

# Algumas Reflexões Sobre o Uso Público do Conhecimento Gerado pela Epidemiologia Nutricional

ROSELY SICHIERI<sup>1</sup>  
SILEIA DO NASCIMENTO<sup>2</sup>  
ANIBAL SANCHEZ MOURA<sup>3</sup>

## RESUMO

---

A Epidemiologia Nutricional gerou, nas últimas décadas, uma grande quantidade de conhecimentos relacionando doenças específicas com nutrientes. Este artigo visa a mostrar como esse conhecimento da Epidemiologia Nutricional normatiza a dieta e absolutiza a informação, inserindo na sociedade conceitos, muitas vezes inadequados, como é o caso da pirâmide alimentar desenvolvida nos Estados Unidos e utilizada em diversos países, entre eles o Brasil. Fatos como este decorrem de uma transposição acrítica de conhecimentos a serem aplicados na Saúde Pública. Ainda neste contexto, a industrialização se apropria de alguns desses conhecimentos e os transforma em cultura de massa, reorganizando, assim, os hábitos alimentares, independentemente do seu papel na saúde.

**Palavras-chave:** Epidemiologia; pirâmide alimentar; nutrição; guias alimentares.

## A Ciência como Geradora das Normas de Alimentação

O Estado, na sociedade moderna, promove sistematicamente a substituição de culturas particulares pela cultura de massa voltada a abranger a totalidade de seus membros, e assim os dispõe no mesmo cenário de necessidades. O sucesso deste processo de constituição da nova cultura é dependente da destruição da cultura existente e sua substituição por outra possuidora de forte lógica interna, com grande capacidade de convencimento, circulante e alimentadora da comunicação entre Estado e cidadão.

Como Janus, abrindo as portas para dois distintos e possíveis lados, a ciência nos tempos modernos cria a ligação desse processo num mesmo ato de destruir o existente e repor, com o novo. Comportamentos, hábitos e os seus complexos culturais são questionados. Assim, novos padrões sociais de agir, acompanhados de seus respectivos processos de modulação e regulação, são implantados. Através deste processo, vestir-se, andar, trabalhar e induzir diferentes metabolismos celulares resulta de uma forte, direta ou indireta, ação dos dedos invisíveis do Estado e do seu aliado, o cérebro “inquestionável” da ciência.

A ciência ocupa sempre o contraditório papel de construir e destruir pensamentos, ações e hábitos. Nesta direção, como tentaremos mostrar neste texto, hábitos alimentares, estabelecidos e pertencentes a culturas culinárias específicas, são substituídos por novos hábitos, supostamente mais adequados às novas informações científicas. Essas informações se originam de estudos que relacionam doenças ao uso de alimentos, principal objeto da Epidemiologia Nutricional. O novo, que se legitima através de estudos, se impõe a todos os membros da sociedade e a universalização de seu uso só é possível numa escala de produção de massa, portanto industrial. Ocorre, assim, uma harmônica retroalimentação entre o Estado (que institucionalmente tudo sabe), a ciência (que gera todo saber) e a gerência e administração da aplicação desse saber (que convive na interação entre o convencimento e a racionalização da operação de uma política pública industrial).

Os limites, bem como o papel da Epidemiologia geral, enquanto ciência, têm sido discutidos por diferentes autores. Ayres (1997), em sua interpretação do conceito de risco, problematizou esse conceito central da Epidemiologia e a capacidade de quantificação das regras de viver, com vistas à maximização do tempo de sobrevida e a saúde. Também, Czeresnia (1993) e Almeida Filho (1989) analisaram o movimento de redução da Epidemiologia à quantificação das relações que, supõe-se, geram a doença-saúde. Na pre-

sente análise, os princípios conceituais acima sublinhados serão aplicados ao estudo da Epidemiologia Nutricional, e as premissas levantadas servem para sinalizar o campo em que se desenvolvem as disciplinas envolvidas com o construir de Políticas Públicas, como é o caso da Epidemiologia Nutricional.

