos bancos alimentares que forneciam apoio a muitas famílias, houve desemprego, houve desinformação, houve uma visão ainda mais transparente das desigualdades sociais, o que colocou as populações mais vulneráveis em risco de fome (Nagata et al., 2020; Nicola et al., 2020; Wolfson et al., 2020).

Compreender as dimensões comportamentais da segurança alimentar é um passo importante para aprender como prevenir crises alimentares. Depois de uma crise alimentar, lidar com as suas consequências torna-se a principal tarefa em mãos, com ajuda alimentar de emergência e outras formas de redes de segurança rapidamente colocadas em ação (Timmer, 2012). A insegurança alimentar é um sintoma de que os sistemas sociais, económicos, políticos e ecológicos estão em crise. A fome não se deve à falta de produção ou disponibilidade de alimentos, mas sim à distribuição desigual e injusta dos direitos das pessoas ao apoio social e económico, assim como à comum prática de não apostar em medidas de prevenção e atuar só após a crise estar generalizada (Gallegos et al., 2019).

Muitas pesquisas dentro da antropologia biológica enfocam as maneiras pelas quais os humanos negociam os seus ambientes e o sucesso das suas estratégias em termos de saúde e bem-estar, em outras palavras, sua adaptabilidade. A capacidade de negociar com sucesso as circunstâncias em mudança é frequentemente baseada na flexibilidade das estratégias, permitindo que alguém aproveite, ou mesmo crie, oportunidades diante de restrições. Este não é um processo suave nem linear e, muitas vezes, é preciso fazer cedências (o que comer, quando comer, quanto comer). O “coping” é um conceito relacionado, que é frequentemente usado para descrever como as pessoas negociam a insegurança alimentar para mitigar as suas consequências no curto prazo, e é um elemento numa estrutura conceitual mais ampla que liga vários tipos de insegurança com vulnerabilidade, risco e resiliência como processos negociados (Hadley et al., 2012).

Para antropólogos biológicos interessados na adaptabilidade humana, o conceito de "estratégias de coping" é importante tanto na perspectiva teórica como prática. Susanna

Davies (1996) define “estratégias de coping” em relação à insegurança alimentar como “uma resposta de curto prazo a um declínio imediato e habitual no acesso aos alimentos” (Davies, 1996). À medida que os humanos negociam ambientes em constante mudança com acesso diferenciado aos recursos, as respostas individuais, familiares e de toda a comunidade para enfrentar a insegurança, podem se desenrolar de forma diferente, dependendo da localização social/ geográfica de cada um. De acordo com a evidência, os indivíduos, em situação de insegurança alimentar, alteram os seus hábitos de consumo, optando por alimentos mais baratos, saltando refeições, comendo em menores quantidades ou, inclusive, através de mudanças não relacionadas com a alimentação (diminuição dos custos com a saúde e educação, aumento da produção agrícola, entre outros) (Hadley et al., 2012)

Maxwell (2008) criou o “Índice de Estratégias de Coping”, um indicador de segurança alimentar familiar baseado na multiplicidade de respostas possíveis para uma única pergunta: “O que é que faz quando não tem alimentação adequada e não tem dinheiro para comprar comida?”. Segundo o autor “a aquisição de alimentos e o fornecimento de nutrição adequada aos filhos estão entre os empreendimentos humanos mais básicos (...) Os responsáveis pelas decisões domésticas (geralmente, embora nem sempre, mulheres) organizam os recursos à sua disposição para limitar os efeitos a curto prazo de não ter o suficiente para comer. As pessoas geralmente sabem quanto é “suficiente” e procuram as melhores opções para garantir que comem o suficiente. As pessoas começam a mudar os seus hábitos de consumo quando antecipam um problema. Elas não esperam até a comida acabar completamente” (Maxwell et al., 2008).

De acordo com a pesquisa, os indivíduos não esperam até que uma escassez total de alimentos entre nas suas casas para começarem a mudar os seus comportamentos. Assim, as mudanças nos comportamentos de “coping” não refletem apenas o estado atual, como também refletem o melhor julgamento dos responsáveis pelas decisões familiares sobre o futuro previsível - dando à medição dos comportamentos de “coping” uma capacidade preditiva. Na pesquisa realizada com recurso ao “Índice de Estratégias de Coping”, as famílias com insegurança alimentar tendem a adotar quatro tipos de “estratégias de coping”: (1) mudar o consumo de alimentos de alimentos preferidos para substitutos mais baratos e menos preferidos, (2) a família pode tentar aumentar o seu suprimento de alimentos usando estratégias de curto prazo que não são sustentáveis por

um longo período (empréstimos ou compras a crédito, pedir), (3) se a comida disponível ainda for inadequada para suprimir as necessidades, as famílias podem tentar reduzir o número de pessoas que precisam de alimentar, enviando algumas delas para outro lugar (mandar as crianças para a casa dos vizinhos na hora das refeições), (4) as famílias podem tentar administrar a insuficiência racionando os alimentos disponíveis para a família (reduzindo o tamanho da porção ou o número de refeições, favorecendo certos membros da família (filhos) em detrimento de outros (adultos), ou estar dias inteiros sem comer) (Maxwell et al., 2008).

A mudança na demografia global e a rápida urbanização são fatores-chave que moldaram os padrões dietéticos modernos. O crescimento populacional nas zonas urbanas exige maior oferta e disponibilidade de alimentos, portanto, esses centros urbanos estão sujeitos a um aumento no custo dos alimentos que culmina num impacto inverso na diversidade e na segurança alimentar (Hashmi et al., 2021).

A “transição nutricional”, ligada à expansão global da dieta ocidental, deu destaque à dimensão qualitativa do conceito de “segurança alimentar”. A segurança alimentar já não é apenas um problema de subconsumo, englobando também problemas de consumo excessivo e inadequado. Por outro lado, a nova geografia da segurança alimentar também adicionou uma importante dimensão política ao conceito. De facto, os distúrbios alimentares que se seguiram ao aumento nos preços de combustíveis, alimentos e energia no início do século XXI demonstraram que garantir que todos os cidadãos tenham acesso a alimentos de qualidade não é apenas um imperativo moral, mas também uma questão de segurança nacional.

No passado, essa dimensão fundamental da segurança alimentar era abordada principalmente em termos físicos e espaciais, pela disponibilidade e acesso a alimentos nutricionalmente adequados. Ainda que a fome, no seu sentido lato, tenha diminuído nos últimos anos, estamos agora a enfrentar uma crise de desnutrição com um número crescente de indivíduos com excesso de peso e obesidade. Esta transição nutricional anda de mãos dadas com a transição urbana. Atualmente, as políticas espaciais e setoriais são menos relevantes para abordar a nova geografia da segurança alimentar, que é moldada principalmente por problemas de acesso financeiro a alimentos nutritivos. A insegurança alimentar está hoje redirecionada para contextos urbanos, onde a maioria dos moradores

não está diretamente envolvida na produção de alimentos e precisa de ter condições económicas para adquirir os alimentos (Scott, 2017).

Em síntese, a urbanização, uma crise financeira persistente, o aumento das desigualdades socioeconómicas e uma série de questões ecológicas que surgiram em todas as etapas da cadeia de fornecimento de alimentos alteraram a geografia da insegurança alimentar. Os países industrializados e em desenvolvimento estão hoje unidos numa luta global contra a desnutrição, um problema especialmente evidente nas cidades, onde a degradação ambiental também está concentrada (Shaw, 2014). Claramente, há uma necessidade de uma nova agenda política que explique a profunda relação entre os sistemas económicos, sociais, alimentares e ambientais para promover uma abordagem intersectorial para a tomada de decisões: a saúde em todas as políticas e a saúde em todas as regiões (Sonnino, 2016).

A diversidade alimentar está ligada à dimensão de acesso da segurança alimentar familiar, servindo como uma medida da qualidade nutricional da dieta e da variedade de alimentos na dieta, que é necessária para garantir o consumo adequado de nutrientes essenciais. Sendo que uma das respostas de “coping” mais comuns é diminuir a quantidade e variedade de alimentos, torna-se mais difícil garantir um aporte nutricional adequado. Por outro lado, em meios urbanos, respostas não alimentares como o aumento da produção agrícola são menos acessíveis, sendo também menos possível conseguir reduzir custos inerentes às rendas de habitação e transportes ou ter “pessoas próximas” a quem pedir ajuda. Nos meios urbanos, o recurso a instituições de ajuda alimentar é muitas vezes a única boia de salvação de muitas famílias, tendo sido este o único recurso de muitas famílias com a crise económica instaurada durante a pandemia de Covid-19.

Nos países de alto rendimento e principalmente nos meios urbanos, uma resposta primária à insegurança alimentar e nutricional tem sido o crescimento do setor de caridade (ajuda alimentar), enquanto o governo e o apoio público para salários adequados e direitos às necessidades básicas, meios adequados para a subsistência familiar e uma rede de segurança social financiada com recursos públicos recuam. A falta de sucesso em abordar a insegurança alimentar e nutricional indica que há uma grande lacuna entre o suposto conhecimento dos “especialistas” e a realidade das pessoas que lutam contra a insegurança alimentar. Essa lacuna é uma indicação de que os especialistas não entendem verdadeiramente as causas e experiências da insegurança alimentar e, portanto,

promovem soluções que são inadequadas ou insuficientes à realidade (Gallegos et al., 2019).

A expansão dos programas de assistência alimentar e nutricional é um imperativo ético, baseado nos valores de: justiça social e crença na dignidade e no valor da pessoa. Estes valores são incorporados por princípios éticos que orientam os serviços sociais: (1) desafiar a injustiça “garantindo o acesso às informações, serviços e recursos necessários; igualdade de oportunidades; participação significativa na tomada de decisões para todas as pessoas” e (2) defender a dignidade e o valor individuais “promovendo a autodeterminação socialmente responsável e a capacidade e oportunidade de mudar e dar resposta às suas próprias necessidades” (Miller et al., 2020). Assim, as instituições de caridade deverão não somente “garantir acesso” a alimentos, como dar ferramentas que confirmem aos indivíduos competências de autoeficácia, impulsionando mudanças políticas com a incorporação dos valores sociais.

No que diz respeito às instituições de caridade, que durante a pandemia de Covid-19 se tornaram a linha da frente no combate pela insegurança alimentar, também foram diversas as dificuldades na recolha e distribuição de bens alimentares. Os bancos de alimentos e instituições de apoio foram forçados a desenvolver e implementar planos de emergência que efetivamente reformularam as operações existentes para acomodar as diretrizes de distanciamento social e dar resposta ao aumento repentino da procura. Ainda com todas as dificuldades logísticas, estas instituições tiveram de ter flexibilidade para a nova realidade e encontrar meios para conseguir dar resposta a uma maior população (Shanks et al., 2020).

De forma a alcançar a segurança alimentar, é necessário garantir a existência de um plano nacional para respeitar, proteger e cumprir o direito à alimentação, e de uma abordagem abrangente que contemple a participação de muitas partes interessadas (especialmente aqueles que são mais afetados pela insegurança alimentar), no desenvolvimento de soluções (Gallegos et al., 2019). O “Modelo de Empatia Social” de Segal (2011) articula os princípios éticos que podem impulsionar o investimento no desenvolvimento de políticas alimentares justas (Segal, 2011). Ainda que não seja solução, a continuidade e preservação da ajuda humanitária e de programas de assistência alimentar combinados com esforços adaptados para garantir o acesso a alimentos diversificados, balanceados e nutritivos para as populações mais carenciadas são

fundamentais para aliviar a insegurança alimentar e a disseminação dos efeitos que levam a resultados negativos para a saúde (Huizar et al., 2021).

Contudo, quer as políticas públicas, políticas alimentares e organização das instituições que realizam ajuda alimentar, deverão abraçar os valores de compaixão e liberdade, utilizando a empatia para combater a vergonha e estigma. Assim, a liberdade e dignidade dos indivíduos, a criação de uma relação de confiança e de respeito com os beneficiários deverão ser valores por todos assumidos. Políticas alimentares justas poderão criar oportunidades para que todas as pessoas vivam em segurança alimentar, tendo em consideração as barreiras pessoais e sistêmicas que limitam o alcance deste resultado. As políticas alimentares deverão considerar outras necessidades essenciais em consonância com as necessidades de ajuda alimentar, o que implica a coordenação com políticas e programas que abordem outras necessidades vitais, como saúde e educação. As políticas alimentares deverão promover o conhecimento sobre insegurança alimentar e a empatia nos formuladores de políticas, intervenientes, comunidade e beneficiários (Miller et al., 2020).

1.5. Insegurança alimentar, Obesidade e Literacia Alimentar: comer com saber

As pessoas consomem alimentos saudáveis ou de melhor qualidade dependendo de uma série de processos de seleção de alimentos. Os determinantes da escolha alimentar são complexos e multifatoriais, sendo que estudos recentes enfatizam fatores estruturais como o acesso a mercearias, transporte e segurança, bem como iniquidades no acesso a alimentos saudáveis. Os fatores monetários são cada vez mais um preditor da escolha alimentar.

As escolhas alimentares interagem com fatores ambientais e individuais. Fatores ambientais que influenciam o comportamento alimentar incluem a mudança na disponibilidade e acessibilidade dos alimentos, aumento da alimentação fora de casa (alteração das rotinas), publicidade de alimentos, estratégias de promoção de alimentação saudável, a educação e escolaridade e o preço dos alimentos. Nos fatores individuais, o sabor e outras características organolépticas, o custo percebido (preço/porção) e o valor nutricional são as três principais dimensões que condicionam a escolha dos alimentos,

sendo a confiança na segurança e inocuidade de um alimento também é um fator determinante (Lo et al., 2009).

Insegurança alimentar, desnutrição e obesidade, independentemente, representam três das condições mais complexas que ameaçam os meios de subsistência das populações em quase todos os países, tornando-as as principais causas globais de problemas de saúde (Huizar et al., 2021). A forma como as famílias respondem à insegurança alimentar tem implicações para a saúde e bem-estar, incluindo efeitos sobre o estado nutricional, incidência e gestão de doenças crônicas, exposição a doenças infecciosas e saúde mental (Hadley et al., 2012).

O impacto mais prejudicial da insegurança alimentar na saúde individual é o aumento da probabilidade de desnutrição, estando a mesma mais frequentemente associada à subnutrição (atrofia, baixo peso). Contudo a “desnutrição” ou “malnutrição” tem sido cada vez mais reconhecida como uma consequência fisiológica da “sobrenutrição” com evidências sugerindo o seu papel no desenvolvimento e progressão de Doenças não Transmissíveis relacionadas à alimentação (obesidade, doenças cardiovasculares, diabetes, alguns tipos de cancro) e mortalidade prematura (Huizar et al., 2021).

Desta forma, sugere-se que a desnutrição contribui para a obesidade assim como a obesidade pode contribuir para a desnutrição, sendo impulsionadas por comportamentos alimentares pouco saudáveis, especialmente na presença de insegurança alimentar. Da mesma forma, a associação cumulativa de fatores psicossociais, comportamentais e sociais (pobreza, baixo nível de escolaridade, dificuldade de acesso a cuidados de saúde) que contribuem para o desenvolvimento da insegurança alimentar, podem propiciar ainda mais mudanças tanto no ambiente alimentar quanto nos comportamentos alimentares pessoais que contribuem para o desenvolvimento e a progressão da desnutrição e da obesidade (Huizar et al., 2021).

Assim, acredita-se conceitualmente que a base da sindemia alimentar global é aquela que depende do aparecimento inicial da insegurança alimentar, da sua interação subsequente com a desnutrição e a obesidade e da seqüela complexa que aumenta as vulnerabilidades a problemas de saúde modificáveis (Huizar et al., 2021).

A relação entre insegurança alimentar e obesidade parece, para muitos, sem nexos, contudo a explicação pode ser a seguinte: as populações mais vulneráveis tendem a considerar as práticas alimentares saudáveis muitas vezes para segundo plano no que se

refere a atender às necessidades básicas de sobrevivência, iniciando comportamentos drásticos como seguir um padrão alimentar irregular numa tentativa de ir de encontro à máxima poupança de recursos (comer porções menores, fazer lanches frequentes, comprar alimentos mais baratos mas geralmente menos saudáveis, consumir alimentos após o fim do prazo de validade, entre outros). Estas são práticas comuns e muitas vezes abordagens necessárias para garantir as necessidades básicas da vida, que podem aumentar ainda mais o risco de desnutrição e obesidade (Huizar et al., 2021). As famílias que auferem baixos rendimentos tendem a comprar menos frutas e vegetais e a comprar alimentos de elevada densidade energética. Duas principais razões explicam esta tendência: os alimentos de elevada densidade energética são mais palatáveis e são alimentos que fornecem grande quantidade de energia a um baixo custo (Buanango et al., 2020). Estas respostas de “coping” implementadas podem muitas vezes ter consequências para a saúde. Por outro lado, dado o valor social atribuído aos alimentos, as estratégias que envolvem o consumo de alimentos não preferidos podem estar associadas a sentimentos de vergonha e constrangimento, sendo que o stresse, estigma, depressão ou transtornos de humor podem corroer o bem-estar e promover alimentação excessiva ou desordenada ou o consumo de "alimentos de conforto" (alimentos de conveniência, bolos, pastéis, salgados, alimentos muito processados), que parecem reduzir a ansiedade (Hadley et al., 2012). Assim, a insegurança alimentar e a obesidade andam de mãos dadas, por uma simbiose de fatores que fogem do controlo, quando as famílias tentam com todas as armas ter tudo sob controlo.

Outro fator determinante é o preço dos alimentos “saudáveis”. Os preços dos géneros alimentícios disponíveis no mercado são compostos pelo preço do género alimentício cru (produtor primário), custos de marketing e publicidade, custos de transporte, processamento, embalagem e preparação. Os custos de produção dos alimentos mais nutritivos são geralmente superiores aos dos menos equilibrados do ponto de vista nutricional. Além disso, os alimentos processados são cada vez mais dominantes no mercado de alimentos: por um lado, as indústrias alimentares são mais propensas a desenvolver e promover alimentos pré-embalados que permitem otimizar lucros e vantagens comerciais através do processamento (cereais matinais, sumos de frutas, frutas enlatadas ou vegetais congelados). O valor social do processamento está relacionado com a redução da perda pós-colheita, aumento do tempo de armazenamento sem conservantes

perigosos (como sal e cura) e disponibilidade à distância da fonte. Por outro lado, há uma tendência dos consumidores dedicarem menos tempo à preparação dos alimentos, o que leva a um maior consumo de alimentos de conveniência. Mais processamento de alimentos requer mais mão-de-obra e maior investimento de capital. Assim, o aumento dos custos dos alimentos é impulsionado diretamente pelo lado da oferta e indiretamente pelo lado da procura. As famílias respondem ao aumento dos preços dos alimentos consumindo dietas mais monótonas e de menor qualidade nutricional. Caracteristicamente, há uma diminuição no consumo de produtos frescos, peixes, carne magra, frutas e vegetais, os quais são ricos em micronutrientes essenciais, já que há uma maior procura por fontes de calorias mais baratas/economicamente mais vantajosas (Lo et al., 2009).

Além da aquisição de alimentos está a forma como estes são utilizados, o que incorpora todos os aspetos envolvidos na transformação de alimentos nas refeições caseiras, assumindo que alimentos nutritivos estão disponíveis. Encapsulada na “utilização” está a literacia alimentar, que é descrita como o conhecimento prático sobre alimentos e habilidades que abrangem o planeamento, gestão, seleção, preparação e consumo de alimentos. A literacia alimentar contribui para a habilidade de uma pessoa de se alimentar (e aos outros) de uma forma que promova a nutrição completa, equilibrada e variada (Perry et al., 2017).