É natural e desejável que os conhecimentos gerados, particularmente na área da saúde, possam modificar comportamentos, na busca de um viver mais saudável. Contudo, modificar comportamentos não é tarefa fácil, sem que haja absorção das mudanças pela cultura de massa. Assim, a apropriação daqueles conhecimentos que serão incorporados no processo de industrialização é seletiva e, muitas vezes, distante da proposta inicial de mudanças. Estas poderiam gerar um viver mais saudável, fazendo dos conhecimentos da Epidemiologia Nutricional usos e abusos que influem no dia-a-dia de todos os cidadãos e muitas vezes não melhoram o seu viver.

### **O Caráter Temporal das Normatizações**

Na medida em que o conhecimento gerado pela Epidemiologia Nutricional se transforma em regra social, ou norma, é interessante mostrar a importância de sua validade na perspectiva do cidadão. Por exemplo, o seu caráter temporal, ou seja: as normas morrem.

Vejamos o caso de uma das principais vítimas do conhecimento nutricional dos últimos tempos: o ovo. Este, quando entra no cardápio infantil na idade de quatro meses, o faz por ser fonte protéica e de ferro. Logo depois o ovo sai do prato infantil, por não apresentar boa disponibilidade deste mesmo ferro. Na dieta do adulto, transforma-se em vilão: uma verdadeira bomba de colesterol (contra quem levantam-se todas as vozes). Não há inverdade neste fato: o ovo é o alimento que, isoladamente, tem a maior quantidade de colesterol. Entretanto, recentemente, o mundo se surpreendeu com a anistia dada ao ovo. Ele já pode ser consumido por adultos. Sete Prêmios Nobel e centenas de trabalhos científicos relativizaram sua importância como fonte de todos os males. Independentemente do colesterol, que continua a desafiar o conhecimento científico, o cidadão de meia-idade viu o ovo ser permitido, assim como integrar dezenas de pratos que faziam parte de sua alimentação, ser proibido e novamente autorizado.

O problema aqui não é o particular do ovo, porém a culinária desfeita, que por não conseguir refazer-se numa geração é substituída por outra de caráter industrial. É claro que as normas geradas pelo conhecimento não desqualificam a Epidemiologia, porém não sobram dúvidas de que, ao relativizar

sua importância, se evitariam os constrangimentos decorrentes do limitado alcance de suas “verdades”. E, mais que isso, numa sociedade democrática, no alinhavar de políticas públicas, deveria imperar o acordo social entre o cidadão e o Estado. Absolutizar informações é mascarar e determinar coercitivamente uma das partes.

Para não ficarmos só no tom anedótico do ovo, e também para não se criar uma indisposição geral nas modificações de hábitos e sua relação com a saúde, é importante assinalarmos que muito conhecimento foi gerado, drogas foram inventadas para reduzir os níveis de colesterol e outros componentes da dieta foram identificados como fatores de risco para o aumento de colesterol. Isso nos mostra que o cerne da discussão é a relação entre as informações de estudos nutricionais baseados em populações e como se definem as ações político-institucionais em Saúde Pública.

Vale salientar, neste contexto, que o conceito de Saúde Pública está muito mais próximo da Epidemiologia Nutricional do que o conceito mais amplo de Saúde Coletiva, pois na área de Epidemiologia Nutricional pouco tem sido incorporado dos conhecimentos antropológicos ou sociológicos, apesar da riqueza de produção do Brasil nesta área. Citem-se, a título de exemplo, Antônio Cândido, em *Os parceiros do Rio Bonito*, Roberto Freire, em *Casa grande e senzala*, e Josué de Castro, na sua *História da alimentação*. Adicionalmente, os projetos político-institucionais se voltam, prioritariamente, ao indivíduo, embora tenham como pano de fundo os interesses econômicos.

### **Pirâmide Alimentar dos EUA, conforme Proposto pelo Departamento de Agricultura**

A associação entre mudanças na área de Saúde Pública, em geral, e o desenvolvimento econômico já foi demonstrada por outros autores, como na análise dos cem anos de Saúde Pública, em São Paulo (Lyda, 1994). Bastante emblemático da determinação econômica sobre os guias de conduta alimentar é observarmos que, nos Estados Unidos, o símbolo da promoção de consumo alimentar adequado (a pirâmide alimentar) e a atualização desses princípios são encargo da Secretaria de Agricultura, e não da Secretaria de Saúde. Analisemos, portanto, a pirâmide alimentar produzida nos Estados Unidos.

A pirâmide, desenvolvida em 1992 como uma ferramenta para ensinar os americanos a comerem adequadamente, é composta de quatro níveis e cinco grupos de alimentos. Na base estão os grãos; acima deles os vegetais e as

frutas; mais acima dividem espaço os alimentos fontes de proteínas (carnes e derivados) e, ao lado, os derivados de leite e o leite. No topo, os açúcares adicionados à dieta e os óleos.

Uma versão bastante similar foi desenvolvida para a população brasileira (Philippi, 1999). O pressuposto é que aqueles que consomem conforme as indicações da pirâmide são mais saudáveis. Contudo, pelo menos dois trabalhos com grande número de pessoas e com seguimento por mais de dez anos mostraram que seguir as recomendações não acarreta importante melhoria em relação ao aparecimento de doenças crônicas. Nesses estudos foram seguidos 67.000 mulheres e mais de 50.000 homens nos Estados Unidos. As mulheres apresentaram uma redução de 3% na incidência de doenças crônicas e os homens uma redução de 11% (McCullough *et al.*, 2000a; McCullough *et al.*, 2000b).

Outra importante limitação da pirâmide, principalmente para o Brasil — onde os níveis de gordura nunca atingiram os 40% do total da energia da dieta, o que se observou nos Estados Unidos nos anos oitenta —, é assumir que toda gordura faz mal à saúde. Na pirâmide alimentar adaptada para o Brasil (Phillippi, 1999), as gorduras são colocadas no topo, o que evidencia seus efeitos deletérios e engloba erroneamente todos os tipos de gorduras. Contudo, o consumo de algumas gorduras tem um papel, inclusive, protetor. As chamadas gorduras ômega-3 reduzem o risco de derrame isquêmico (Albert *et al.*, 2002; Hu *et al.*, 2002) e isto não é desprezível, pois os derrames são a principal causa de morte no Brasil.

Ainda em relação à gordura, colocá-la no topo decorria da hipótese de que seu consumo se associa à obesidade. Sendo esta uma enfermidade que atinge níveis epidêmicos tanto no Brasil como em outros países, sua prevenção passaria pela redução no consumo de gordura. Entretanto, estudos já contestam a idéia de que dietas com menor teor de gordura teriam impacto na redução da obesidade (Sichieri, 2000; Willett, 1998). Esta hipótese também não se mostra robusta, quando se observa que há toda uma indústria voltada a produzir alimentos reduzidos em gordura e a obesidade continua aumentando.

Como alternativas à proposta de pirâmide do Departamento de Agricultura americano, outras foram desenvolvidas, como a pirâmide asiática e a pirâmide proposta recentemente por Willett (2001). As novas abordagens contemplam maior consumo de gorduras insaturadas (presentes nas frutas oleaginosas, grãos, peixes e óleos vegetais) e ênfase na redução do consumo de gordura saturada, que se encontra representada pela carne vermelha,

leite e derivados integrais, manteiga e margarinas.

Outro aspecto da recomendação alimentar que nunca foi normatizado no Brasil, nem nos Estados Unidos, é a existência, principalmente nos alimentos industrializados, de outro tipo de lipídio que deveria ter seu consumo reduzido, que são os ácidos graxos *trans* encontrados em margarinas, biscoitos, sorvetes, pães, batatas fritas, pastelarias, bolos, massas, entre outros alimentos. Esses lipídios não são sintetizados pelo corpo humano e, ao aumentarem os níveis séricos de colesterol, têm papel importante na etiologia das doenças cardiovasculares (Chiara, 2000).