Historicamente, a pesquisa em educação alimentar baseou-se em pesquisas de conhecimentos e práticas nutricionais, alicerçadas na crença de que hábitos alimentares inadequados resultam da falta de conhecimento. Esta linha de pesquisa supôs ainda que, uma vez que as pessoas entendessem a conexão entre “bons” hábitos alimentares e saúde, elas seriam motivadas a melhorar sua dieta se os alimentos saudáveis fossem acessíveis e disponíveis. Embora o conhecimento e a conscientização sobre nutrição tenham aumentado claramente nas últimas décadas, a evidência disponível sugere que muitos consumidores não traduzem conhecimento e consciência em mudança de atitudes. Mais recentemente, a pesquisa em educação alimentar tem procurado abordar as complexas interações entre fatores sociais, cognitivos e ambientais que sustentam a seleção de alimentos e as práticas de consumo. Existe uma relação dupla entre a segurança alimentar e a literacia alimentar, em que a literacia inadequada pode contribuir para a insegurança alimentar e a insegurança alimentar pode limitar a capacidade de usar conhecimentos

alimentares para alcançar uma dieta com a qualidade adequada (West et al., 2020). Enquanto a literacia alimentar pode ser melhorada através da educação e desenvolvimento de habilidades, muitos fatores que contribuem para a insegurança alimentar não podem ser modificados. Uma pessoa com literacia alimentar pode ser capaz de desenvolver alguma resiliência às mudanças nas circunstâncias pessoais, mas, dadas as razões complexas da insegurança alimentar, essa não é a única solução. As características da insegurança alimentar em países desenvolvidos são o consumo excessivo de alimentos de alta energia, ingestão reduzida de frutas e vegetais e diversidade alimentar limitada, pressupondo a carência de literacia e habilidades culinárias. Acredita-se que a literacia alimentar melhore os aspetos da insegurança alimentar, já que melhores conhecimentos e habilidades podem ajudar a maximizar a renda, mas apenas até certo ponto, pois a educação não pode mudar o custo dos alimentos ou resolver outras causas de insegurança alimentar de natureza económica (Begley et al., 2019).

1.6. Município da Figueira da Foz: na maré da pandemia de Covid-19

A Figueira da Foz é um concelho localizado no centro de Portugal, sendo um dos destinos turísticos por muitos procurado, pela sua longa estância balnear e pela sua herança patrimonial, histórica, cultural e natural. A gastronomia local é reflexo de uma memória coletiva, intimamente ligada à faina piscatória. O Município da Figueira da Foz tem cerca de 59 000 habitantes, sendo que os setores de atividade com maior peso para a economia do concelho são o setor da Indústria Transformadora, o setor do Turismo e Hotelaria e o setor do Comércio.

Tendo em consideração os setores com maior impacto na economia local, a pandemia de Covid-19 teve consequências avassaladoras para muitas famílias deste município, levando muitas famílias a perderem a sua fonte de rendimento. Restaurantes, comércio local, unidades hoteleiras, viram-se de portas fechadas durante meses a fio, não conseguindo garantir muitos dos postos de trabalho. No ano de 2019 o número de desempregados inscritos no Instituto de Emprego e Formação Profissional (IEFP) era de 1966 munícipes, sendo que no ano de 2020 este número aumentou para 2412 munícipes. Comparativamente com a média nacional de pessoas inscritas no IEF, este município,

em 2020, encontrava-se acima da média (média nacional: 5,8% do total da população residente; Figueira da Foz: 6,5% do total da população residente) (PORDATA- Base de Dados Portugal Contemporâneo, 2021).

O Município da Figueira da Foz realiza esforços consistentes no que diz respeito à manutenção de uma rede social de apoio aos munícipes sólida, garantindo a integração das minorias na comunidade (“Plano Local para a Integração das Comunidades Ciganas”, “Plano municipal para a Igualdade” e “Plano Municipal para a Integração de Imigrantes”) e o apoio às famílias/indivíduos em situação de vulnerabilidade económica, social e emocional. Através da criação de Projetos e Parcerias com Instituições de Solidariedade Social, o município cria ferramentas de forma a minimizar as situações de vulnerabilidade existentes.

Como resposta à Pandemia de Covid-19, a Câmara Municipal da Figueira da Foz desenvolveu o Programa “Figueira Vale Mais”, que visa apoiar munícipes em situação de carência económica e fragilidade social, através de um sistema de vales destinados à aquisição de bens de primeira necessidade em estabelecimentos do comércio local (50 € mensais, por cada elemento do agregado familiar). Este Programa visa ainda prestar apoio às Instituições de Solidariedade Social, permitindo-lhes adquirir bens de primeira necessidade, que são posteriormente doados às famílias às quais prestam apoio. De entre as instituições de solidariedade social parceiras do município nesta iniciativa estão o “Centro de Apoio ao Sem Abrigo” (Delegação da Figueira da Foz), a “Cruz Vermelha Portuguesa” (Delegações do concelho da Figueira da Foz) e a “Associação Viver em Alegria”.

Além desta iniciativa criada durante a Pandemia de Covid-19, a Câmara Municipal já havia estabelecido parceria com o “Banco Alimentar Contra a Fome” (que presta suporte a diversas instituições do município) e integrava a rede do “Programa Operacional de Apoio às Pessoas Mais Carenciadas”.

2. Objetivos

O objetivo principal da presente dissertação é responder à questão: quais as consequências do recurso a ajuda alimentar no padrão alimentar, no estado nutricional e na relação com a alimentação?

Para tal, será primeiramente necessário analisar a dimensão da ajuda alimentar no município da Figueira da Foz, as transformações que ocorreram na oferta e procura da ajuda alimentar com a Pandemia de Covid-19, os motivos que levaram os indivíduos a recorrer a esta ajuda e o impacto psicossocial do recurso à ajuda alimentar.

Como objetivos secundários pretende-se:

1) Analisar a realidade das instituições de ajuda alimentar (número de voluntários, fundos/apoios recebidos, gestão de stocks de alimentos, gestão da ajuda);

2) Caracterizar a ajuda alimentar fornecida (análise da composição nutricional, do equilíbrio e da variedade de alimentos fornecidos);

3) Analisar os dados sociodemográficos dos munícipes que recorreram às instituições de ajuda alimentar (variação do número de pessoas, composição do agregado familiar, idade, etnia, nacionalidade);

4) Analisar o padrão alimentar dos entrevistados;

5) Relacionar a ajuda alimentar fornecida, o padrão alimentar e o estado nutricional (Índice de Massa Corporal).

6) Identificar, através de entrevista a uma amostra de pelo menos 8 indivíduos, os motivos que levaram à necessidade de recorrer às instituições de ajuda alimentar, constrangimentos sentidos, opinião relativa à ajuda alimentar fornecida (quantidade/variedade/qualidade), relação com a alimentação (estratégias de “coping”, determinantes do consumo alimentar) e significados da alimentação;

7) Relacionar a literacia alimentar dos indivíduos, habilidades culinárias, estado nutricional e insegurança alimentar.

Como hipótese do presente estudo, espera-se que os indivíduos que recorrem a ajuda alimentar alterem o seu padrão alimentar para uma alimentação menos variada e com alimentos com maior densidade energética e menor valor nutricional, prevendo-se uma elevada prevalência de excesso de peso. Espera-se ainda que não se encontre relação positiva entre literacia alimentar e habilidades culinárias e o padrão

alimentar, uma vez que a disponibilidade e acessibilidade dos alimentos será um fator mais determinante do que o conhecimento e capacidades. Apresenta-se ainda como hipótese de que haja relatos de alimentos/pratos preferidos e significados da alimentação com uma associação à gastronomia típica e memórias da infância.

PARTE II: METODOLOGIA, RESULTADOS E DISCUSSÃO

1. Materiais e Métodos

A presente investigação consiste num estudo transversal, com recurso a “metodologia mista”, tendo sido realizado um estudo etnográfico de campo multisectorial, utilizando as técnicas “*follow the people*” e “*follow the life*” (Marcus 1995). O estudo é descritivo, quantitativo e qualitativo na recolha e análise de dados, sendo ainda realizada uma revisão bibliográfica conceptual e empírica (Kothari 2004).

A metodologia quantitativa permitiu caracterizar a amostra e a realidade das Instituições e quantificar variáveis sociodemográficas, alimentares e de saúde, de forma a possibilitar uma maior compreensão da ajuda alimentar fornecida e da sua implicação no estado nutricional e padrão alimentar dos indivíduos que a ela recorreram.

A metodologia qualitativa permitiu analisar as implicações que o recurso a ajuda alimentar tem na relação que os indivíduos têm com a alimentação e no seu estado de saúde; encontrar um entendimento entre aquilo que é traduzido pelos números e o que efetivamente é a realidade das instituições desde a recolha de bens alimentares à sua distribuição e entre o momento em que as famílias recolhem os bens alimentares e a forma como os utilizam na sua alimentação.

A última fase metodológica foi a análise dos dados recolhidos, quantitativos e qualitativos. Para a análise dos dados, uma vez que não se trata de uma amostra representativa (N=8), foi realizada a análise de cada questionário de forma individualizada, através da comparação e contextualização com a bibliografia existente. As informações recolhidas durante as entrevistas serão transcritas e analisadas à luz da bibliografia existente das áreas das ciências da saúde e das ciências sociais, pretendendo-se que as respostas sejam comparadas e enquadradas em diferentes perspetivas de estudos antropológicos já existentes. Desta forma, será realizada uma segunda revisão bibliográfica, que permitirá enquadrar os resultados obtidos e discuti-los.

1.1. Metodologia Quantitativa

Numa primeira etapa, de forma a aferir dados relativos ao número de pessoas ajudadas e realizar a sua caracterização sociodemográfica, foi realizado um questionário às instituições de ajuda alimentar no município da Figueira da Foz (**Anexo A**).

As instituições foram contactadas e informadas do presente estudo, sendo voluntária a sua participação no mesmo. No questionário referido foram ainda colocadas questões relativas à ajuda que é fornecida à própria instituição e como é realizada a gestão dos bens e fundos doados, questões relativas à variação do número de voluntários e questões que permitam aferir a composição nutricional da ajuda alimentar fornecida.

A segunda fase do processo de recolha de dados foi uma entrevista presencial a 8 indivíduos que começaram a recorrer à ajuda alimentar devido às alterações socioeconómicas provocadas pela Pandemia de Covid-19 (**Anexo B**). O recrutamento dos participantes foi realizado através das instituições, que informaram os seus beneficiários da existência do presente estudo e comunicaram ao investigador aqueles que se voluntariaram para a participação. Os beneficiários foram informados dos objetivos do estudo e da garantia da privacidade e confidencialidade ao longo de todo o processo de recolha e tratamento de dados.

Ao longo da entrevista, foram realizadas perguntas de resposta aberta e fechada, sendo que estas últimas permitiram recolher dados quantitativos.

De forma a aferir informações relativas ao estado nutricional dos indivíduos, foi realizada a medição do peso e altura dos 8 indivíduos. De forma a concluir sobre o padrão alimentar dos entrevistados foi realizado um questionário alimentar das 24 horas precedentes (com auxílio do material “Porções da Nova Roda dos Alimentos”¹) e um questionário de frequência alimentar. A entrevista foi conduzida com questões abertas relativas ao significado da alimentação para os indivíduos, aos motivos que os levaram a recorrer à ajuda alimentar e ao impacto psicossocial desta necessidade, às habilidades culinárias e literacia alimentar.

¹ Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. (2020). *Porções da Nova Roda dos Alimentos*. <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/roda-dos-alimentos/>

1.1.2. Caracterização da Amostra: Instituições

As instituições que participaram no presente estudo foram a “Associação Viver em Alegria” (AVA) e o “Centro de Apoio ao Sem Abrigo” (CASA), ambas localizadas no concelho da Figueira da Foz.

A AVA é uma Instituição de Solidariedade Social, sem fins lucrativos, com estatuto de utilidade pública e sediada na Figueira da Foz. A Instituição tem como objetivos prioritários promover ações de Solidariedade Social, nomeadamente no âmbito da proteção à Infância e Juventude, Família, Idosos, Comunidade e População Ativa, tendo em conta a promoção da igualdade de género e a igualdade de oportunidades, sem qualquer discriminação.

De entre as respostas sociais da instituição estão o Centro de Apoio à Vida Dr.^a Natércia Crisanto, um serviço vocacionado para o atendimento e acompanhamento de mulheres grávidas ou puérperas com filhos entre os 0 e os 10 anos, que se encontram em risco emocional ou social. Outra das respostas da Instituição é o Centro de Apoio Familiar e Aconselhamento Parental (CAFAP da Figueira da Foz) que tem como missão intervir no contexto familiar, ajudando as famílias a criar condições e a potenciar os recursos necessários à manutenção de crianças e jovens nos seus agregados familiares, prevenindo a institucionalização ou possibilitando a reinserção no agregado. Muitas das famílias apoiadas pela instituição são sinalizadas pela Comissão de Proteção de Crianças e Jovens, pelos hospitais distritais e pelas maternidades.

O CASA é uma Instituição de Solidariedade Social, reconhecida como pessoa coletiva de utilidade pública. O CASA tem como missão auxiliar pessoas em situação de sem abrigo, pessoas que integrem famílias em risco ou famílias carenciadas, através de ações de solidariedade social, disponibilizando proximidade, bens alimentares, vestuário e serviços de reintegração social, sem qualquer discriminação de estrato social, etnia, religião ou género. A ajuda fornecida à população mais vulnerável consiste em:

- Distribuição de refeições quentes à população em Situação de Sem-abrigo;
- Distribuição de Cabazes Alimentares às Famílias em Risco ou Carenciadas;
- Distribuição de vestuário, cobertores e sacos de cama;
- Fornecimento de produtos de higiene e encaminhamento para apoio de saúde primário;

- Assistência psicológica;
- Apoio na reinserção social

Além das referidas Instituições, foram contactadas mais 7 instituições que realizam apoio alimentar à comunidade no município da Figueira da Foz, não tendo sido possível a sua colaboração no presente estudo (“Concelho de Moradores da Borda do Campo”, “Centro Comunitário da Associação Goltz de Carvalho”, “Centro Social da Cova e Gala”, “Associação Novo Olhar”, “Centro Social Vela Azul”, Delegação da Figueira da Foz da “Cruz Vermelha Portuguesa”, Organização Não Governamental para o Desenvolvimento “Mão na Mão”)

De forma a caracterizar as instituições e a ajuda alimentar e outros apoios à comunidade, foi realizado um inquérito às instituições (**Anexo A**). Para simplificar a análise do mesmo, as questões foram divididas em 3 categorias: caracterização sociodemográfica, caracterização dos apoios recebidos pela instituição, caracterização dos apoios facultados pela instituição.

1.1.3. Caracterização da Amostra: Beneficiários de Ajuda Alimentar

A presente amostra foi constituída por 8 indivíduos, todos do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 30 e os 57 anos, todas residentes no concelho da Figueira da Foz. De entre as entrevistadas, 2 beneficiam de apoio da AVA e 6 beneficiam do apoio do CASA.

De forma a simplificar a leitura das análises realizadas, as diferentes questões colocadas aos indivíduos foram compiladas em três categorias de análise: avaliação sociodemográfica, avaliação do estado de saúde e avaliação do padrão alimentar.

No que refere à avaliação sociodemográfica, os participantes foram questionados sobre questões relativas à idade, número de elementos do agregado familiar, número de filhos e idades e fonte de rendimento. Relativamente à avaliação do estado de saúde, os indivíduos foram inquiridos sobre as morbilidades que apresentam e foi realizada a avaliação antropométrica do peso e estatura (Índice de Massa Corporal (IMC)). As informações quantitativas sobre o padrão alimentar foram acedidas através de questionário das 24 horas precedentes e questionário de frequência de consumo alimentar,

com escala de Likert (alimentos açucarados, alimentos fritos, sopa, fruta, hortícolas no prato, pescado, carne, bebidas alcoólicas).

1.1.4. Medição Antropométrica

As medidas antropométricas foram realizadas no início de cada entrevista, tendo sido recolhidas as medidas de peso (kg) e estatura (m). Nas avaliações foi medida a estatura, com um estadiómetro SECA® *Bodometer* 206, com a cabeça posicionada segundo o plano de Frankfurt e o peso, com balança SECA® *Robusta* 813. Foi calculado o IMC a partir dos valores de peso e estatura, através da seguinte equação: $IMC = \text{Peso (Kg)} / \text{Estatura}^2 (\text{m}^2)$. Sendo este índice uma medida que relaciona a quantidade de massa corporal do indivíduo com a sua estatura, este valor será importante para evidenciar não só os casos de obesidade como também os de baixo peso.

Os pontos de referência para se proceder à avaliação do estado nutricional foram definidos pela OMS, sendo classificados como tendo Baixo Peso se o valor de IMC for inferior a 18,5 kg/ m²; Peso Normal entre 18,5 kg/ m² e 24,9 kg/ m²; Pré-Obesidade, entre 25,0 kg/ m² e 29,9 kg/ m² e Obesidade, valores superiores a 30 kg/ m². As medições foram realizadas de acordo com o manual de procedimentos de antropometria (ISAK)² (Marfell-jones et al., 2006).

1.1.5. Padrão Alimentar

O padrão alimentar foi analisado com base na informação recolhida no Questionário recordatório das 24 horas precedentes (número de refeições, porções dos grupos de alimentos da Roda da Alimentação Mediterrânica³) (Instituto do Consumidor; Faculdade de Ciência da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto, 2003), tendo-se recorrido ao guia “Porções da nova Roda dos Alimentos” do Programa Nacional para a

² Marfell-jones, M., Olds, T., Stewart, A., & Carter, L. (2006). International standards for anthropometric assessment. International Society for the Advancement of Kinanthropometry. *International Society for the Advancement of Kinanthropometry*.

³ Instituto do Consumidor; Faculdade de Ciência da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto. (2003). *A Nova Roda dos Alimentos, um guia para uma escolha alimentar diária*. <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/roda-dos-alimentos/>

Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS)⁴ para quantificar as porções dos diferentes alimentos (Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável, 2020). Para possibilitar a quantificação dos diferentes alimentos e subsequente transposição destes para as porções da Roda dos Alimentos, foi utilizado o Manual Fotográfico de Quantificação de Alimentos do Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física⁵ (Torres et al., 2017). De forma a conseguir caracterizar o padrão alimentar de uma forma mais abrangente, foi realizado um Questionário de Frequência do Consumo Alimentar (QFCA) (alimentos açucarados, alimentos fritos, sopa, hortícolas no prato, fruta, carne, pescado, bebidas alcoólicas).

As informações relativas ao padrão alimentar obtidas pela metodologia quantitativa foram utilizadas para complementar as informações obtidas pela metodologia qualitativa.

1.2. Metodologia Qualitativa

A recolha de dados para o presente estudo foi maioritariamente qualitativa, através da realização de entrevistas com questões de resposta aberta. Além deste método de recolha de dados, foi utilizado o método observacional, uma vez que a investigadora integrou a equipa de voluntários de uma das Instituições de Ajuda Alimentar, o que permitiu aferir informação relativa a todo o processo de recolha e distribuição de bens alimentares.

1.2.1. Entrevista

A entrevista será utilizada para “recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspetos do mundo” (Bogdan et al., 1994).

Foi realizada uma entrevista semiestruturada, focalizada num assunto sobre o qual é criado um roteiro com perguntas principais, complementadas por outras questões inerentes às circunstâncias momentâneas à entrevista. Para Manzini (2003), este tipo de entrevista pode fazer emergir informações de forma mais livre e as respostas não estão

⁴ Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. (2020). *Porções da Nova Roda dos Alimentos*. <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/roda-dos-alimentos/>

⁵ Torres, D., Faria, N., Sousa, N., Teixeira, S., Soares, R., Amorim, H., Guiomar, S., Lobato, L., Oliveira, C., Correia, D., Carvalho, C., Vilela, S., Severo, M., & Lopes, C. (2017). *Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física, IAN-AF 2015-2016: Manual Fotográfico de Quantificação de Alimentos*. Universidade Do Porto. www.ian-af.up.pt.

condicionadas a uma padronização de alternativas (Manzini, 2003). Em situações em que existe a impossibilidade de entrevistar os indivíduos mais do que uma vez, o uso da entrevista semiestruturada é o método mais apropriado, a qual se baseia no uso de um guião de entrevista, uma lista de questões e tópicos que devem ser endereçados numa ordem particular obedecendo a um determinado objetivo, e que permite “valorizar a presença do investigador, oferece todas as perspetivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação” (Triviños, 1987).

Por conseguinte, de forma a conseguir recolher o máximo de informações indo de encontro às teorias da pesquisa anteriormente realizada, será realizada uma entrevista semiestruturada aos beneficiários de ajuda alimentar.

1.2.2. Observação Participante

A observação é um dos instrumentos básicos para a recolha de dados na investigação qualitativa. Esta é uma técnica de recolha de dados que permite, através dos sentidos, obter informação da realidade. Obriga o investigador a um contacto mais direto com a realidade, ajudando-o a identificar e a obter provas relativas aos objetivos sobre os quais os indivíduos não têm consciência, mas que orientam o seu comportamento (Marconi et al., 2002). Quer a observação seja estruturada ou não, o seu papel consiste em observar e registar da forma mais objetiva possível e depois interpretar os dados recolhidos. A observação permite chegar mais perto da “perspetiva dos sujeitos” (Lüdke et al., 1986) e obter evidência de dados que não seriam possíveis de obter nas respostas a questionários/entrevistas (Marconi et al., 2002). Segundo Triviños (2015) “Observar, naturalmente, não é simplesmente olhar. Observar é destacar de um conjunto (objetos, pessoas, animais etc.) algo especificamente, prestando, por exemplo, atenção às suas características (cor, tamanho etc.). Observar um "fenómeno social" significa, em primeiro lugar, que determinado evento social, simples ou complexo, tenha sido abstratamente separado do seu contexto para que, na sua dimensão singular, seja estudado nos seus atos, atividades, significados, relações etc. Individualizam-se ou agrupam-se os fenómenos dentro de uma realidade que é indivisível, essencialmente para descobrir os seus aspetos e aparências

mais profundos, até captar, se for possível, a sua essência numa perspectiva específica e ampla, ao mesmo tempo, de contradições, dinamismos, de relações” (Triviños, 1987).

Desta forma, a observação participante será um dos métodos de recolha de dados, conseguido a partir da experiência de voluntariado numa das Instituições que colaboraram no estudo.

1.3. Considerações Éticas

A todas as instituições que participaram no estudo e a todos os entrevistados foi entregue o Consentimento Informado, no qual foram transmitidas todas as informações relativas ao estudo e garantida a confidencialidade e privacidade dos participantes e dos dados recolhidos. O investigador foi responsável pela recolha, tratamento, armazenamento e destruição dos dados. Os dados serão guardados até à data da apresentação da dissertação de mestrado e destruídos nesse mesmo dia. O armazenamento de dados foi efetuado num computador protegido por palavra-passe (dados em formato digital) e os dados em papel foram armazenados em gaveta com chave. A todos os participantes foi pedido que escolhessem um “nome fictício”, de forma a não serem identificados aquando da transcrição das entrevistas.

A investigação não envolveu qualquer risco para os participantes podendo estes recusar a participação ou abandoná-la em qualquer altura, estando todos os procedimentos de acordo com as orientações nacionais e internacionais para pesquisas envolvendo seres humanos, consoante a Declaração de Helsínquia. Os dados recolhidos foram os necessários para a investigação, não tendo sido recolhido qualquer dado que não fosse necessário tendo em consideração os objetivos do estudo.

1.4. Limitações

No presente estudo foram identificadas diversas limitações, sendo que o fator temporal foi a mais dominante. Num contexto de pandemia, a comunicação com as Instituições que realizam ajuda alimentar foi dificultada, o que levou a um número muito reduzido de Instituições a aceitarem participar e colaborar com o estudo. As medidas de contingência e o “acesso restrito” às instalações, assim como todas as alterações logísticas que as instituições foram obrigadas a fazer, condicionou a sua disponibilidade. O fator temporal foi também uma dificuldade na recolha de dados, sendo uma limitação

característica dos estudos com metodologia qualitativa. Ainda que possibilitem uma grande riqueza de informação, a morosidade da recolha de dados requer o investimento de muito tempo quer por parte do investigador, quer por parte das instituições e dos entrevistados.

A questão da escolaridade e literacia da amostra, as dificuldades de comunicação e expressão, limitaram também o número de participantes no estudo. Cada instituição selecionou as famílias que teriam menos dificuldade em comunicar e expressar os seus pontos de vista, o que criou um viés nos dados recolhidos, uma vez que acabou por existir uma “pré-seleção” da amostra por parte das assistentes sociais. A amostra não é representativa, tanto pelo número reduzido de entrevistados como pelo facto de serem na totalidade mulheres.

A questão financeira foi também uma limitação do estudo. Uma vez que o método de recolha de dados exigia o contacto presencial entre o investigador e a amostra, a recolha de dados teve de ser articulada com as datas em que os entrevistados iam recolher os seus alimentos à instituição, de forma a causar o mínimo constrangimento possível.

A questão da empatia é também uma limitação. Sendo a entrevista realizada entre 30 minutos a 1 hora, o tempo não é o suficiente para que o entrevistado sinta empatia suficiente pelo entrevistador e para que lhe possa confiar todas as suas histórias e opiniões da forma mais livre possível.

A avaliação antropométrica foi outra limitação do estudo, uma vez que apenas foi avaliado o peso e estatura, que por si só não transmitem informação suficiente sobre o estado nutricional. Quando aos dados sociodemográficos, não foi analisada a escolaridade (variável que seria interessante relacionar com a literacia alimentar) e não foi possível obter dados concretos e comparáveis relativos às fontes de rendimento (nomenclaturas muito diversas utilizadas pelos entrevistados).

No que diz respeito ao padrão alimentar, teria sido uma mais valia analisar o padrão alimentar dos outros elementos da família e não somente do representante, a fim de constatar evidência mais robusta sobre a influência das estratégias de “coping” utilizadas. Outra limitação do presente estudo advém do método utilizado para quantificar as porções de alimentos, uma vez que é uma quantificação visual e que não é possível quantificar de forma precisa o consumo dos diferentes alimentos. A ausência de avaliação da ingestão de água, foi também uma limitação no presente estudo.

2. Resultados e Discussão

2.1. Resultados quantitativos e análise

2.1.1. Caracterização das Instituições e da ajuda alimentar recebida e doada

A amostra da presente investigação é constituída por 2 instituições que realizam ajuda alimentar e 8 utentes das mesmas (2 entrevistados da AVA e 6 entrevistados do CASA).

Em 2019 usufruíam de apoio da AVA 70 famílias (202 indivíduos), tendo havido um aumento do número de famílias apoiadas em 2020 para 82 (244 indivíduos) que se manifestou durante o primeiro trimestre de 2021 para um total de 92 famílias apoiadas (233 indivíduos) (**Tabela 1**). A maioria dos beneficiário do apoio prestado pela associação é de nacionalidade portuguesa, sendo que apoiam também 12 famílias de nacionalidade brasileira, 2 de nacionalidade angolana, 2 de nacionalidade francesa e 2 de nacionalidade búlgara. De entre as famílias apoiadas, 16 são de etnia cigana. A média de idades do representante da família é de 34 anos e os agregados familiares são compostos, em média, por 2 indivíduos. Cerca de 36,95% da população apoiada usufrui de apoios sociais.

Além da ajuda alimentar, a Associação fornece apoio às famílias ao nível de equipamentos de puericultura, produtos de higiene (fraldas, toalhetes, gel de banho, champô, creme barreira, ...), roupa, entre outros. Relativamente à alimentação o apoio concedido através do Banco Alimentar Contra a Fome é constituído, essencialmente, por: óleo; azeite; leite; massa; esparguete; arroz; enlatados; bolachas; farinha; açúcar e cereais. Através do Programa “Figueira Vale Mais” é possível à associação adquirir carne, peixe, frutas e legumes destinados aos agregados familiares que apresentam maiores carências a nível económico. A AVA, através do seu banco de recursos, apoia também ao nível da alimentação específica para bebés e crianças (leite adaptado, papas, cereais, boiões de fruta, entre outros). De entre os géneros alimentares existe maior quantidade de esparguete e pouca quantidade de azeite, óleo e todos os géneros alimentares perecíveis. A aquisição dos bens doados às famílias é realizada através de:

- Banco Alimentar Contra a Fome;
- Campanha de Angariação de Bens – devido à pandemia não foi possível realizar campanhas;
- Donativos de particulares e empresas;
- Programa “Figueira Vale Mais”;

- Projeto financiado (Banco da Maternidade e da Criança)
- Direção da Associação Viver em Alegria.

Mensalmente é doado um cabaz de alimentos a cada família composto por: 2 embalagens de massa, 1 embalagem de arroz, 2 embalagens de leite, 1 garrafa de óleo ou azeite, 3 enlatados (leguminosas, atum, salsichas), 1 kg açúcar ou farinha, 1 pacote de bolachas e 1 embalagem de cereais. Com o apoio que a associação recebe, não é possível ter em consideração a composição do agregado familiar e respetivas necessidades nutricionais.

Relativamente ao número de voluntários, em 2019 a associação tinha 12 voluntários, em 2020 tinha 5 voluntários e em 2021 tem 3 voluntários (**Tabela 2**). Com a pandemia de Covid-19, a associação denotou um agravar da situação socioeconómica no seio das famílias acompanhadas, tendo sido rececionados pedidos de apoio de famílias que tinham a vida relativamente estável, mas que devido à pandemia ficaram em situação precária (ex. profissionais liberais).

Em 2019 usufruíam da ajuda alimentar da delegação da Figueira da Foz do CASA 85 famílias (263 indivíduos), sendo que os números triplicaram em 2020 para 266 famílias ajudadas (853 indivíduos). No primeiro trimestre de 2021, o número de famílias a usufruírem de ajuda alimentar desceu para 151 (467 indivíduos) (**Tabela 1**). Nesta instituição, 82,5% dos indivíduos que recebem apoio são de nacionalidade portuguesa, 15% de nacionalidade brasileira, 1,5% de nacionalidade angolana e 1% de nacionalidade francesa. De entre as famílias apoiadas, 7 são de etnia cigana. A média de idades do representante da família é 52 anos, sendo que, em média, cada agregado é composto por 2 elementos.

Tabela 1- Variação do número de beneficiários de ajuda alimentar.

		2019	2020	1º trimestre 2021
Associação Viver em Alegria	Número de Famílias	70	82	92
	Número de Pessoas	202	244	233
Centro de Apoio ao Sem Abrigo	Número de Famílias	85	266	151
	Número de Pessoas	263	853	467

Além da ajuda alimentar, o CASA faz doação de roupa e de bens de higiene pessoal e possibilita a utilização de uma casa de banho para a higiene pessoal das pessoas em situação de sem abrigo. A ajuda alimentar é realizada de duas formas:

1) ajuda semanal composta pelos alimentos que iriam para quebra e que são doados por hipermercados (Pingo Doce e Aldi), por refeições quentes doadas pelas Águas da Figueira e por carne/peixe/legumes congelados, adquiridos pela instituição com os vales do programa “Figueira Vale Mais” (Câmara Municipal da Figueira da Foz);

2) ajuda mensal de bens alimentares com maior prazo de validade, conseguidos através de donativos e de recolhas semestrais em supermercados. Na instituição os alimentos que têm em maior quantidade para doação são pão, bolos e sumos e os alimentos com maior escassez são a carne e o peixe.

A gestão dos bens alimentares doados é realizada através de análise familiar, tendo por base o número de elementos do agregado familiar e as necessidades/carências de cada família. Quando são indicadas alergias ou intolerâncias alimentares, estas informações são tidas em consideração de forma a não colocar nos cabazes alimentos que não poderão ser consumidos pela família.

No que diz respeito ao número de voluntários, no ano de 2019 o CASA tinha 41 voluntários, número que aumentou para 51 em 2020 e para 68 em 2021 (**Tabela 2**). Com a pandemia de Covid-19 houve um aumento da ajuda à instituição, quer através das refeições confeccionadas fornecidas pelas Águas da Figueira (10 refeições por dia), quer através dos vales monetários no âmbito do Programa “Figueira Vale Mais” da Câmara Municipal da Figueira da Foz, com os quais foi possível à instituição adquirir carne, peixe, legumes e fruta para complementar os sacos da ajuda semanal.

Tabela 2- Variação do número de voluntários nas Instituições.

	Número de voluntários		
	2019	2020	1º trimestre 2021
Associação Viver em Alegria	12	5	3
Centro de Apoio ao Sem Abrigo	41	51	68

No que diz respeito aos bens alimentares doados na ajuda semanal, provenientes do apoio dos supermercados (Pingo Doce e Aldi), do Programa “Figueira Vale Mais” e das

“Águas da Figueira” foi possível observar que a ajuda é irregular, uma vez que depende dos produtos que vão para quebra. Habitualmente a ajuda proveniente dos supermercados é composta por pão, bolos e produtos de pastelaria doce (croissants, bolos diversos individuais, bolos familiares), salgados (pães com chouriço, salgadinhos como rissóis e croquetes, merendas mistas, folhados), sandes (sandes de panado, sandes de frango, sandes de salmão), iogurtes, leite (do dia ou com aproximação do fim do prazo de validade), queijo fresco e produtos de charcutaria (fiambre, chouriço), saladas e misturas de legumes, batatas e cebolas, fruta, refeições prontas (saladas, sopas, outras refeições cozinhadas), sumos e ovos. Contudo, o pão e doces existem em grande quantidade, mas os laticínios, frutas e legumes são produtos menos frequentes e menos abundantes. Relativamente à ajuda proveniente através do Programa “Figueira Vale Mais”, semanalmente é doado um saco de carne ou peixe e, quando disponível, legumes congelados. As “Águas da Figueira” fazem a doação de refeições quentes durante os 5 dias úteis da semana, composta por sopa e refeição principal.

A gestão da ajuda semanal é realizada com base no número de elementos de cada agregado familiar e são tidas em consideração algumas preferências alimentares relatadas (como por exemplo o não consumo de carne), se existem crianças na família (seleção de alimentos preferidos pelas crianças e outros necessários para o seu crescimento e desenvolvimento saudáveis) e a praticidade e conveniência dos alimentos (refeições prontas, sandes, iogurtes líquidos em detrimento de iogurtes sólidos no caso de pessoas em situação de sem abrigo), aquando a elaboração dos sacos de ajuda destinados a cada beneficiário.

2.1.2. Características sociodemográficas da amostra

Foram entrevistadas 8 mulheres, com uma média de idades de 41,25 anos (Desvio padrão= 10,61). De entre as mulheres, 4 têm 1 filho dependente a cargo, 3 têm 2 filhos dependentes a cargo e 1 não tem filhos (**Figura 1**). O número de elementos do agregado familiar é em média de 2,88 elementos (Desvio Padrão= 1,13), sendo que 5 mulheres vivem com companheiros do sexo masculino (casamento/ união de fato), 2 mulheres são divorciadas e vivem com os seus filhos e 1 mulher é solteira e vive sozinha.

De entre as mulheres com filhos, as idades dos mesmos variam entre os 8 meses e os 28 anos.

De entre as 8 mulheres entrevistadas, 1 encontra-se empregada (regime de part-time), 1 encontra-se reformada por invalidez e 6 encontram-se desempregadas. De entre as 6 mulheres desempregadas, 2 perderam o emprego devido ao impacto da pandemia de Covid-19 (despedimento por fim de contrato para redução das despesas das empresas), sendo que a mulher que se encontra a trabalhar em part-time trabalhava a tempo inteiro anteriormente à pandemia de Covid-19.

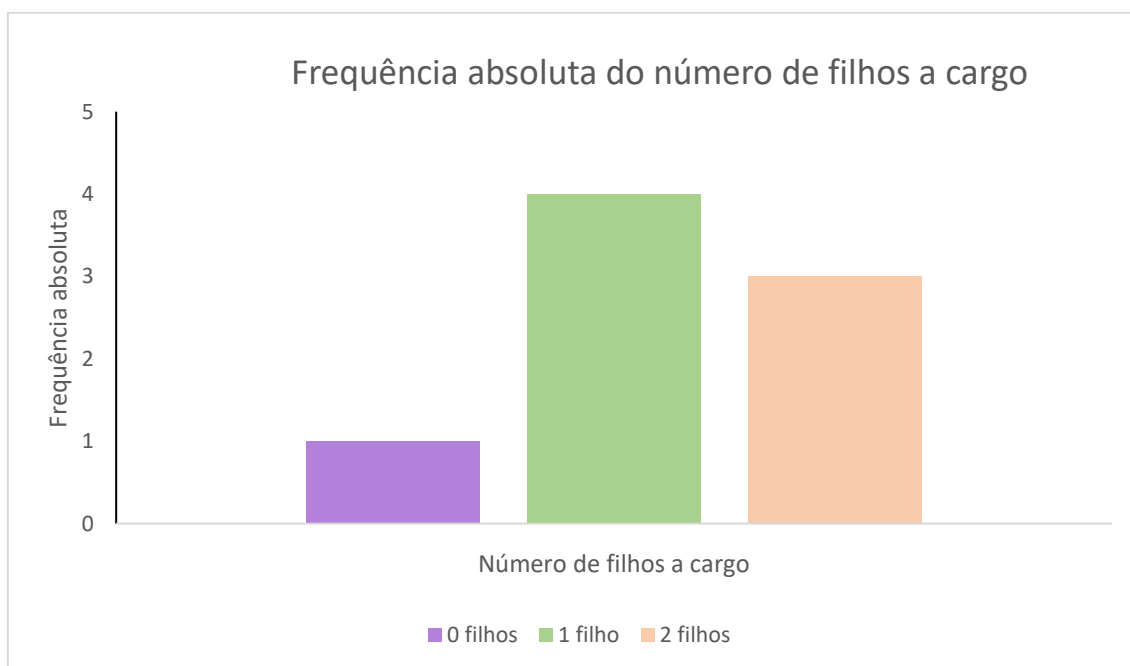


Figura 1- Frequência absoluta do número de filhos dependentes a cargo por família.

2.1.3. Estado de saúde, Estado Nutricional e Padrão alimentar da amostra

No que diz respeito à história clínica das entrevistadas, 3 reportaram não ter qualquer problema de saúde, 2 reportaram ter hipertensão arterial, 1 reportou ter problemas cardíacos (sopro no coração), 1 reportou ter problemas pulmonares (enfizema pulmonar), 2 reportaram ter problemas ósseos (próteses) e 1 reportou ter doença oncológica (cancro da pele) e anemia.

De entre as 8 mulheres entrevistadas, relativamente à classificação da OMS para o IMC, 3 são Normoponderais, 3 têm um IMC de Pré-obesidade e 2 têm Obesidade. A média do peso das entrevistadas é de 73,01 kg (Desvio padrão= 14,45) e a média da estatura é de 1,61m (Desvio padrão= 0,08) (Figura 2).

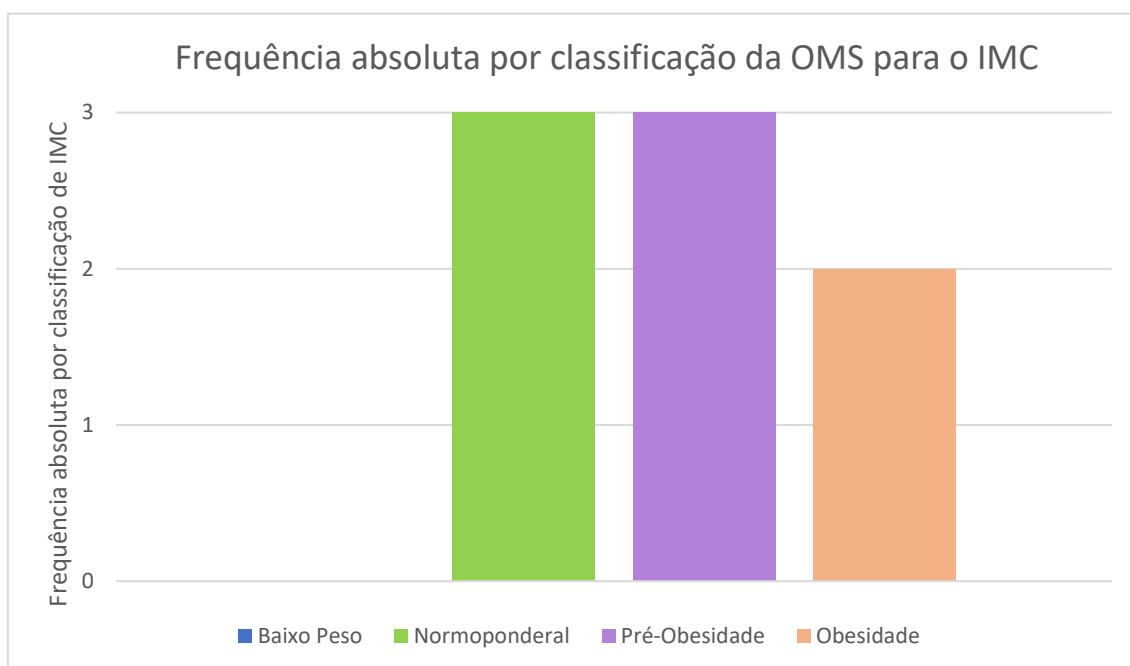


Figura 2- Frequência absoluta por classificação da OMS do IMC.