Os carboidratos, por outro lado — que formam a base da pirâmide, com uma conotação de alimentos a serem estimulados, quando muito refinados, como a maior parte dos consumidos no Brasil na forma de pão, bolos e bolachas — têm um efeito adverso no perfil de secreção de insulina (Agus, 2000). Tem sido demonstrado que o consumo desses carboidratos se associa ao aparecimento de diabetes, problema que não é desprezível na população brasileira. Portanto, não se justifica sua presença na base da pirâmide proposta para o Brasil, à semelhança do proposto para os Estados Unidos, assumindo-se que todo carboidrato faz bem à saúde. Adicionalmente, os produtos de panificação no Brasil, na sua quase totalidade, são adicionados de gordura vegetal, que oferece maior risco para as doenças cardíacas do que a manteiga. Convém lembrar que as doenças cardiovasculares são a primeira causa de morte no Brasil. Não bastasse esse problema, alguns produtos testados no Brasil têm maior teor de ácidos graxos *trans* do que os similares americanos (Chiara, 2000).

## O Alimento como Risco

Transformar alimentos e comportamentos alimentares em risco para doenças é mudar também toda uma estrutura de valores ou incorporar acriticamente novos valores no dia-a-dia dos indivíduos. Corretamente, o discurso científico da Epidemiologia Nutricional é baseado em evidências. Na medida em que não se estudam alimentos e práticas alimentares próprias da cultura brasileira, estas, por não terem sido objeto de estudos sistemáticos, são afastadas ou não incorporadas como práticas de Saúde Pública, por ausência de evidência.

Como exemplo, poderíamos voltar aos anos setenta, em que os estudos de base populacional mostravam que a anemia em crianças era (e ainda é) a maior das epidemias dentre as doenças carenciais. Sua prevalência era

maior na cidade de São Paulo do que no Nordeste brasileiro, sendo que a possível explicação para tal discrepância era a incorporação do feijão na dieta das crianças menores de seis meses no Nordeste e quase inexistente no município de São Paulo (Sichieri, 1988). No entanto, as normas de alimentação infantil da época tinham na gema de ovo a fonte de ferro suplementar, e não o feijão. Na verdade, posteriormente, o feijão aparece como uma prática de alimentação, mas como proposta para as famílias de baixa-renda (Nóbrega, 1981) e não como ação de Saúde Pública no combate à anemia.

Ou seja, as evidências, que por sua vez vão gerar as práticas de Saúde Pública de comprovada eficiência, vêm muitas vezes em pacotes de conhecimentos gerados fora da cultura em que se aplicam e que podem ser, inclusive, desestabilizadores de práticas adequadas, do ponto de vista da saúde. Tais normas são muitas vezes lesivas para a população, não só em relação a gastos públicos com manuais e material (des)educativo, horas de trabalho profissional, cartazes, divulgação através da mídia — com capacidade nula, já que opera uma *rationale* equivocada —, como podem até substituir práticas e comportamentos saudáveis por comportamentos considerados de risco.

Este é o caso da substituição do aleitamento natural pelo leite em pó, nos anos cinqüenta. Nesse período o Brasil assistiu à ampla divulgação/penetração dos leites substitutivos do leite materno (Rea & Toma, 2000), com participação das escolas médicas na divulgação das receitas de mamadeiras, que trouxeram as medianas de aleitamento nacionais para os 15 dias, nos anos oitenta (Rea & Berquó, 1990) e que nunca mais atingiram os patamares considerados adequados para a proteção das crianças em países como o Brasil.

## Rotulagem de Alimentos

O equívoco expande-se quando, a título de se conferir maior legitimidade às informações, ocorrem iniciativas de democratizar o controle do consumidor sobre o consumido, como atualmente, com a rotulagem dos produtos alimentares, proposta pelo Ministério da Saúde.

Trata-se de um direito do consumidor conhecer o que está ingerindo. Não se pode, entretanto, pensar criticamente a proposta, sem deixar de responder a duas perguntas: 1) que informações devem aparecer na rotulagem? e 2) como essas informações devem ser apresentadas?

A cópia da rotulagem americana parece não ser o caminho mais fácil para responder a essas questões. Interessante assinalar que, mesmo nos Estados Unidos, onde a rotulagem existe há muitos anos, muitas pessoas são incapazes de entender o que está sendo informado. Estudo realizado nos Estados Unidos mostrou que na leitura dos rótulos, embora a maioria dos indivíduos consiga entender claramente a quantidade, por exemplo, de gordura que o alimento contém, somente 29% entendem corretamente o que significa o percentual do recomendado para consumo (Patterson *et al.*, 2000).