Quanto aos dados relativos ao padrão alimentar obtidos através do Questionário recordatório das 24 horas precedentes, relativamente ao número de refeições diárias, 1 mulher relata realizar 2 refeições por dia, 3 mulheres relatam realizar 4 refeições por dia, 2 mulheres relatam realizar 5 refeições por dia e 2 mulheres relatam realizar 6 refeições por dia.

Relativamente ao número de porções de cada grupo de alimentos da “Roda da Alimentação Mediterrânica”, os resultados foram inferidos a partir do preenchimento do Questionário recordatório das 24 horas precedentes e comparados com as “Porções da Nova Roda dos Alimentos”, com recurso ao Manual Fotográfico de Quantificação de Alimentos para inferir as quantidades consumidas. Na **Figura 3** é possível observar que, de acordo com as recomendações, deverão ser diariamente consumidas:

- 4 a 11 porções do grupo “Cereais e Derivados, Tubérculos”;
- 3 a 5 porções do grupo “Hortícolas”;
- 3 a 5 porções do grupo “Fruta”;
- 2 a 3 porções do grupo “Laticínios”;
- 1,5 a 4,5 porções do grupo “Carne, pescado e ovos”;
- 1 a 3 porções do grupo “Gorduras e óleos”;
- 1 a 2 porções do grupo “Leguminosas”.

Na análise dos dados provenientes do Questionário recordatório das 24 horas precedentes verifica-se que, a média dos inquiridos quanto ao consumo dos grupos alimentares é de:

- 6,75 porções do grupo “Cereais e derivados, tubérculos” (Desvio Padrão= 2,49);
- 1,50 porções do grupo “Hortícolas” (Desvio padrão= 0,76);
- 0,88 porções do grupo “Fruta” (Desvio Padrão= 1,36);
- 1,10 porções do grupo “Laticínios” (Desvio Padrão= 1,13);
- 4,25 porções do grupo “Carne, Pescado e ovos” (Desvio Padrão= 1,49)
- 2,13 porções do grupo “Gorduras e óleos” (Desvio Padrão= 1,89)
- 0,63 porções do grupo “Leguminosas” (Desvio Padrão= 1,18)

Podemos constatar da análise da Figura 3 que o consumo de hortícolas, fruta, laticínios e leguminosas é inferior às recomendações e que o consumo de cereais e derivados, carne, pescado e ovo e gorduras e óleos está dentro das recomendações.

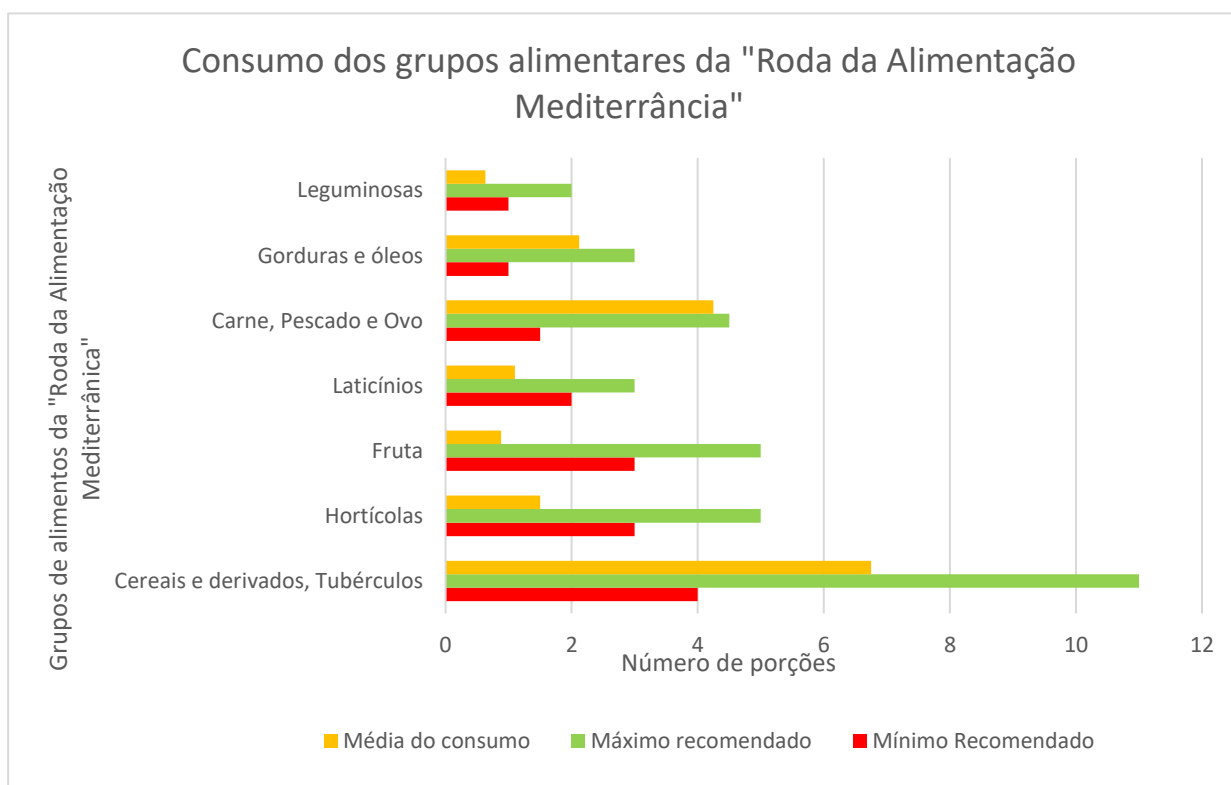


Figura 3- Consumo dos grupos de alimentos da "Roda da Alimentação Mediterrânica".

No que refere aos dados recolhidos no QFCA (Figura 4), podemos verificar que existe um elevado consumo de alimentos açucarados (1 pessoa consome diariamente, 5

pessoas consomem 2 a 3 vezes por semana, 1 pessoa consome 1 vez por semana e 1 pessoa 1 vez por mês) e de alimentos fritos (1 pessoa consome diariamente, 2 pessoas consomem 2 a 3 vezes por semana, 3 pessoas consomem 1 vez por semana, 1 pessoa consome 1 vez por mês e 1 pessoas nunca consome). Relativamente ao consumo de hortícolas, é possível constatar que estes são maioritariamente consumidos na sopa, comparativamente ao seu consumo no prato principal. Contudo, a maioria dos indivíduos consome sopa diariamente (n=6) e também um elevado número de indivíduos consome hortícolas no prato diariamente (n=5).

Quanto ao consumo de fruta, apenas 2 indivíduos consomem fruta diariamente, sendo que 5 relatam consumir fruta apenas 1 vez por semana. O consumo de carne é superior ao consumo de pescado, sendo que 5 inquiridos afirmam consumir carne diariamente e apenas 1 afirma consumir pescado diariamente (3 indivíduos relatam consumir pescado apenas 2 a 3 vezes por mês). No que refere ao consumo de bebidas alcoólicas, a maioria dos inquiridos afirma nunca consumir (n=6).

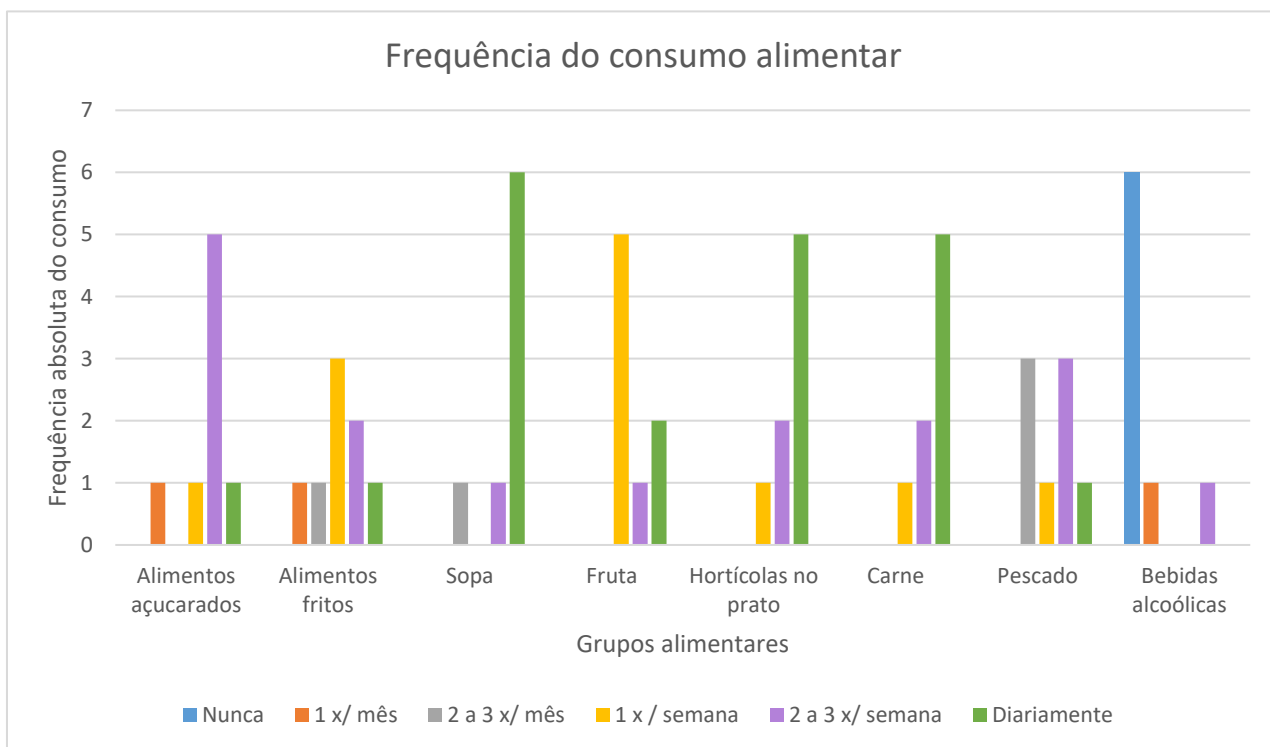


Figura 4- Frequência do consumo alimentar.

2.2. Resultados qualitativos (entrevistas) e discussão

As hipóteses deste estudo, como suprarreferidas, passam por relacionar a insegurança alimentar e recurso a ajuda alimentar com o padrão alimentar, estado nutricional e estratégias de “coping”, identificar significados da alimentação e determinantes do consumo e preferência alimentar e os condicionamentos inerentes ao recurso a ajuda alimentar. O alcance do presente estudo é baixo, pelo que não se podem retirar conclusões generalizáveis destas entrevistas, sendo que as mesmas servem para ilustrar o material teórico apresentado, refutando ou reiterando as hipóteses apresentadas.

2.2.1. Apresentação dos entrevistados: Recurso a ajuda alimentar e estratégias de “coping”

Na AVA foram entrevistadas 2 mulheres, ambas com filhos dependentes a cargo: “Larissa”, de 31 anos, com um filho de 8 meses e de nacionalidade brasileira, e “Margarida”, de 35 anos, com 2 filhas (2 anos e 7 anos) e de nacionalidade portuguesa. Quando questionada do motivo pelo qual recorreu ao apoio da instituição, “Larissa” referiu:

“Quando descobri que estava grávida faltava um mês para o contrato acabar. E eu tive de contar que estava grávida porque com a pandemia era do grupo de risco. Como era o último contrato antes de efetivar, não me efetivaram e mandaram-me para a rua. Fiquei desempregada, com o marido a trabalhar e com a renda da casa para pagar. Falei com uma amiga que me disse que aqui poderiam ajudar-me e eu vim para conseguir ter uma ajuda pelo menos agora para o início. Eu não tinha nada para o bebé e arranjaram-me imensas coisas. Hoje em dia já não levo tantas coisas porque por vezes não estou a precisar. A alimentação comecei a levar mais tarde. A ajuda alimentar dá para uma semana ou duas. Para ele é uma ajuda enorme, com as papas e os leites, porque são produtos muito caros que eu não iria conseguir comprar.”

Os motivos que levaram “Margarida” a ter apoio da instituição foram os mesmos, mas o caminho foi diferente:

“A ajuda veio por parte do hospital, porque como eram 2 crianças e era só o pai a receber, eles sinalizaram-nos logo. No início fiquei um bocadinho... como se me dissessem que não era capaz de cuidar das minhas filhas! É obvio que mais um filho é mais um gasto extra, depois comecei a ver que precisava mesmo de ajuda porque psicologicamente eu também não estava bem.”

No CASA, foram entrevistadas 6 mulheres, todas com motivos e histórias distintas. No caso de “Cláudia”, de 44 anos, mãe solteira de um rapaz com 17 anos, de nacionalidade portuguesa e com um emprego em part-time, o que a trouxe ao CASA foi:

“Foi a necessidade de não conseguir comprar a comida. Na altura na junta de freguesia eu fui buscar e depois ligaram-me de lá para eu começar a vir aqui. Eu trabalho numa lavandaria a meio tempo, antes trabalhava lá a tempo inteiro, mas com a Pandemia o patrão teve de me reduzir as horas. Com a renda de casa para pagar, as despesas da casa e com um filho para criar, já não dava para aguentar.”

Por outro lado, “Nina”, com 30 anos, de nacionalidade brasileira, com um filho de 7 anos e desempregada, o “caminho” para o CASA foi diferente:

“Foi porque viemos para Portugal e o meu marido teve de ir para fora trabalhar. Eu não consegui arranjar trabalho. O meu marido estava a trabalhar em Portugal e nós viemos ter com ele. Entretanto ele perdeu o emprego na altura em que fechou tudo no confinamento. Depois ele arranjou trabalho da Inglaterra e foi embora. Aí eu fui com o meu filho viver com a minha sogra, mas como nessa altura estava tudo fechado foi muito difícil tratar dos vistos para procurar trabalho. Nós tínhamos algumas poupanças e fomos gastando. Depois eu e o meu filho tivemos de sair de casa da minha sogra, o senhorio não nos deixou ficar porque a casa só tinha 1 quarto e estávamos os 3 a viver lá. Tivemos de procurar uma casa e foram muitas despesas. Fui procurando trabalho, mas os horários eram todos para trabalhar durante a noite e não tinha ninguém com quem deixar o meu filho. A minha sogra já recebia ajuda aqui do CASA e quando nós mudámos de casa eu comecei a vir também buscar ajuda.

Agora o meu marido magoou-se no trabalho em Inglaterra e teve de voltar para Portugal. Como trabalhava como independente, não tem direito a nenhum apoio, vivemos das poupanças que tínhamos e da ajuda de cá.”

“Mafalda” tem 52 anos, é mãe de uma jovem com 19 anos, é de nacionalidade portuguesa e está desempregada, mas a fazer uma formação do IEFP. Durante a pandemia de Covid-19 a formação diminuiu drasticamente o número de horas, o que se repercutiu num menor apoio financeiro:

“Recebia os 141 euros e não tinha como pagar as despesas da casa e como ter alimentos. Antes estava numa formação, mas era a tempo inteiro, depois com a pandemia a formação começou a ser menos dias e então o dinheiro também era menos.”

“Bela” tem 49 anos e dois filhos, um com 26 e o outro com 28 anos, tem nacionalidade portuguesa e está desempregada. Quando questionada sobre o que a trouxe ao apoio do CASA disse:

“Estava desempregada e o meu marido também e nessa altura não tínhamos nada para comer. No início uma prima ajudou-nos e depois ela tentou procurar formas de nos ajudar. Eu trabalhava num lar naquelas contratações de ajuda para a Covid, mas depois morreram muitos idosos, deixaram de precisar de gente e mandaram-me embora. O meu marido ficou desempregado também durante a pandemia, assim que acabou o contrato mandaram-no embora.”

“Marisa” tem 32 anos, é mãe de duas crianças (um com 7 e outro com 15 anos), tem nacionalidade portuguesa, tem cancro da pele e está desempregada. Teve de procurar o apoio do CASA porque:

“Porque estava a passar dificuldades alimentares. Na altura o meu marido perdeu o trabalho, por causa da pandemia, e eu tinha acabado de vir viver para a Figueira, antes vivia em Coimbra. Foi mais ou menos no início da pandemia. Eu só peço ajuda

quando preciso e é mesmo nas últimas. Porque eu não deixo os meus filhos passar fome, eu prefiro não comer para lhes dar. Então só peço mesmo quando já nem assim chega para eles. É muito complicado ter uma criança em casa a ir ao frigorífico e não ter nem uma maçã ou alguma coisa para comer. “

No caso de “Emília”, com 57 anos e solteira, reformada por invalidez (perda de 80% da visão), a Figueira da Foz foi o município onde conseguiu estabelecer-se e ter apoio da Segurança Social depois de voltar de França. Contou, relativamente ao pedido de apoio ao CASA:

“Eu já fui a pessoa que dava e ter de pedir ajuda a esta instituição para mim foi...eu dava sempre quando via instituições a pedir e quando tive de pedir ajuda à segurança social para sobreviver foi muito desgastante para mim. Muitas vezes eu queria alguma coisa para comer, é um bocado vergonhoso para mim dizer isto, mas as minhas vizinhas é que me davam que comer. No primeiro dia em que vim cá deram-me uma garrafa de azeite e imensas coisas e a partir daí vim sempre. “

Analisando os discursos das mulheres entrevistadas, é possível observar que o recurso a ajuda alimentar foi a “estratégia” utilizada após esgotarem muitas outras estratégias de “coping”. No discurso de “Marisa” (32 anos) constatamos que, antes de procurar o apoio da instituição a estratégia que utilizou para enfrentar a insegurança alimentar passou por diminuir o seu número de refeições e as porções de alimentos que consumia, de forma a conseguir garantir a alimentação dos seus filhos. Segundo Maxwell (2008), a estratégia de “coping” mais comum é exatamente a que “Marisa” utilizou: “as famílias podem tentar administrar o défice racionando os alimentos disponíveis para a família (reduzindo o tamanho da porção ou o número de refeições, favorecendo certos membros da família em relação a outros ou estando dias inteiros sem comer)”(Maxwell et al., 2008).

Esta estratégia foi também bastante visível no discurso de “Nina” (30 anos), principalmente aquando do preenchimento do Questionário Recordatório das 24 horas precedentes: “Nina” realiza apenas 2 refeições por dia (almoço e jantar), referindo que *“todos os bolinhos que vêm na ajuda, leite, iogurtes e fruta, eu mando para o meu filho levar para a escola (...). No início ele não levava lanchinho, então enquanto todos os outros meninos iam comer no intervalo, ele ficava sozinho e sentia-se à parte. Agora eu*

preparo sempre um lanchinho com coisas boas que nos dão aqui para ele levar (um pão, um bolinho, um iogurte ou uma papa de fruta)”. Para “Nina” “as refeições que eu faço são suficientes, eu sinto-me bem assim (...) quando dá para comer mais alguma coisa, eu como, mas é raro até porque já me habituei assim”.

Outra mãe revelou a mesma estratégia quando questionada sobre o significado que a alimentação tem para si:

“Como porque tem de ser mesmo. Às vezes até salto refeições. Mas só como quando tenho necessidade.” (Cláudia, 44 anos)

Quando questionadas sobre os constrangimentos sentidos aquando do pedido de ajuda às Instituições, nenhuma das mulheres demonstrou ter sentido qualquer tipo de constrangimento, mas sim alívio. Algumas das respostas foram:

“Não tive problemas nenhuns. Se eu preciso, para quê esconder?” (Mafalda, 52 anos)

“Senti-me muito satisfeita, muito bem acolhida, até chorei. Foi um alento e quando se tem filhos ainda é pior.” (Bela, 49 anos)

“Nunca senti qualquer constrangimento. Se precisava, tinha de pedir ajuda.” (Larissa, 31 anos)

“Nenhum. Nós ficamos sem, mas os nossos filhos não. Só de saber que ele já tem o que comer, para mim é o melhor.” (Nina, 30 anos)

Relativamente a terem sentido empatia por parte de familiares, amigos e conhecidos, que tinham conhecimento da situação financeira e disponibilidade destes para ajudar, as respostas foram muito diversas:

“Os meus pais sabem, mas eu não conto a ninguém que tive de pedir ajuda. Sinceramente ninguém me tentou ajudar. Antes de eu estar assim, sempre que saía de casa as pessoas estavam constantemente a dizer “estás tão magra, estás tão

magra”, agora dizem “estás mais gorda, estás mais gorda”, “vais ter mais outro filho”. Mas nunca senti que fosse por preocupação. Ninguém me perguntou nunca se estava magra porque estava a passar fome e se precisava de ajuda, da mesma forma que agora também não me dizem que estou mais gorda por preocupação.
“(Margarida, 35 anos)

“Não. Eu nunca dei a mostrar que precisava e por isso acho que nem é por mal que não se preocupam, não se preocupam simplesmente porque não sabem que preciso.” (Larissa, 31 anos)

“Às vezes a minha irmã costuma ajudar-me. Mas a vida dela também está complicada e não me sinto bem em receber ajuda dela. O meu filho diz muitas vezes que vai desistir de ir para a universidade e que vai trabalhar, para conseguir ajudar-me. Mas não pode ser. Eu não queria cortar o sonho ao meu filho e eu também não quero que ele agora vá trabalhar porque só a estudar é que consegue ter um futuro melhor.” (Cláudia, 44 anos)

“Sim, ajudaram-me muito. Eu no Natal não tinha televisão e uma amiga ofereceu-me uma.” (Mafalda, 52 anos)

“Não. Família está longe e nunca me ajudaram. Mesmo com os meus problemas de saúde ninguém se preocupa. Ninguém pergunta se precisamos de um litro de leite para os miúdos. Tenho uma vizinha que tenta ajudar, mas ela também passa dificuldades.” (Marisa, 32 anos)

Numa altura em que as palavras “empatia” e “compaixão” imperam na sociedade, foi possível constatar que muitas famílias só encontraram estes valores humanos na Instituição de apoio, enquanto outras os encontraram junto de familiares, amigos e vizinhos. Davis (1983) define empatia como a “variedade de reações de uma pessoa às experiências observadas de outra, e tem quatro componentes: perspetiva, preocupação empática, angústia pessoal e fantasia” (Davis, 1983). A reação empática esperada numa situação de insegurança alimentar é a entreatada. Contudo, diversos fatores limitaram esta

reação de voluntariamente beneficiar o outro: muitas das famílias entrevistadas, por vergonha ou por privacidade, não demonstraram aos que estavam à sua volta que precisavam de ajuda; outras encontraram esta “empatia” em pessoas que também não tinham muitas posses para ajudar. “Emília” (57 anos) encontrou esta empatia de uma forma original:

“Eu como fruta todos os dias e muitos legumes também. Tenho uma vizinha que sempre que tem de ir a Coimbra ou a algum sítio me pede para ficar a tomar conta da casa dela umas horas. Depois, como tem uma horta, deixa-me ir lá colher umas cenouras e umas frutas para eu levar para minha casa”

2.2.2. Preferências alimentares e significados da alimentação

Os entrevistados foram questionados relativamente aos significados que a alimentação terá para cada um, sendo expectável observar significados do ponto de vista biológico (nutrir o organismo, promover a saúde e prevenir a doença), significados culturais e sociais (religião, gastronomia típica) e significados individuais (expressão de sentimentos e emoções). Nas respostas fornecidas, o significado da alimentação foi desde ser “algo essencial”, uma “necessidade”, um “conforto”, uma forma de “convívio”, uma forma de reviver “memórias”:

“É uma forma de conviver, para mim uma festa, um dia com a família tem de ser com comida. Mas agora com a Covid é impossível. O meu maior medo é que elas tenham de voltar para casa, porque eu não vou conseguir ter as duas em casa, não tenho condições psicológicas.” (Margarida, 35 anos)

“É essencial para a saúde, para a saúde mental. Eu tento diversificar ao máximo, mas também é uma forma de me sentir em casa. Faço arroz com feijão a toda a hora.” (Larissa, 31 anos)

“Para mim a alimentação é muito importante, não só para tirar a fome, mas para nos deixar equilibrados, felizes. Quando não há comida ficamos com muita ansiedade. Eu quando estou muito ansiosa descontro na comida. Para mim a

alimentação é um meio de conforto e que me dá lembranças, de casa, da família.”
(Nina, 30 anos)

“É o principal. Eu como muito pouco, mas tenho um filho que pesa 130kg. Como não tem trabalho está o dia todo a comer. E como não estamos bem parece que a comida nos dá ali um conforto.” (Bela, 49 anos)

“Como porque gosto. Tento fazer a alimentação que antes fazia, mas agora está difícil. Antes variava, agora é difícil porque é só o que vem daqui, não consigo ter mais nada.” (Mafalda, 52 anos)

“É uma necessidade. Eu por mim passo bem sem comer, os médicos não querem, mas há dias em que não consigo.” (Marisa, 32 anos)

“Faz parte do dia-a-dia. Como porque tenho de comer. Mas os doces fazem bem à alma. E a comida dá-me pedalada para fazer as minhas caminhadas.” (Emília, 57 anos)

Foram colocadas às entrevistadas as questões de “Quais os alimentos/pratos favoritos e porquê?” e “Há quanto tempo não o consome e porquê?”. O expectável seria identificar nas respostas a imensa variedade de determinantes da escolha alimentar apresentados pelos estudiosos do tema.

Segundo os estudiosos, os fatores que afetam as escolhas alimentares podem ser nivelados em três categorias como as características dos alimentos, a diferença individual, características relacionadas com a sociedade (Lang, 2015), "ambientes alimentares" que influenciam a escolha alimentar (ambiente coletivo físico, económico, político e sociocultural) (Chen et al., 2020). Rozin (2006) concluiu que a escolha alimentar é influenciada por fatores sociais e ambientais (modelagem, literacia alimentar, ambiente familiar, rotulagem alimentar, características organolépticas, história alimentar pessoal e familiaridade) e por fatores psicológicos (autoeficácia e motivação) (Hardcastle et al., 2015; Rozin, 2006).

De entre toda a evidência disponível, as respostas foram ao encontro de 2 determinantes específicos: determinante da escolha no presente é a disponibilidade e

acessibilidade dos alimentos e o que mais determina a preferência é a memória (memórias da infância, pratos típicos do país e região):

“Carne de porco à alentejana, hambúrgueres e fast food. Já não como nada disto há mais de 1 ano. A carne de porco á alentejana já não como há mais de 2 anos. A última vez que comi foi num almoço de um curso que estive a tirar. Aproveitei que estava a pagar e comi tanto, tanto que ainda hoje me lembro do sabor. Não dá para comer mais vezes porque agora a prioridade é haver o necessário para elas, não me posso aventurar, nem conseguia. Era uma coisa que antigamente, quando era miúda, comia muito nos almoços de família.” (Margarida, 35 anos)

“Desde que tive o bebé o prato favorito é o que dá para fazer. Mas adoro frango de churrasco! Há muita coisa que eu gostava muito no Brasil, mas que aqui é muito caro, como a carne de vaca. Lá a carne de vaca era muito mais barata, dava para comer muito. Aqui passamos os dias a comer frango, porque é o mais barato. Dá muita saudade de comer uma picanha com feijão e mandioca. Aqui é feijão com frango, é o que fica mais parecido e que agente pode.” (Larissa, 31 anos)

“É sopa, a sopa que a minha mãe fazia. Às vezes sinto falta da comida da mãe, tendo todos os ingredientes uma pessoa tenta que fique parecido, mas falta a mão da mãe.” (Nina, 30 anos)

“Sardinha assada. Este ano não comi. Mas gosto tanto, saída do grelhador com salada e broa. E gosto muito de um cozido à portuguesa. Mas são coisas que ficam muito caras. Às vezes faço um cozido e do que sobra faço sopa, a minha avó ensinou-me a fazer. Na minha casa não se estraga nada.” (Bela, 49 anos)

“Feijoada à transmontana. É uma coisa que neste momento não posso comer, a doença não deixa. Mas como sou de Vila Real era aquele prato que mais nos caracteriza. Há algumas coisas que me trazem boas memórias e outras que trazem péssimas: sardinha, açorda de pão, nem consigo ver à frente. Cordeiro e borrego assado no forno da minha mãe eram as coisas que mais gostava, a minha mãe fazia

um arroz do forno maravilhoso. Mas agora já não faço há muito tempo, não é possível.” (Marisa, 32 anos)

“Bacalhau com natas. Mas não como porque o forno não funciona. Mas o cozido á portuguesa que a minha mãe fazia traz-me muitas memórias. Mas não faço para mim sozinha e como não podia comprar aquelas carnes, também não ia ficar igual.”
(Emília, 57 anos)

“Cozido, feijoada, francesinha, bacalhau com natas...mas não faço há muito tempo. Não faço porque são coisas que ficam muito caras e porque são coisas que fazem mal e já levamos muitas coisas que fazem mal.” (Mafalda, 52 anos)

No que diz respeito ao relato de “Marisa”, é possível identificar como determinante do consumo alimentar a saúde. Antes de ser diagnosticada com cancro da pele e das metástases estarem no estômago, esta mulher adotava estratégias de “coping” que incluíam deixar de comer para dar aos seus filhos. Com a doença teve de mudar os seus hábitos alimentares, tendo excluído muitos alimentos da sua alimentação e recomeçado a fazer mais refeições por dia. Da história de “Marisa” podemos constatar que a saúde/doença, a vontade de continuar a viver para cuidar dos seus, ultrapassa qualquer outro determinante.

Em todas as respostas é visível que os “pratos típicos” são preditores das preferências alimentares, muito porque fazem parte da construção da “memória coletiva” relativa á alimentação, criando memórias individuais do passado que, aquando do consumo de determinados alimentos, pratos, remetem os indivíduos para uma viagem no tempo. Esta memória, segundo Halbwachs (2002), está por detrás das opções de cada indivíduo dentro da sociedade, já que nesta “se desenvolvem memórias coletivas originais, que conservam por algum tempo a recordação de acontecimentos com importância para os seus membros”, estando por detrás da construção do património gastronómico e cultura alimentar de cada sociedade/ comunidade/ grupo (Halbwachs, 2002).

No que diz respeito aos determinantes de consumo alimentar, por muito que todos os determinantes apresentados façam parte da construção do ato de comer, todos eles acabam por ser sucumbidos à disponibilidade/acessibilidade dos alimentos. Se o preço

dos alimentos e o contexto económico da família não permite a sua aquisição, estes não serão consumidos, por muito que sejam apreciados. Randall e Sanjur (1981) propõem que o consumo de alimentos é baseado na preferência alimentar, sob a influência das características dos alimentos (sabor, textura e custo), características individuais (estado nutricional, conhecimento e atitudes em relação à saúde) e características do ambiente (estação do ano, urbanização e tamanho da família) (Sanjur, 1981). De facto, a preferência é moldada por todos estes fatores, contudo o consumo só é modelado por estes fatores se os alimentos estiverem disponíveis.

2.2.3. Literacia Alimentar e Habilidades Culinárias

Begley (2019) constatou que uma pessoa com literacia alimentar pode ser capaz de desenvolver alguma resiliência às mudanças nas circunstâncias pessoais, mas, dadas as razões complexas da insegurança alimentar, a literacia por si só não poderá anular a insegurança alimentar (Begley et al., 2019).

De forma a verificar se a literacia alimentar influencia de forma positiva ou negativa os níveis de insegurança alimentar, foram apresentadas aos entrevistados questões para aferir a sua literacia alimentar e nutricional (“O que é uma alimentação saudável?”, “Sabe interpretar os rótulos dos alimentos/ costuma analisar os rótulos dos alimentos?”, “Costuma variar nos métodos de confeção ou sente que precisava de saber mais informação de como cozinhar os alimentos?”) e de que forma a literacia interfere nas suas práticas alimentares.

Quando questionados sobre o conceito de “alimentação saudável”, as respostas foram:

“Um prato que tenha todos os nutrientes: proteína, hidratos de carbono, o resto vai variando conforme dá.” (Larissa, 31 anos)

“Comer legumes, carne e peixe e variar.” (Cláudia, 44 anos)

“Poucos fritos, mais cozidos e grelhados, para mantermos a elegância. A sopa é indispensável. A fruta é importante, mas só dá para comer quando há, é muito cara.”
(Bela, 49 anos)

“Sem enchidos, pouca gordura, algum leite, fruta, sopa.” (Marisa, 32 anos)

De acordo com a Direção-Geral da Saúde (DGS), uma “alimentação saudável pressupõe que esta deva ser completa, variada, equilibrada, proporcionando a energia adequada e o bem-estar físico ao longo do dia. Alimentos ricos em fibra, como produtos hortícolas, frutos, cereais e leguminosas, vitaminas, sais minerais e com baixo teor de gordura devem ser os “alimentos base” do quotidiano para uma alimentação saudável”(DGS. Direção-Geral da Saúde, 2021). As definições dadas pelos entrevistados vão de encontro às recomendações nutricionais. Quando questionados sobre a leitura e interpretação dos rótulos alimentares, as respostas foram:

“Eu nem sequer olho para isso. A única coisa para onde olho é para o preço.”
(Margarida, 35 anos)

“Não, nunca vejo. Só no pão! Mas não consigo perceber muito bem porque têm nomes que não faço ideia do que querem dizer.” (Larissa, 31 anos)

“Não costumo ver os rótulos. Normalmente só vejo o preço, mas vejo sempre se compensa (há coisas mais baratas, mas que depois traz menos quantidade).”
(Cláudia, 44 anos)

“O preço é o mais importante! As vezes o meu filho olha para aquelas coisas que gosta mais, da maioria das vezes não dá. Mas se nós tivermos em casa feijão e arroz, que é o que mais usamos e se eu vir que dá para lhe dar um miminho, eu às vezes compro. Já no brasil não podíamos esbanjar, as coisas eram muito caras. Mas o meu filho entende: quando não tem, não tem. Isto também facilita muito. Às vezes até é o meu filho que diz: “está caro, não está mãe? Deixa para a próxima”. ” (Nina, 30 anos)

“Vejo. Olho logo para o preço e para a validade. O resto não dá para ligar tanto.”
(Bela, 49 anos)

“Vejo o rotulo e o preço. Não sei interpretar bem os rótulos, já tive aulas disso, mas passou-me.” (Mafalda, 52 anos)

“Vejo, tenho de ter sempre muito cuidado com as validades. Sei interpretar os rótulos, mas não olho muito. Tento sempre variar muito na alimentação, na forma de cozinhar os alimentos.” (Marisa, 32 anos)

“Não consigo ver as letras. Até para ver o preço tenho de pedir a alguém para me dizer os preços.” (Emília, 57 anos)

No que diz respeito aos rótulos alimentares é possível constatar duas realidades: a informação presente nos rótulos é de difícil interpretação e o preço é, mais uma vez, o maior determinante da escolha alimentar. O estudo “Atitudes dos consumidores portugueses face à rotulagem alimentar” foi desenvolvido pelo Instituto Português de Administração e Marketing, com a colaboração de uma investigadora da Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto, entre setembro de 2015 e dezembro de 2016, com o apoio da OMS e da DGS. Deste estudo constatou-se que os portugueses, em geral, revelam ter interesse nas questões nutricionais inerentes à realização de uma alimentação saudável. No entanto, verificou-se que 40% dos consumidores inquiridos não compreendiam efetivamente a informação nutricional básica que lhes permite fazer escolhas alimentares mais saudáveis no momento de compra. Como maior dificuldade, apontaram o próprio formato dos rótulos, uma vez que, o ponto de venda é o principal local onde os consumidores consultam os rótulos alimentares e a falta de informação nutricional na frente da embalagem é considerada uma dificuldade acrescida ao acesso à informação. A esmagadora maioria dos consumidores refere ainda problemas nos rótulos que dificultam a sua consulta no ponto de venda como a letra demasiado pequena, excesso de informação ou informação demasiado técnica e complexa, e a falta de harmonização/standardização entre produtos/marcas. Outra barreira identificada com o estudo tem a ver com os baixos níveis de literacia da população portuguesa, que são um preditor da dificuldade de compreensão da informação nutricional (S. Gomes, M. Nogueira, M. Ferreira, 2017).

Relativamente às habilidades culinárias, as respostas facultadas pelos entrevistados demonstram a necessidade e vontade de saber mais sobre como confeccionar os alimentos:

“Precisava de saber mais sobre culinária, faço praticamente todos os dias o mesmo: carne assada ou massa com carne tudo junto, não vario muito daqui. Não sei cozinhar e como não estou psicologicamente bem, se não fossem elas eu passada o dia inteiro só com pão. Perdi a vontade de tudo, mas as minhas filhas dão-me força e ânimo.”
(Margarida, 35 anos)

“Eu aprendi a cozinhar cá em Portugal. Aqui aprendi só o básico. Houve um mês em que recebi aqui uma caixa de cuscuz e eu não fazia ideia de como cozinhar aquilo, mas procurei na internet. Dava para comer, estava saboroso! A internet é que me ensina a cozinhar.” (Larissa, 31 anos)

“Costumo variar muito. Mas como o meu filho já andou numa nutricionista há muitas coisas que eu acabei por aprender na altura.” (Cláudia, 44 anos)

“Às vezes estamos a consumir coisas que achamos que fazem bem e afinal não fazem, ou estamos a preparar as coisas de forma errada. Eu precisava de mais informações, até porque não sou muito boa cozinheira, o meu marido tem mais jeito.” (Nina, 30 anos)

“Faço sempre ou cozidos ou grelhados. É mais rápido e não há ingredientes para fazer coisas mais elaboradas.” (Mafalda, 52 anos)

Tendo em consideração as respostas às questões relativas à literacia alimentar, podemos chegar ao entendimento defendido por Begley (2019) de que literacia alimentar pode melhorar os aspetos da insegurança alimentar, já que melhores conhecimentos e habilidades podem ajudar a maximizar o rendimento, mas apenas até certo ponto, pois a educação não pode mudar o custo dos alimentos ou resolver outras causas de insegurança alimentar de natureza económica (Begley et al., 2019). Os programas de educação alimentar deverão ter em consideração também uma maior empatia para as questões de

insegurança alimentar, criando estratégias que permitam às famílias em situação de vulnerabilidade tirar o máximo partido nutricional dos alimentos que têm possibilidade para adquirir.

Na Teoria Social Cognitiva de Bandura (1986), esta capacidade de os indivíduos identificarem as práticas de nutrição recomendadas, analisarem a sua capacidade para as realizar e avaliarem a sua capacidade/recursos para modificar os seus hábitos alimentares atuais é descrito como o " mecanismo de autoeficácia"(Bandura, 1986). Bandura (1986) afirma que as pessoas são mais propensas a tentar mudanças no estilo de vida quando (a) entendem como as novas práticas irão beneficiar seu bem-estar, (b) são ensinadas a mudar hábitos existentes e (c) acreditam que são capazes de o fazer. No entanto, a mudança pessoal é facilitada, dificultada ou sabotada por redes e influências sociais predominantes, sendo que a insegurança alimentar é uma “sabotagem” a este mecanismo.

2.2.4. Recurso a Ajuda Alimentar, Padrão Alimentar e Estado Nutricional

O padrão alimentar dos indivíduos em situação de insegurança alimentar é altamente influenciado pelos alimentos aos quais estes conseguem ter acesso. No recurso a ajuda alimentar, os alimentos recebidos (qualidade e quantidade) são sempre imprevisíveis, não sendo possível para as famílias fazer qualquer planeamento das refeições e assegurar que conseguem garantir uma alimentação variada, completa e equilibrada.