Portanto o rótulo, como foi estabelecido a partir deste ano no Brasil, tem dois componentes: um expressa os nutrientes existentes no alimento e o outro uma informação que passa pela definição do que seria o recomendado para a população. Ocorre que não há clara definição do que recomendar. Isto não é de todo um problema, pois sempre as recomendações se baseiam nas informações existentes naquele momento e, quando elas mudam, muda-se a recomendação.

Quanto mais estudamos, quanto mais descobrimos, mais podemos prevenir as doenças e mais devemos mudar as recomendações. O problema com a proposta de rotulagem do Ministério é que ela está tomando por base conhecimentos que estão em via de extinção. Os dois principais problemas que podem ser identificados na formulação proposta pelo Ministério são:

- 1) tomar por base a pirâmide alimentar proposta pelo Ministério da Agricultura dos Estados Unidos, que é usada em diversos países para definir recomendações, que já discutimos;
- 2) tomar por base de recomendação um consumo de 2.500Kcal/dia. As recomendações de energia estão seguramente superestimadas para mulheres e parecem estar superestimadas em geral, como indicado por estudos na população brasileira (Sichieri, 1998; Wahrlich & Anjos, 2001).

Em síntese, imagina-se que a divulgação de tais informações no rótulo dos alimentos se transfira ao consumidor, modulando seu comportamento — no caso, o alimentar. Se, por um lado, é louvável a ação estimulada pelo Ministério da Saúde, de rotulagem nutricional dos produtos brasileiros como arma de defesa do consumidor, por outro, é ineficaz, pela produção de rotulagens que nada ou pouco significam para a população e podem ser equivocadas.



## **O Controle *do e pelo* Indivíduo e o Não-controle do Processo de Industrialização**

A ênfase nas medidas de controle *do e pelo* indivíduo em Saúde Pública é emblemática, no caso da associação entre sal e hipertensão. No Brasil, todas recomendações orientam os indivíduos a comer menos sal. O indivíduo é o único responsável pelo sal que come. Não há, entretanto, na indústria, normatização de redução do sal de produtos industrializados, que são responsáveis por 75% do consumo diário de sal nos centros urbanos. Interessante que não há a contrapartida, por parte das indústrias, em reduzir o sal de seus produtos e não há estímulo ou regulamentação de conservas, enlatados e envasados que poderiam reduzir muito o teor de sal, como, aliás, tem sido feito em outros países. As gorduras *trans* amplamente utilizadas no processo de industrialização no Brasil também não sofrem o menor controle, ou mesmo avaliação do seu efeito deletério.

### **A Reorganização dos Hábitos Alimentares e a Industrialização**

Na esteira do amplo processo de reorganização dos hábitos alimentares, sob a égide da industrialização multinacional do alimento, pode-se observar a desvalorização real (cultural) de produtos vinculados a nossa cultura alimentar. O feijão, que acompanha a história do brasileiro desde a escravidão e que estudos demonstram ser inquestionável fonte de ferro e protetor contra a obesidade (Sichieri, 2002), tem seus preços desprotegidos de qualquer política econômica (ação de saúde coletiva) e desaparece do prato do brasileiro. Ele também não figura na base da pirâmide proposta para os brasileiros.

Outro exemplo é a mandioca. Esta, que chegou junto com os portugueses e foi corretamente identificada como a principal fonte de energia entre os índios e amplamente utilizada nas expedições através do Brasil, também foi esquecida. E ela continua, através de diferentes versões — farinha, bolo e beijú — a fazer parte do prato diário de milhões de brasileiros. A mandioca, contudo, está fora de orientações oficiais da Saúde Pública, embora o conteúdo em fibras e a combinação com o feijão façam dela um alimento saudável.

Os exemplos acima permitem mostrar o caráter conflituoso das informações geradas pela Epidemiologia Nutricional. A ausência de uma metodologia adequada permite a “importação” do conhecimento pronto e, em forma de

mercadoria “rotulada”, estabelece verdades científicas “inquestionáveis”. Neste ponto, consideramos importante reafirmar que o processo de desregionalização e desculturalização da culinária gera, por um lado, a real alienação do indivíduo em relação ao comer e, por outro, abre espaços sociais amplos para introdução de hábitos alimentares globalizados. Hábitos que se associam ao novo perfil globalizado de doenças crônicas, tais como, por exemplo, a obesidade e as doenças cardiovasculares.