No presente estudo, de forma a caracterizar a perspetiva dos beneficiários de ajuda alimentar relativamente aos alimentos que lhes são doados, foi-lhe questionado se consideravam os alimentos suficientes e se conseguiam adquirir mais alimentos além da ajuda:

“A carne e peixe que dão aqui é muito raro. Quando consigo e sobra algum dinheiro no final do mês, compramos. Se não sobrar, tentamos fazer render as latas de salsichas.” (Margarida, 35 anos)

“Não, preciso sempre de comprar mais coisas. Nos dias em que venho buscar alimentos estou só a utilizá-los até acabarem. Tento sempre complementar e comprar as coisas que não vêm na cesta.” (Larissa, 31 anos)

“Os alimentos são suficientes. Às vezes consigo comprar outras coisas, outras vezes não consigo, mas consigo fazer tudo daqui chegar.” (Cláudia, 44 anos)

“É suficiente. O que vem não é tanto para mim. Eu como tudo o que aparecer. Mas assim consigo ter legumes de cá para dar ao meu filho, alguns docinhos, que sem esta ajuda ele não tinha hipótese de comer.” (Nina, 30 anos)

“Dá para remediar. O meu marido vai fazendo uns biscates e tentamos comprar carne e peixe.” (Bela, 49 anos)

“Então não chega? Não me falta nada. Durante o dia costumo almoçar uma sopa no sítio onde tenho a formação e assim consigo que chegue tudo para o mês” (Mafalda, 52 anos)

“Sim. Consigo ainda comprar carne e peixe com aquilo que sobra das contas do mês.” (Marisa, 32 anos)

“É suficiente, gosto de tudo. Têm é de me dar menos bolos que eu assim como-os todos. Costumo só ir comprar água.” (Emília, 57 anos)

Na generalidade das respostas facultadas, é possível observar que os indivíduos consideram a ajuda suficiente, ainda que identifiquem a escassez de alguns grupos alimentares como a carne, pescado, legumes e fruta. Muitos referem que, quando conseguem, tentam adquirir estes alimentos no supermercado. Contudo, os preços dos alimentos mais nutritivos são geralmente superiores aos dos menos equilibrados do ponto de vista nutricional (Lo et al., 2009). Comprar carne poderá ser alcançável, contudo adquirir pescado, legumes e frutas é utópico para muitas famílias. Uma vez que são alimentos mais caros e “menos vantajosos”, assim como mais perecíveis, a associação custo-benefício torna-se mais difícil de pautar para uma família que vive em insegurança alimentar. O custo é elevado e o benefício, esse não é mensurável no imediato, pois é um benefício para a saúde e, neste momento, há saúde, mas falta comida na mesa. O benefício mensurável vai para os alimentos que, em pouca quantidade e com preço inferior, tiram a fome mais rápido, têm mais sabor e dão mais energia (Buanango et al., 2020).

A manifestação do que é doado em maiores quantidades e menores quantidades é visível no padrão alimentar das famílias nos resultados obtidos pelos métodos quantitativos. Ainda que haja consumo de sopa diariamente pelos entrevistados, não existe informação quantificável sobre os ingredientes que utilizam na sopa e sobre a quantidade de hortícolas que utilizam na sua confeção, pelo que não é possível garantir que o consumo de hortícolas é adequado:

“Colo as batatas, às vezes 3 ou 4 cenouras, uma lata de feijão e meto um saquinho dos legumes que dão aqui (200g). No outro dia apanhei aqui uma coisa tão boa que já não comia há anos: brócolos. Meti logo na sopinha” (Bela, 49 anos)

De facto, se numa sopa para uma semana, dividida por 4 elementos do agregado familiar, colocarmos um “saco” de 200g de legumes e “3 ou 4” cenouras, estaremos muito abaixo das recomendações diárias para o consumo de hortícolas.

Integrando os resultados obtidos no Questionário recordatório das 24 horas precedentes e respetiva comparação com as porções recomendadas na “Roda da Alimentação Mediterrânica”, é possível constatar que quer o consumo de hortícolas (média de 1,5 porções diárias), quer o consumo de fruta (média de 0,88 porções diárias), de laticínios (média de 1,13 porções diárias) e de leguminosas (0,63 porções diárias) estão muito aquém das recomendações.

O consumo de fruta é limitado, uma vez que é raro haver fruta disponível para doação nas Instituições e que é um produto alimentar de preço mais elevado. Aqui encontramos uma das desvantagens do meio urbano, no qual os mecanismos de “coping” de produção agrícola não são tão facilitados como no meio rural (e o mesmo se aplica para os hortícolas).

Relativamente ao consumo de laticínios, verificou-se que as mulheres, ao longo da entrevista referiam “deixar os iogurtes para as crianças”. Sendo um grupo de alimentos que é doado em menores quantidades pelas instituições, verifica-se o recurso a uma estratégia de “coping” em que as mães deixam para os filhos os alimentos mais nutritivos (Maxwell et al., 2008).

De entre as 8 mulheres entrevistadas, verificou-se no presente estudo que 5 têm Excesso de Peso (3 com Pré-Obesidade e 2 com Obesidade). Este dado vem também de encontro

à hipótese apresentada e pesquisa bibliográfica, apesar de ser difícil retirar conclusões com a pequena amostra estudada. Segundo Huizar (2021) a associação cumulativa de fatores psicossociais, comportamentais e sociais (pobreza, baixo nível de escolaridade, dificuldade de acesso a cuidados de saúde) que contribuem para o desenvolvimento da insegurança alimentar, podem propiciar ainda mais mudanças tanto no ambiente alimentar quanto nos comportamentos alimentares pessoais que contribuem para o desenvolvimento e a progressão da desnutrição e da obesidade (Huizar et al., 2021). Nos dados recolhidos através do Questionário recordatório das 24 horas precedentes e no QFCA é perceptível um elevado consumo de alimentos açucarados (bolos, pastéis), alimentos fritos (pastéis, salgados) e carne e um baixo consumo de hortícolas, frutas, laticínios e pescado. Nas narrativas das entrevistas, são identificados comportamentos “obesogénicos”, tanto devido à disponibilidade e acessibilidade de alimentos, como devido a questões psicológicas inerentes à situação económica:

“Á noite como sempre os docinhos que mandam daqui. Quando chego a casa congelo tudo, depois todos os dias de manhã tiro um saquinho de doces do congelador. Á noite como estou por casa, como tudo.” (Emília, 57 anos)

“Eu quando estou muito ansiosa desconto na comida.” (Nina, 30 anos)

“É o principal. Eu como muito pouco, mas tenho um filho que pesa 130kg. Como não tem trabalho está o dia todo a comer. E como não estamos bem parece que a comida nos dá ali um conforto.” (Bela, 49 anos)

“Como estou em casa sem trabalho, às vezes passo o dia a comer pão com manteiga.” (Margarida, 35 anos)

As afirmações vão de encontro ao que Hadley (2012) defende: o stress, estigma, depressão ou transtornos de humor podem corroer o bem-estar e promover alimentação excessiva ou desordenada ou o consumo de "alimentos de conforto" (alimentos de conveniência, bolos, pastéis, salgados, alimentos muito processados), que parecem reduzir a ansiedade (Hadley and Crooks, 2012). A insegurança alimentar é, pelo próprio

sentimento de insegurança, um precursor de problemas de saúde mental como a ansiedade e a depressão. A componente de conforto de muitos alimentos com elevada densidade energética, ricos em açúcares e gorduras, associada ao facto de estes serem os que estão mais disponíveis e acessíveis (uma vez que são os que estão mais disponíveis na ajuda alimentar semanal), potencia o seu consumo excessivo e conseqüentemente a desnutrição associada ao excesso de peso.

Analisando as narrativas das entrevistas à luz da “Perspetiva de Curso de Vida” de Carol M. Devine (2005), é visível que a história de vida dos indivíduos permite compreender a construção das preferências e escolhas alimentares e de que forma as mudanças no ambiente alimentar influenciam essas escolhas, dependentes da estrutura temporal, da estrutura social e da estrutura histórica (Devine, 2005). Os hábitos alimentares são influenciados pelo momento da vida (idade, ter filhos dependentes, ter algum problema de saúde no momento), pelos locais ou contextos (raça, etnia, nacionalidade, classe social) e pelo contexto das tendências de políticas sociais, económicas, alimentares e de saúde (equidade e igualdade no acesso a recursos).

Segundo Devine (2005), o desenvolvimento de escolhas alimentares individuais assume a forma de trajetória estável ao longo do curso de vida de uma pessoa (trajetórias de escolha alimentar), compostas por uma série de estados vinculados que seguem o desenvolvimento pessoal, o trabalho e as carreiras familiares. Uma transição ocorre quando uma pessoa muda de um estado para outro (mudança de habitação, ter filhos, sair de casa dos pais, ser saudável e ficar doente, estar a trabalhar e ficar desempregado). Quando existe algum tipo de transição, as pessoas fazem ajustes às suas trajetórias de escolhas alimentares, de forma a adaptarem-se (alimentos mais convenientes, alimentos mais saudáveis, novos horários de refeições, alimentos mais baratos, menores quantidades de alimentos). Quando ocorrem mudanças drásticas na alimentação, estas são denominadas de pontos de inflexão nas trajetórias comportamentais, que muitas vezes envolvem mudanças nas identidades das quais as pessoas não retrocedem (Devine, 2005). A Pandemia de Covid-19 foi uma “transição” na trajetória destas famílias, levando à alteração de hábitos para que a adaptação ao novo contexto fosse possível. Contudo, para que esta Pandemia não se torne num “ponto de inflexão” do qual as famílias não tenham capacidade futura para retroceder, são necessárias medidas além da ajuda alimentar.

2.3. Observação Participante

Às 20 horas e 55 minutos de Sábado, os voluntários entram no supermercado Pingo Doce, localizado no concelho da Figueira da Foz. Prontamente, algum funcionário os chama para entrar: “*Os vossos carrinhos já estão prontos!*”. Nos carrinhos estão normalmente muitos bolos individuais (pão de Deus, pastéis de nata, queijadas, croissants, donuts, palmiers, bolas de Berlim, guardanapos, bolos de arroz), alguns bolos familiares, muitos salgados (pães com chouriço, merendas mistas, rissóis e croquetes, empadas, pão de queijo). De quando a quando, aparece uma quantidade generosa de iogurtes (iogurtes líquidos, iogurtes sólidos, “danoninhos”), ovos, queijos (queijo fresco e requeijão), algumas sobremesas (arroz doce, leite creme, serradura), algumas refeições prontas (sopas, saladas, pataniscas com arroz de feijão, arroz de pato, leitão, moelas) e algumas sandes (sandés de panado, sandés de frango, sandés de leitão, sandés de salmão fumado, sandés de presunto), algumas misturas de legumes (cogumelos frescos, saladas e legumes em cru embalados) mas é “dia de sorte” quando estes alimentos estão nos carrinhos.

Depois de separar tudo por sacos, é altura de recolher o pão. O pão enche habitualmente muitos sacos e há pão para todos os gostos: pão integral, regueifa, pão brasileiro, baguete, pão de sementes, pão branco, pão de mistura, pão da avó, pão de beterraba, broa de milho.

Após a recolha, é hora de ir à sede da Instituição entregar todos os alimentos. Quando os voluntários chegam, já muitos dos beneficiários estão a aguardar pela sua vez de levantar a sua ajuda alimentar semanal, sendo a “hora marcada” às 21 horas e 30 minutos. Na sede vão sendo recebidas as ajudas de todos os hipermercados e esta é, posteriormente, dividida por sacos pelos voluntários. Ao Sábado são 11 os sacos habituais (4 familiares, 5 individuais e 2 para pessoas em situação de sem abrigo). Por cada saco é feita a divisão dos alimentos, da forma mais justa e equitativa possível. Começa-se por distribuir os iogurtes: nos sacos das pessoas em situação de sem abrigo colocam-se iogurtes líquidos; nos sacos das famílias tentam-se escolher iogurtes que sejam preferidos pelas crianças e colocar maior quantidade deste alimento. Depois distribuem-se as refeições prontas e sandés, procurando que todas as pessoas em situação de sem abrigo tenham pelo menos 1 sandes e que todas as restantes tenham alguma refeição pronta (o que nem sempre é

possível). Existe uma família que, por motivos culturais e religiosos, não consome carne, pelo que é dada especial atenção para não colocar no saco qualquer alimento/refeição que tenha carne. Aqui é visível um dos grandes princípios da segurança alimentar, o respeito pela aceitabilidade dos alimentos no contexto cultural e social de cada indivíduo (Maxwell et al., 2008). Sendo que os critérios morais, o estilo de vida e organização do quotidiano, os sistemas familiares, os tabus religiosos, influenciam e são influenciados pelos hábitos alimentares (Carneiro, 2005), para que um indivíduo se sinta “seguro”, estes critérios devem ser respeitados, tal como acontece no CASA.

Depois distribuem-se os queijos, os produtos de charcutaria, as sobremesas, as verduras embaladas, de forma equilibrada (tentando que chegue para todos). Os bolos e salgados são os últimos a ser distribuídos pelos sacos, uma vez que existem em maior quantidade. Tenta variar-se o máximo possível entre as opções disponíveis.

Começa então a distribuição dos bens alimentares pelas famílias: os representantes da família entram na sede, 1 de cada vez, por ordem de chegada. São entregues os sacos preparados e o representante escolhe o pão que prefere levar:

“Vou levar estas baquetes para fazer as sandes para o meu filho levar para a escola”

“Vou levar estas carcaças para fazer uma açorda.”

“Vou levar estes pães com sementes que são os meus favoritos.”

De seguida são distribuídas frutas (quando estão disponíveis), batatas (quando há), alguns legumes avulsos (quando há), ovos e leite (quando há), um saco de carne ou pescado congelado (quando há) e sumos (há sempre). No que diz respeito à fruta e legumes, tenta escolher-se o que está em melhores condições, contudo, a grande maioria dos utentes “aproveita tudo”:

“Os morangos estão muito pisados, mas não faz mal, eu faço uns batidos!”

“As bananas estão muitas pisadas, mas não faz mal, eu faço umas papas de fruta com bolacha maria”

“Ai, eu levo os legumes todos que me puder dar. Meto tudo na panela e faço uma sopa”

A grande maioria das pessoas leva todos os alimentos, tendo frigorífico e congelador, tendo casa, a probabilidade de algo se estragar é diminuta. Algumas pessoas retiram alguns alimentos dos sacos, nomeadamente as pessoas em situação de sem abrigo:

“É demasiado só para mim, prefiro deixar aqui para alguém, a que se estrague”

As pessoas agradecem aos voluntários: *“Deus vos abençoe”*. E, num tempo de pandemia em que os sorrisos estão tapados com máscaras, os olhos brilham quando veem no saco um ou outro dos seus alimentos preferidos: *“Ah, gosto tanto de uvas! Já não como há tanto tempo”*. Nos dias em que a ajuda é escassa, os próprios voluntários se colocam na perspetiva do outro:

“Não há iogurtes nenhuns para as crianças. Como é que vão fazer esta semana?”,
“Hoje não há legumes nenhuns para fazerem sopinha, porque é que as pessoas hoje compraram tudo o que havia no supermercado?!”.

No CASA procura-se, dentro de todas as limitações, dar o máximo de conforto e segurança aos beneficiários do apoio alimentar. Segundo Mawell (2008), a segurança alimentar deve ter como princípio “o acesso a diferentes tipos de alimentos para garantir que os membros da família atendam às necessidades básicas de nutrientes”, o que o CASA tenta assegurar colocando em todos os sacos “um pouco de tudo”.

Depois de todos os sacos estarem distribuídos, por volta das 23 horas, é hora de fechar as portas. Algumas pessoas faltam, ou porque não tinham transporte ou por algum imprevisto, ficando sem a sua ajuda semanal. Outras chegam atrasadas, quando as portas já estão fechadas, ficando também sem a sua ajuda semanal. As pessoas que chegam mais tarde ficam sem ajuda por um simples motivo: à medida que se verifica que não aparecem, os seus sacos são divididos pelos restantes, de forma que nada se estrague. Por vezes os últimos a chegar, quando alguém falta ou chega demasiado atrasado, acabam por ter a sorte de levar mais alimentos.

Depois de entregar todos os alimentos, é hora de os voluntários arrumarem a “CASA” e regressarem aos seus lares, com a consciência que naquele dia ajudaram algumas famílias a sentirem-se mais “seguras”.

Nos voluntários é identificado o sentimento de empatia (capacidade de se colocarem no lugar daqueles de recebem a ajuda) e de compaixão (vontade de mudar o mundo destas pessoas). Este comportamento voluntário que visa beneficiar os outros (Cañas-Lerma et al., 2021), de compreender, bem como de compartilhar as emoções e sentimentos de outras pessoas cresce à medida que os voluntários vão conhecendo um pouco mais da história de vida de cada família. Contudo a capacidade de comunicar essa compreensão (Wang et al., 2019), é o maior desafio das dimensões da empatia colocado aos voluntários.

A partir da observação realizada durante o trabalho de voluntariado no CASA e dos diálogos com as assistentes sociais das duas instituições, verificou-se uma abordagem baseada nos valores de justiça social e crença na dignidade e valor dos beneficiários. Para “desafiar a injustiça”, como nos apresentou Miller (2020), a AVA tem programas de apoio à parentalidade, tendo em vista a aquisição de competências pessoais, profissionais e sociais que permitam a respetiva inserção familiar, social e profissional (Miller et al., 2020). No que diz respeito à “defesa da dignidade e do valor individual”, no CASA, dentro das possibilidades, é dada a possibilidade da liberdade de escolha de muitos alimentos, podendo os beneficiários ir de encontro às suas preferências e tomadas de decisão“ (Miller et al., 2020).

3. Conclusão

No âmbito da Antropologia Médica, o presente estudo teve como objetivo compreender de que forma as narrativas de vida são cruciais para conhecer os diferentes comportamentos face à insegurança alimentar, assim como significados da alimentação e determinantes do consumo e preferência alimentar que, mediante o recurso a ajuda alimentar, afetam o padrão alimentar e estado nutricional.

A Pandemia de Covid-19 caracterizou o ano de 2020 como o pior ano que a humanidade teve, a todos os níveis, desde a Segunda Guerra Mundial. Crise económica, crise de saúde pública, crise de saúde mental e insegurança alimentar foram transversais à escala global e repercutiram-se em mortes, em medo, em angústia, em ansiedade e em risco nutricional (Ali et al., 2020b). A necessidade de humanizar tornou-se imperativa, a empatia e compaixão assumiram um papel preponderante no combate aos efeitos

secundários da pandemia. Num clima de risco constante, em que muitas famílias viram os seus rendimentos serem diminuídos ou desaparecidos, os bens essenciais começaram a ser escassos em muitas casas. A procura por ajuda alimentar aumentou, mas aumentou também a capacidade do ser humano em ser pelo outro e dar ao outro (Galea, 2020). Em ambas as instituições, o número de famílias a procurarem o apoio aumentou consideravelmente durante a pandemia de Covid-19, sendo que muitas destas famílias viviam numa situação estável previamente aos danos económicos e sociais trazidos pelo vírus. Contudo, no CASA, também a ajuda fornecida à Instituição e o número de voluntários aumentaram, o que demonstra que a sociedade ainda sente empatia e compaixão pelo outro, não se sucumbindo na totalidade a uma sociedade McDonaldizada e autocentrada. Contudo, muitos relatos dos beneficiários de apoio alimentar demonstraram a ausência deste sentimento de empatia por parte de família, amigos e vizinhos, “está cada um na sua vida”, indo de encontro a este fenómeno que coloca em causa a sustentabilidade social (Fischler, 1998; Galland et al., 1996).

A alimentação é um bem essencial, algo que os pais garantem aos seus filhos desde o primeiro dia de gestação, é partilha, é convívio, é um meio de manifestar amor e de criar laços. Quando a insegurança alimentar invade uma família, os sentimentos e emoções que são despoletados vão além da simples dimensão da alimentação como ato de nutrir o organismo, chegam à impotência, à angústia, à ansiedade. Torna-se por isso necessário conhecer as histórias daqueles que tiveram de recorrer a ajuda alimentar devido à pandemia de Covid-19, de forma a entender os sentimentos e emoções que acompanharam esta necessidade, as causas que determinaram esta necessidade e as consequências sociais e na saúde de recorrer a esta ajuda. Ainda que a ajuda alimentar ajude a retirar estas famílias da desnutrição, é necessário entender se é suficiente para as retirar da insegurança alimentar e quais os efeitos que a própria insegurança alimentar tem no estado nutricional das famílias e no seu padrão alimentar (Adams et al., 2020; Tester et al., 2020). Assim, a metodologia mista permitiu conhecer não somente os dados, como conhecer as histórias e dar voz às trajetórias de vida que caracterizam a alimentação dos entrevistados no presente. As entrevistas permitiram entender as estratégias adotadas pelos representadas da família, para garantir o essencial aos seus e de que forma o próprio padrão alimentar adaptado à insegurança poderá ter consequências adversas para a saúde.

O recurso à metodologia mista permitiu ver o que está muitas vezes “escondido” nas entrelinhas dos dados estatísticos: o porquê.

No presente estudo verificou-se uma associação entre insegurança alimentar e alteração do padrão alimentar para comportamentos que não vão de encontro a uma alimentação saudável (elevado consumo de alimentos açucarados e alimentos fritos; baixo consumo de hortícolas, frutas, leguminosas e pescado), verificou-se uma associação entre insegurança alimentar e problemas de saúde mental (ansiedade, depressão), verificou-se uma associação entre a insegurança alimentar e o excesso de peso (5 dos 8 entrevistados têm excesso de peso) e verificou-se o recurso a diversas estratégias de “coping” em que mães se colocam em insegurança extrema para garantir que esta não é sentida pelos seus filhos. Foram identificados sentimentos como angústia, revolta, medo, mas quando falamos da ajuda alimentar que recebem, estes sentimentos transformam-se para alento, esperança, conforto. Relativamente aos determinantes do consumo alimentar é perceptível a necessidade de os dividir em determinantes da preferência alimentar e determinantes do consumo alimentar, uma vez que o que é consumido, em situação de insegurança alimentar, na maioria dos casos não corresponde ao que é preferido. Contudo, tendo em consideração a reduzida amostra do presente estudo, não é possível retirar conclusões generalizáveis à população.

Conhecer a forma como as instituições de apoio à comunidade se organizam e organizam a ajuda dada a estas famílias, é de extrema importância de forma a conseguir criar estratégias para que esta ajuda forneça não somente alimentos como também permita colmatar outras dimensões da segurança alimentar. Como nos refere Maxwell (2008), na determinação da insegurança alimentar devem ser considerados vários fatores na perspetiva do acesso: “(1) acesso a quantidades suficientes de alimentos para garantir que as pessoas tenham alimentos suficientes para dar resposta às necessidades básicas de energia; (2) acesso a diferentes tipos de alimentos para garantir que os membros da família conseguem suprimir as necessidades básicas de nutrientes; (3) dimensões psicológicas relacionadas a sentimentos de privação, escolha restrita ou ansiedade relacionada à quantidade ou qualidade dos alimentos disponíveis; e (4) a aceitabilidade social ou cultural dos padrões de consumo” (Maxwell et al., 2008). Contudo, as instituições, em todo o momento, demonstraram esta preocupação e consciencialização, de que a alimentação é muito mais do que alimentos, procurando, com o pouco que têm,

fazer o máximo possível e dar alento e tranquilidade às famílias que apoiam. Para as mulheres entrevistadas, a alimentação é, na maioria dos casos, mais do que um ato biológico de nutrir o organismo, sendo uma ligação ao passado (memórias alimentares), um conforto, uma forma de convívio, uma demonstração da cultura e tradição e uma forma de partilha de sentimentos e emoções.

Além das instituições, no que refere à segurança alimentar, é necessário garantir que haja um plano nacional para respeitar, proteger e cumprir o direito à alimentação, e uma abordagem abrangente para garantir a participação de muitas partes interessadas (especialmente aqueles que são mais afetados por insegurança alimentar), no desenvolvimento de soluções, bem como na reparação quando o direito à alimentação é violado (Gallegos et al., 2019). Assim, a importância da presente investigação é criar a necessidade de desenvolver mais estudos que englobem narrativas de vida, de forma a conhecer as adversidades concretas dependentes do contexto social, cultural, histórico, económico, político e individual daqueles que vivem em insegurança alimentar e criar soluções que permitam melhorar o padrão alimentar e estado nutricional destes indivíduos. É importante dar ênfase ao aspeto de que, se somente os dados quantitativos tivessem sido analisados, a perceção da realidade seria absolutamente discrepante da realidade em si.

Compreender o modo como o mundo social influencia o mundo biológico e como este se torna parte desse mesmo mundo social, é crucial para compreender as desigualdades em saúde e definir estratégias de como as minimizar (Leon et al., 2001). Torna-se necessário que os profissionais das Ciências da Nutrição e os profissionais de saúde no geral, desenvolvam competências que lhes facultem esta compreensão e o bom senso necessário para criar soluções além do conhecimento e abordagem técnica. O desenvolvimento de capacidades/competências como a empatia, tanto na sociedade em geral como nos profissionais que atuam em proximidade com famílias em situação de vulnerabilidade, é preponderante para uma abordagem mais eficaz e eficiente.

O recurso às áreas da Antropologia Biológica e da Antropologia Social, Sociologia, Psicologia, Ciências da Nutrição numa análise única, assim como o recurso a diferentes metodologias (quantitativa e qualitativa), permite compreender que a riqueza está na reunião e não na separação, que a multidisciplinaridade, as ciências comportamentais e as ciências exatas, as ciências biológicas e as ciências sociais, devem ser observadas de

forma holística como complementares e simbióticas, abrangendo o ser humano e a humanidade em todas as suas dimensões.

4. Referências Bibliográficas

- Abarca, M. E. (2007). Charlas culinarias: Mexican women speak from their public kitchens. *Food and Foodways*, 15(3–4), 183–212. doi: 10.1080/07409710701620094
- Adams, E. L., Caccavale, L. J., Smith, D., & Bean, M. K. (2020). Food Insecurity, the Home Food Environment, and Parent Feeding Practices in the Era of COVID-19. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, 28(11), 2056–2063. doi: 10.1002/oby.22996
- Ali, I., & Alharbi, O. M. L. (2020a). COVID-19: Disease, management, treatment, and social impact. *The Science of the Total Environment*, 728(10223), 138861. doi: 10.1016/j.scitotenv.2020.138861
- Ali, I., & Alharbi, O. M. L. (2020b). COVID-19: Disease, management, treatment, and social impact. *Science of the Total Environment*, 728(10223), 138861. doi: 10.1016/j.scitotenv.2020.138861
- Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action : a social cognitive theory / Albert Bandura. In New Jersey: Prentice-Hall, 1986 (Vol. 16, Issue 1).
- Begley, A., Paynter, E., Butcher, L. M., & Dhaliwal, S. S. (2019). Examining the association between food literacy and food insecurity. *Nutrients*, 11(2), 445. doi: 10.3390/nu11020445
- Béhar, M. (1976). European diets vs traditional foods. *Food Policy*, 1(5), 432–435. doi: 10.1016/0306-9192(76)90088-9
- Bogdan, R., & S.Biklen. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação: Uma Introdução à Teoria e aos Métodos*. Porto Editora.
- Buanango, M. A., Galesi-Pacheco, L. F., Ramirez, Y. P. G., Costa, C. A. da, Santos, J. S., Loura, A. P. de, & Vieira, C. M. (2020). Segurança Alimentar e Nutricional em

- tempos de Covid-19: Impactos na África, América Latina e Portugal. *Simbio-Logias Revista Eletrônica de Educação Filosofia e Nutrição*, 12(16), 100–117. doi: 10.32905/19833253.2020.12.16p100
- Cañas-Lerma, A. J., Cuartero-Castañer, M. E., Mascialino, G., & Hidalgo-Andrade, P. (2021). Empathy and COVID-19: Study in Professionals and Students of the Social Health Field in Ecuador. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(338). doi: 10.3390/ijerph18010338
- Carneiro, H. S. (2005). Comida e Sociedade: Significados sociais na História da Alimentação. *História: Questões & Debates*, 42(1). doi: 10.5380/his.v42i0.4640
- Castro, I. A., Majmundar, A., Williams, C. B., & Baquero, B. (2018). Customer Purchase Intentions and Choice in Food Retail Environments: A Scoping Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(2493). doi: 10.3390/ijerph15112493
- Chen, P.-J., & Antonelli, M. (2020). Conceptual Models of Food Choice: Influential Factors Related to Foods, Individual Differences, and Society. *Foods*, 9(12), 1898. doi: 10.3390/foods9121898
- COMITÉ DE DATAÇÃO DOS CICLOS ECONÓMICOS PORTUGUESES. (2020). *O estado da economia portuguesa durante a pandemia da Covid-19*. Retrieved from https://www.ffms.pt/assets-recessoes/reports/Entao_e_2020.pdf
- Covas, A., Carvalho, A. F., Brites, C. M., Oliveira, C., Moreno, I., Guerreiro, J., Bernardes, J. P., Queiroz, J., Oliveira, L. F., Costa, M., Covas, M. das M., Ferreira, M. E., Valagão, M. M., Mateus, M. P., & Graça, P. (2015). Dimensões da Dieta Mediterrânica - património cultural imaterial da humanidade. In *Dieta Mediterrânica*. Faro: Universidade do Algarve. Retrieved from <https://sapientia.ualg.pt/handle/10400.1/6728>
- Davies, S. (1996). Adaptable livelihoods: Coping with food insecurity in the Malian Sahel. *Science, Technology and Development*, 14(1), 144–150. doi: 10.2307/524697

- Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, *10*(1), 85–104. doi: 10.1037/0022-3514.44.1.113
- Delind, L. B. (2006). Of Bodies, Place, and Culture: Re-Situating Local Food. *Journal of Agricultural and Environmental Ethics*, *19*(2), 121–146. doi: 10.1007/s10806-005-1803-z
- Devine, C. M. (2005). A Life Course Perspective: Understanding Food Choices in Time, Social Location, and History. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, *37*(3), 121–128. doi: 10.1016/s1499-4046(06)60266-2
- DGS. Direção-Geral da Saúde. (2021). *Alimentação Saudável*. Retrieved from <https://www.sns24.gov.pt/guia/alimentacao-saudavel/>
- Dubey, S., Biswas, P., Ghosh, R., Chatterjee, S., Dubey, M. J., Chatterjee, S., Lahiri, D., & Lavie, C. J. (2020). Psychosocial impact of COVID-19. *Diabetes & Metabolic Syndrome*, *14*(5), 779–788. doi: 10.1016/j.dsx.2020.05.035
- Feagan, R. (2007). The place of food: Mapping out the “local” in local food systems. *Progress in Human Geography*, *31*(1), 23–42. doi: 10.1177/0309132507073527
- Fischler, C. (1998). A “McDonaldização dos costumes.” In *História da Alimentação* (Issue 47). São Paulo: Estação Liberdade.
- Fox, R. (2003). Food and eating: an anthropological perspective. *Social Issues Research Center*.
- Galea, S. (2020). Compassion in a time of COVID-19. *Lancet (London, England)*, *395*(10241), 1897–1898. doi: 10.1016/S0140-6736(20)31202-2
- Galland, O., & Ritzer, G. (1996). The McDonaldization of Society. *Revue Française de Sociologie*, *37*(3), 480–481. doi: 10.2307/3322476
- Gallegos, D., & Chilton, M. M. (2019). Re-Evaluating Expertise: Principles for Food and Nutrition Security Research, Advocacy and Solutions in High-Income Countries.

International Journal of Environmental Research and Public Health, 16(4), 561.
doi: 10.3390/ijerph16040561

Godinho, P. (2014). Patrimonialización del pasado: actualizando las memorias. Paula Godinho (2012) “Usos da Memória e Práticas do Património.” *Edições Colibri / Instituto de Estudos de Literatura Tradicional*, 4(1), 163–167. doi: 10.5209/GEOP.44305

Hadley, C., & Crooks, D. L. (2012). Coping and the biosocial consequences of food insecurity in the 21st century. *Yearbook of Physical Anthropology*, 149(55), 72–94. doi: 10.1002/ajpa.22161

Halbwachs, M. (2002). Fragmentos de la memoria colectiva. Maurice Halbwachs. *Athenea Digital*, 1(2), 103–113.

Hardcastle, S. J., Thøgersen-Ntoumani, C., & Chatzisarantis, N. L. D. (2015). Food choice and nutrition: A social psychological perspective. *Nutrients*, 7(10). doi: 10.3390/nu7105424

Hashmi, S., Safdar, N. F., Zaheer, S., & Shafique, K. (2021). Association between dietary diversity and food insecurity in urban households: A cross-sectional survey of various ethnic populations of Karachi, Pakistan. *Risk Management and Healthcare Policy*, 14, 3025–3035. doi: 10.2147/RMHP.S284513

Huizar, M. I., Arena, R., & Laddu, D. R. (2021). The global food syndemic: The impact of food insecurity, Malnutrition and obesity on the healthspan amid the COVID-19 pandemic. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 64(2021), 105–107. doi: 10.1016/j.pcad.2020.07.002

Instituto do Consumidor; Faculdade de Ciência da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto. (2003). *A Nova Roda dos Alimentos, um guia para uma escolha alimentar diária*. Retrieved from <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/roda-dos-alimentos/>

- Kashefi, M. (1997). Book Review: *The McDonaldization of Society*, by George Ritzer. Revised edition. Thousand Oaks, CA: Pine Forge Press, 1996. *Critical Sociology*, 23(1), 132–136. doi: 10.1177/089692059702300108
- Kelley, M., Ferrand, R. A., Muraya, K., Chigudu, S., Molyneux, S., Pai, M., & Barasa, E. (2020). An appeal for practical social justice in the COVID-19 global response in low-income and middle-income countries. *The Lancet Global Health*, 8(7), 888–889. doi: 10.1016/S2214-109X(20)30249-7
- Kinsey, E. W., Kinsey, D., & Rundle, A. G. (2020). COVID-19 and Food Insecurity: an Uneven Patchwork of Responses. *Journal of Urban Health : Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 97(3), 332–335. doi: 10.1007/s11524-020-00455-5
- Kuwae, C. A., Silva, L. F., Carvalho, M. C. da V. S., Romão, F. F., Vieira, C. M. L. P., & Prado, S. D. (2016). A reflexividade no saber leigo sobre as práticas alimentares. In *Estudos socioculturais em alimentação e saúde: saberes em rede*, vol. 5 (Vol. 5, pp. 33–57). Rio de Janeiro: PRADO, SD., et al. orgs. doi: 10.7476/9788575114568.0003
- Lang, G. R. and T. (2015). Ecological Public Health Leaders, Movements and Ideas to Shift the Boundaries Between the Normal and the Desirable. In *Health of People, Places and Planet: Reflections Based on Tony McMichael's Four Decades of Contribution to Epidemiological Understanding* (Issue 38, pp. 617–642). ANU Press.
- LB, S., MEPE, G., & GB, N. (2018). Anthropology of Food: An Essay on Food Transition and Transformations in Brazil. *Journal of Food, Nutrition and Population Health*, 02(01), 9. doi: 10.21767/2577-0586.10039
- Leddy, A. M., Weiser, S. D., Palar, K., & Seligman, H. (2020). A conceptual model for understanding the rapid COVID-19-related increase in food insecurity and its impact on health and healthcare. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 112(5), 1162–1169. doi: 10.1093/ajcn/nqaa226

- Leiss, W., Beck, U., Ritter, M., Lash, S., & Wynne, B. (1995). Risk Society, Towards a New Modernity. *Canadian Journal of Sociology*, 19(4), 544. doi: 10.2307/2579937
- Leng, G., Adan, R. A. H., Belot, M., Brunstrom, J. M., de Graaf, K., Dickson, S. L., Hare, T., Maier, S., Menzies, J., Preissl, H., Reisch, L. A., Rogers, P. J., & Smeets, P. A. M. (2017). The determinants of food choice. *Proceedings of the Nutrition Society*, 76(3), 1–12. doi: 10.1017/S002966511600286X
- Leon, D., & Walt, G. (2001). International perspectives on health inequalities and policy. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 322(7286), 591–594. doi: 10.1136/bmj.322.7286.591
- Lo, Y. T., Chang, Y. H., Lee, M. S., & Wahlqvist, M. L. (2009). Health and nutrition economics: Diet costs are associated with diet quality. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, 18(4), 598–604. doi: 10.6133/apjcn.2009.18.4.21
- Lotzin, A., Acquarini, E., Ajdukovic, D., Ardino, V., Böttche, M., Bondjers, K., Bragesjö, M., Dragan, M., Grajewski, P., Figueiredo-Braga, M., Gelezelyte, O., Javakhishvili, J. D., Kazlauskas, E., Knefel, M., Lueger-Schuster, B., Makhashvili, N., Mooren, T., Sales, L., Stevanovic, A., & Schäfer, I. (2020). Stressors, coping and symptoms of adjustment disorder in the course of the COVID-19 pandemic—study protocol of the European Society for Traumatic Stress Studies (ESTSS) pan-European study. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1780832. doi: 10.1080/20008198.2020.1780832
- Lüdke, M., & André, M. E. D. A. (1986). Abordagens qualitativas de pesquisa: a pesquisa etnográfica e o estudo de caso. In *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas* (pp. 11–23). São Paulo: EPU.
- Mak, A. H. N., Lumbers, M., & Eves, A. (2012). Globalisation and food consumption in tourism. *Annals of Tourism Research*, 39(1), 171–196. doi: 10.1016/j.annals.2011.05.010
- Manzini, E. J. (2003). Considerações Sobre a Elaboração de Roteiro para Entrevista Semi-Estruturada. In *Colóquios sobre pesquisa em educação especial*. Retrieved from

https://www.marilia.unesp.br/Home/Instituicao/Docentes/EduardoManzini/Consideracoes_sobre_a_elaboracao_do_roteiro.pdf

Marconi, M. de A., & Lakatos, E. M. (2002). *Técnicas de pesquisa*. In Atlas (5^a edição). São Paulo: Editora Atlas S.A.

Marfell-jones, M., Olds, T., Stewart, A., & Carter, L. (2006). International standards for anthropometric assessment. International Society for the Advancement of Kinanthropometry. *International Society for the Advancement of Kinanthropometry*.

Maxwell, D., & Caldwell, R. (2008). The Coping Strategies Index Field Methods Manual Second Edition. In Cooperative for Assistance and Relief Everywhere, Inc. USAID, Cooperative for Assistance and Relief Everywhere (CARE), Technical Assistance to NGOs (TANGO) International, World Food Programme (WFP), Feinstein International Center, Tufts University. Retrieved from https://documents.wfp.org/stellent/groups/public/documents/manual_guide_proced/wfp211058.pdf

Miller, D. P., & Thomas, M. M. C. (2020). Policies to reduce food insecurity: An ethical imperative. *Physiology and Behavior*, 222(112943). doi: 10.1016/j.physbeh.2020.112943

Mintz, S. W., & du Bois, C. M. (2002). The anthropology of food and eating. *Annual Review of Anthropology*, 31(1), 99–119. doi: 10.1146/annurev.anthro.32.032702.131011

Modesto, M. de L. (2015). *Cozinha Tradicional Portuguesa- ACERVO Maria de Lourdes Modesto*. Associação de Cozinheiros Profissionais Portugueses. Retrieved from <https://www.acpp.pt/maria-de-lourdes-modesto>

Morgan, K., Marsden, T., & Murdoch, J. (2008). *Worlds of Food: Place, Power, and Provenance in the Food Chain*. In Oxford University Press. doi: 10.1093/oso/9780199271580.001.0001

Nagata, J. M., Seligman, H. K., & Weiser, S. D. (2020). Perspective: The Convergence of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) and Food Insecurity in the United States.

Advances in Nutrition (Bethesda, Md.), 12(2), 287–290. doi: 10.1093/advances/nmaa126

Nicola, M., Alsafi, Z., Sohrabi, C., Kerwan, A., Al-Jabir, A., Iosifidis, C., Agha, M., & Agha, R. (2020). The socio-economic implications of the coronavirus pandemic (COVID-19): A review. *International Journal of Surgery (London, England)*, 78, 185–193. doi: 10.1016/j.ijso.2020.04.018

Orcutt, M., Patel, P., Burns, R., Hiam, L., Aldridge, R., Devakumar, D., Kumar, B., Spiegel, P., & Abubakar, I. (2020). Global call to action for inclusion of migrants and refugees in the COVID-19 response. *The Lancet*, 395(10235), 1482–1483. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30971-5

Pedzisai, E., Kowe, P., Matarira, C. H., Katanha, A., & Rutsvara, R. (2014). Enhancing Food Security and Economic Welfare through Urban Agriculture in Zimbabwe. *Journal of Food Security*, 2(3), 79–86. doi: 10.12691/jfs-2-3-2

Perry, E. A., Thomas, H., Samra, H. R., Edmonstone, S., Davidson, L., Faulkner, A., Petermann, L., Manafò, E., & Kirkpatrick, S. I. (2017). Identifying attributes of food literacy: A scoping review. *Public Health Nutrition*, 20(13), 2406–2415. doi: 10.1017/S1368980017001276

PORDATA- Base de Dados Portugal Contemporâneo. (2021). *Município da Figueira da Foz*. Fundação Francisco Manuel Dos Santos. Retrieved from <https://www.pordata.pt/Municipios>

Price, A., & Dambha-Miller, H. (2018). Empathy as a state beyond feeling: a patient and clinician perspective. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 112(2), 57–60. doi: 10.1177/0141076818790665

Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. (2020). *Porções da Nova Roda dos Alimentos*. Retrieved from <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/roda-dos-alimentos/>

- Real, H. (2014). *Dieta Mediterrânica – um padrão de alimentação saudável, E-book nr. 34*. Associação Portuguesa Dos Nutricionistas. Retrieved from https://www.apn.org.pt/documentos/ebooks/Ebook_Dieta_Mediterranica.pdf
- Ritzer, G. (2005). The McDonaldization of Society. In Max Weber: Readings and Commentary on Modernity. Blackwell Publishing Ltd. doi: <https://doi.org/10.1002/9780470773369.ch27>
- Rozin, P. (2006). The integration of biological, social, cultural and psychological influences on food choice. In R. Shepherd & M. Raats (Eds.), *The Psychology of Food Choice* (3rd ed.). London: CABi in association with The Nutrition Society. doi: 10.1079/9780851990323.0019
- S. Gomes, M. Nogueira, M. Ferreira, M. J. G. (2017). *Portuguese consumers' attitudes towards food labelling*. World Health Organization, Regional Office for Europe. Retrieved from http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/353050/Foodlabeling-in-Portugal_web.pdf?ua=1
- Sanjur, D. (1981). Food preferences—Their conceptualization and relationship to consumption. *Ecology of Food and Nutrition*, 11(3), 151–161. doi: 10.1080/03670244.1981.9990671
- Santos, N. P. dos, & Gama, A. (2011). As tradições do pão, territórios e desenvolvimento. In *Trunfos de uma Geografia Activa: desenvolvimento local, ambiente, ordenamento e tecnologia* (pp. 273–282). Imprensa da Universidade de Coimbra. doi: 10.14195/978-989-26-0244-8_29
- Santos, N. (2018). Gastronomia e vinhos: um produto sempre novo com raízes nas tradições da cultura da população portuguesa. In *Espaços e tempos em Geografia: homenagem a António Gama* (pp. 541–555). Centro de Estudos de Geografia e Ordenamento do Território e Departamento de Geografia e Turismo da Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra. doi: 10.14195/978-989-26-1343-7_29

- Sarkis, J., Cohen, M. J., Dewick, P., & Schröder, P. (2020). A brave new world: Lessons from the COVID-19 pandemic for transitioning to sustainable supply and production. *Resources, Conservation and Recycling*, 159(104894). doi: 10.1016/j.resconrec.2020.104894
- Satterthwaite, D., McGranahan, G., & Tacoli, C. (2010). Urbanization and its implications for food and farming. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 365(1554), 2809–2820. doi: 10.1098/rstb.2010.0136
- Scott, P. (2017). Global panel on agriculture and food systems for nutrition: food systems and diets: facing the challenges of the 21st century. *Food Security*, 9(3), 653–654. doi: 10.1007/s12571-017-0678-y
- Segal, E. A. (2011). Social empathy: A model built on empathy, contextual understanding, and social responsibility that promotes social justice. *Journal of Social Service Research*, 37(3), 266–277. doi: 10.1080/01488376.2011.564040
- Severo, E. A., de Guimarães, J. C. F., & Dellarmelin, M. L. (2021). Impact of the COVID-19 pandemic on environmental awareness, sustainable consumption and social responsibility: Evidence from generations in Brazil and Portugal. *Journal of Cleaner Production*, 286(124947). doi: 10.1016/j.jclepro.2020.124947
- Shaaban, A. N., Peleteiro, B., & Martins, M. R. O. (2020). COVID-19: What Is Next for Portugal? *Frontiers in Public Health*, 8(392). doi: 10.3389/fpubh.2020.00392
- Shanks, C. B., Hingle, M. D., Parks, C. A., & Yaroch, A. L. (2020). The COVID-19 Pandemic: A watershed moment to strengthen food security across the US food system. *American Journal of Public Health*, 110(8), 1133–1134. doi: 10.2105/AJPH.2020.305760
- Shaw, H. J. (2014). The consuming geographies of food: Diet, food deserts and obesity. In *Routledge Studies of Gastronomy, Food and Drink* (Vol. 1, Issue 9, pp. 171–175). London: Routledge - Taylor & Francis group. doi: 10.4324/9780203387801
- Sheeshka, J. D., Woolcott, D. M., & Mackinnon, N. J. (1993). Social Cognitive Theory as a Framework to Explain Intentions to Practice Healthy Eating Behaviors. *Journal*

- of Applied Social Psychology*, 23(19), 1547–1573. doi: 10.1111/j.1559-1816.1993.tb01047.x
- SMITH, M. L. (2006). The Archaeology of Food Preference. *American Anthropologist*, 108(3), 480–493. doi: 10.1525/aa.2006.108.3.480
- Sonnino, R. (2016). The new geography of food security: Exploring the potential of urban food strategies. *Geographical Journal*, 182(2), 190–200. doi: 10.1111/geoj.12129
- Tester, J. M., Rosas, L. G., & Leung, C. W. (2020). Food Insecurity and Pediatric Obesity: a Double Whammy in the Era of COVID-19. *Current Obesity Reports*, 9(4), 442–450. doi: 10.1007/s13679-020-00413-x
- Timmer, C. P. (2012). Behavioral dimensions of food security. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 109(31), 12315–12320. doi: 10.1073/pnas.0913213107
- Tisdell, C. A. (2020). Economic, social and political issues raised by the COVID-19 pandemic. *Economic Analysis and Policy*, 68, 17–28. doi: 10.1016/j.eap.2020.08.002
- Torres, D., Faria, N., Sousa, N., Teixeira, S., Soares, R., Amorim, H., Guiomar, S., Lobato, L., Oliveira, C., Correia, D., Carvalho, C., Vilela, S., Severo, M., & Lopes, C. (2017). *Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física, IAN-AF 2015-2016: Manual Fotográfico de Quantificação de Alimentos*. Universidade Do Porto. Retrieved from www.ian-af.up.pt.
- Trichopoulou, A., Soukara, S., & Vasilopoulou, E. (2007). Traditional foods: a science and society perspective. *Trends in Food Science and Technology*, 18(8), 420–427. doi: 10.1016/j.tifs.2007.03.007
- Triviños, A. (1987). Introdução à pesquisa em ciências sociais: O positivismo, a fenomenologia, o marxismo. In *A Pesquisa Qualitativa em Educação* (Vol. 27, Issue 5). São Paulo: Editora Atlas S.A.

- Valagão, M. M. (2017). Gastronomia portuguesa: heranças antigas, dinâmicas modernas. *CULTIVAR- Cadernos de Análise e Prospetiva*, 9, 13–21. Retrieved from https://research.unl.pt/ws/portalfiles/portal/3314770/Gastronomia_portuguesa_herancas_antigas_dinamicas_modernas_UID_ELT_00657_2013_.pdf
- Wagaman, A. M., & Segal, E. A. (2014). The relationship between empathy and attitudes toward government intervention. *Journal of Sociology and Social Welfare*, 41(4), 91–112.
- Wang, Q., Wang, L., Shi, M., Li, X., Liu, R., Liu, J., Zhu, M., & Wu, H. (2019). Empathy, burnout, life satisfaction, correlations and associated socio-demographic factors among Chinese undergraduate medical students: An exploratory cross-sectional study. *BMC Medical Education*, 19(1), 341. doi: 10.1186/s12909-019-1788-3
- Warde, A., Beardsworth, A., & Keil, T. (1998). Sociology on the Menu: An Invitation to the Study of Food and Society. In *The British Journal of Sociology* (Vol. 49, Issue 2). doi: 10.2307/591324
- West, E. G., Lindberg, R., Ball, K., & McNaughton, S. A. (2020). The role of a food literacy intervention in promoting food security and food literacy—ozharvest’s nest program. *Nutrients*, 12(8), 2197. doi: 10.3390/nu12082197
- Wolfson, J. A., & Leung, C. W. (2020). Food Insecurity and COVID-19: Disparities in Early Effects for US Adults. *Nutrients*, 12(6), 1648. doi: 10.3390/nu12061648

5. Anexos

Anexo A- Questionário de Recolha de Dados das Instituições

Questionário de Recolha de dados para as instituições/ associações/organizações que fornecem apoio alimentar no Município da Figueira da Foz

O presente questionário integra o estudo “A linha ténue entre a pandemia de Covid-19 e a Insegurança Alimentar: À maré da ajuda alimentar no Município da Figueira da Foz”. É garantida a confidencialidade de todas as informações recolhidas, sendo que apenas o investigador terá acesso às mesmas e será responsável pelo seu tratamento. Todos os dados recolhidos serão destruídos após a apresentação da dissertação de mestrado, na qual está incluído o presente estudo.

1. Como variou o número de munícipes que usufruem de ajuda alimentar durante os anos de 2019, 2020 e 1º trimestre de 2021?

2019: Famílias Indivíduos

2020: Famílias Indivíduos

1º trimestre 2021: Famílias Indivíduos

2. Qual a frequência relativa por nacionalidade?

3. Qual a frequência relativa por etnia?

4. Qual a média de idades?

5. Qual a média de elementos dos agregados familiares?

6. Qual a percentagem que usufrui de outros apoios sociais? (subsídio de desemprego, rendimento social de inserção, outros)

7. Que outros apoios, além da ajuda alimentar, são dados a estes munícipes na instituição?

8. No que consiste a ajuda alimentar fornecida?

9. Que alimentos têm em maiores quantidades e quais os alimentos que têm em défice? (caso não faça parte da rede do POAPMC)

Maior Quantidade:

Défice:

10. Como são adquiridos os alimentos que são posteriormente doados a estes municípios?

11. Como é feita a gestão dos bens alimentares doados (quantidade dada a cada pessoa, variedade)?

12. São tidas em consideração as necessidades nutricionais dos elementos do agregado familiar? Se sim, como?

13. Como variou o número de voluntários entre 2019, 2020e1ºtrimstrd 2021?

2019: Voluntários

2020: Voluntários

1º trimestre 2021: Voluntários

14. Houve um aumento da ajuda fornecida à instituição desde o início da Pandemia? Se sim, como se traduziu este aumento?

Anexo B- Questionário de Recolha de Dados para os Beneficiários de Ajuda Alimentar

Entrevista aos beneficiários da ajuda alimentar

O presente questionário integra o estudo “A linha ténue entre a pandemia de Covid-19 e a Insegurança Alimentar: À maré da ajuda alimentar no Município da Figueira da Foz”. É garantida a confidencialidade de todas as informações recolhidas, sendo que apenas o investigador terá acesso às mesmas e será responsável pelo seu tratamento. A entrevista será gravada, em formato de clip de voz. As entrevistas serão armazenadas em computador protegido por palavra-passe. Todos os dados recolhidos serão destruídos após a apresentação da dissertação de mestrado, na qual está incluído o presente estudo.

Parte 1: Recolha de dados sociodemográficos, antropométricos e de saúde

1.1. Nome Fictício: _____

1.2. Idade: _____ 1.3. Altura: _____ 1.4. Peso: _____

1.5. História Clínica: _____

1.6. Agregado Familiar: _____

1.7. Fonte de Rendimentos: _____

Parte 2: Dados Relativos ao Padrão Alimentar

2.1. Questionário Recordatório das 24 horas precedentes

Refeição:	Hora e Local:	Alimentos:

2.2. Adiciona alguma fonte de gordura aos cozinhados? _____

2.3. O que coloca na sua sopa? _____

2.4. Questionário de Frequência do Consumo Alimentar

Alimentos	Nunca	1x /mês	2 a 3 x /mês	1 x/semana	2 a 3 x/semana	Diariamente
Doces (chocolates, produtos de pastelaria)						
Fritos						
Sopa						
Fruta						
Hortícolas						
Pescado						
Carne						
Bebidas Alcoólicas						

Parte 3: Guião da entrevista

1. Por que motivo teve de recorrer a ajuda alimentar?
2. Quais os constrangimentos que sentiu quando o fez pela primeira vez?
3. Quais os constrangimentos que sente ainda hoje?
4. Sente empatia por parte daqueles que sabem da sua situação financeira e iniciativa destes para o ajudarem?
5. Como se sente perante a sua família?
6. O que é para si a alimentação?
7. O que é para si uma alimentação equilibrada?
8. Qual o seu prato favorito e porquê? Quando foi a última vez que o consumiu?
9. Considera que os alimentos que lhe são doados são suficientes e lhe proporcionam uma alimentação equilibrada e variada?
10. Consegue adquirir alimentos, além dos que aqui lhe são doados?
11. Sabe interpretar um rótulo alimentar?
12. Costuma variar as receitas e métodos de confeção ou sente necessidade de saber mais de como cozinhar os alimentos?

Anexo C- Consentimento Informado, livre e esclarecido (Instituições)

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsínquia ⁶ e a Convenção de Oviedo ²

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do estudo: A linha ténue entre a pandemia de Covid-19 e a Insegurança Alimentar: À maré da ajuda alimentar no Município da Figueira da Foz

Enquadramento: Projeto de investigação em antropologia e alimentação, no âmbito da Dissertação do Mestrado em Antropologia Médica e Saúde Global.

Explicação do estudo: O objetivo principal da presente dissertação é responder à questão: quais as dimensões do ser humano que são afetadas quando surge a necessidade de recorrer a ajuda alimentare? Para tal, será primeiramente necessário analisar a dimensão da ajuda alimentar no Município da Figueira da Foz, os motivos que levaram os indivíduos a recorrer a esta ajuda e o impacto psicossocial do recurso à ajuda alimentar. Por conseguinte, esta fase do projeto consiste na recolha de dados das instituições/ associações/ organizações relativos à caracterização sociodemográfica da população apoiada (média de idades, composição do agregado familiar, étnia e nacionalidade), dados relativos à ajuda alimentar fornecida (gestão dos bens géneros alimentícios, composição dos capazes, frequência da ajuda, número de famílias apoiadas, número de voluntários, apoios dados à própria instituição/ associação/ organização). Posteriormente, a fim de analisar o impacto psicossocial, no padrão alimentar e no estado nutricional do recurso a ajuda alimentar nos indivíduos/famílias que dela usufruem, serão realizadas entrevistas individuais a pelo menos 2 indivíduos selecionados pela instituição/associação/organização. As entrevistas terão gravação de voz e serão recolhidos dados antropométricos (peso e altura), dados relativos ao dia alimentar (questionário recordatório das 24 horas precedentes e questionário de frequência alimentar), dados relativos às habilidades culinárias e literacia alimentar e dados relativos aos sentimentos/emoções associados ao recurso à ajuda alimentar.

Condições e financiamento: O presente estudo não inclui pagamento de deslocações ou quaisquer outras contrapartidas, não sendo financiado por qualquer entidade. Este é um estudo de carácter voluntário de participação, não estando inerente à mesma quaisquer prejuízos em caso de desistência ou decisão de não participar.

Confidencialidade e anonimato: É garantida a confidencialidade e o uso exclusivo dos dados recolhidos para o presente estudo. Será atribuído um código de participação, sendo garantido que, em qualquer caso, a identificação dos participantes nunca será tornada pública. Os contatos serão feitos em ambiente de privacidade.

Grata pela disponibilidade e colaboração no presente projeto de investigação.

Vera Cunha, estudante do Mestrado em Antropologia Médica e Saúde Global, na Universidade de Coimbra

Contacto telefónico: 925142330

Endereço eletrónico: vera.sccunha@gmail.com

Assinatura/s:

⁶ <http://epidemiologia.med.up.pt/pdfs/Helsing.2013.pdf>
<http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

.....

-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Nome:

Assinatura:

Data: /..... /.....

<p>SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE (se o menor tiver discernimento deve <u>também</u> assinar em cima, se consentir)</p>
<p>NOME:</p>
<p>BI/CC N°: DATA ou VALIDADE /..... /.....</p>
<p>GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO:</p>
<p>ASSINATURA</p>

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINAS E É FEITO EM DUPLICADO:
UMA VIA PARA A INVESTIGADORA, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE.**

Anexo D- Consentimento Informado, livre e esclarecido (beneficiários do apoio das instituições)

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsínquia ⁷ e a Convenção de Oviedo ²

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do estudo: A linha ténue entre a pandemia de Covid-19 e a Insegurança Alimentar: À maré da ajuda alimentar no Município da Figueira da Foz

Enquadramento: Projeto de investigação em antropologia e alimentação, no âmbito da Dissertação do Mestrado em Antropologia Médica e Saúde Global.

Explicação do estudo: O objetivo principal da presente dissertação é responder à questão: quais as dimensões do ser humano que são afetadas quando surge a necessidade de recorrer a ajuda alimentar? Para tal, será primeiramente necessário analisar a dimensão da ajuda alimentar no Município da Figueira da Foz, os motivos que levaram os indivíduos a recorrer a esta ajuda e o impacto psicossocial do recurso à ajuda alimentar. Com o objectivo de analisar o impacto psicossocial, no padrão alimentar e no estado nutricional do recurso a ajuda alimentar nos indivíduos/famílias que dela usufruem, serão realizadas entrevistas individuais. As entrevistas terão gravação de voz e serão recolhidos dados antropométricos (peso e altura), dados relativos ao dia alimentar (questionário recordatório das 24 horas precedentes e questionário de frequência alimentar), dados relativos às habilidades culinárias e literacia alimentar e dados relativos aos sentimentos/emoções associados ao recurso à ajuda alimentar.

Condições e financiamento: O presente estudo não inclui pagamento de deslocações ou quaisquer outras contrapartidas, não sendo financiado por qualquer entidade. Este é um estudo de carácter voluntário de participação, não estando inerente à mesma quaisquer prejuízos em caso de desistência ou decisão de não participar.

Confidencialidade e anonimato: É garantida a confidencialidade e o uso exclusivo dos dados recolhidos para o presente estudo. Será atribuído um código de participação, sendo garantido que, em qualquer caso, a identificação dos participantes nunca será tornada pública. No relato das entrevistas, será atribuído um nome fictício aos participantes. Os contatos serão feitos em ambiente de privacidade.

Grata pela disponibilidade e colaboração no presente projeto de investigação.

Vera Cunha, estudante do Mestrado em Antropologia Médica e Saúde Global, na Universidade de Coimbra

Contacto telefónico: 925142330

Endereço eletrónico: vera.sccunha@gmail.com

Assinatura/s:
.....

-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste

⁷ <http://epidemiologia.med.up.pt/pdfs/Helsing.2013.pdf>
<http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

²

estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Nome:

Assinatura:

Data: /..... /.....

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE
(se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima, se consentir)

NOME:

BI/CC Nº: DATA ou VALIDADE /..... /.....

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO:

ASSINATURA

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINAS E É FEITO EM DUPLICADO:
UMA VIA PARA A INVESTIGADORA, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE.**