A Epidemiologia Nutricional tem, portanto, que ser pensada hoje em sua dupla perspectiva. Está constante e inerentemente associada tanto à formulação de políticas de saúde como à busca e promoção de metodologias de estudo que valorizem hábitos alimentares de culturas populares que emergem, muitas vezes, como resultados de processos de adequação a este mesmo meio social. Em outras palavras, cabe à Epidemiologia Nutricional função crítica e formuladora. Desta forma, desenvolver o caráter multidisciplinar referenciado no desenvolvimento histórico de culturas em seu âmbito popular, e situar, em seu centro de análise, padrões de expressão cultural, tal como o alimento e não o nutriente, deverão ampliar o sentido desta disciplina.

## Referências Bibliográficas

- ALBERT, C. M et al. Blood levels of long-chain n-3 fatty acids and the risk of sudden death. *N Engl J Med.* v. 346, n. 15, p. 1113-1118, Apr. 2002
- AGUS, S. D et al. Dietary composition and physiologic adaptations to energy restriction. *Am J Clin Nutr.* n. 71, p. 901-907, 2000.
- ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia em números: uma introdução crítica à ciência epidemiológica.* Rio de Janeiro: Campus, 1989.
- AYRES, J. R. C. M. *Sobre o risco: para compreender a epidemiologia.* 1. ed. São Paulo: Hucitec, 1997. 327p.
- CASCUDO, L. C. *História da Alimentação no Brasil.* 1 ed. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1983. 392p.
- CHIARA, V. L. *Avaliação nutricional de adolescentes como instrumento na prevenção de doenças cardiovasculares.* Rio de Janeiro, 2000. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- CZERESNIA, D. Construção científica e renovação teórica: um desafio

- para a Epidemiologia. *Physis: Revista de saúde coletiva*. v. 3, n. 1, p. 77-90, 1993.
- HU, F.B et al. Fish and omega-3 fatty acid intake and risk of coronary heart disease in women. *JAMA*. v. 287, n. 14, p. 1815-1821, Abr. 2002.
- LYDA, M. *Cem anos de Saúde Pública: a cidadania negada*. 1.ed. São Paulo: Universidade Estadual Paulista, 1994. 149p.
- NÓBREGA, F. *Desnutrição uterina e pós-natal*. São Paulo: Panamed. 1981.
- MCCULLOUGH, M. J et al. Adherence to the Dietary Guidelines for Americans and risk of major chronic disease in women. *Am J Clin Nutr*. v. 72, n. 5, p. 1214-1222, Nov. 2000a.
- MCCULLOUGH, M. J et al. Adherence to the Dietary Guidelines for Americans and risk of major chronic disease in men. *Am J Clin Nutr*. v. 72, n. 5, p. 1223-1231, Nov. 2000b.
- PATTERSON, L et al. How well do consumers understand percentage daily value on food labels? *Am J Health Promot*. v. 14, n. 3, p. 157-160, 2000.
- PHILLIPPI, S. T et al. Pirâmide alimentar adaptada: guia para escolha dos alimentos. *Rev. Nutr. Campinas*. v. 12, n. 1, p. 65-80, jan/abr. 1999.
- REA, M. F.; BERQUO, E. S. Impact of the Brazilian national breast-feeding programme on mothers in greater São Paulo. *Bull World Health Organ*. V. 68, n. 3, p. 365-37, 1990.
- REA, M. F.; TOMA, T. S. Protection for mother's milk and ethics. *Rev. Saúde Pública*, v. 34, n. 4, p. 388-395, 2000.
- SICHIERI, R et al. Relação entre dieta e ocorrência de anemia ferropriva em crianças. *Jornal de Pediatria*, v. 64, n. 5, p. 169-174, 1988.
- SICHIERI, R. *Epidemiologia da Obesidade*. Rio de Janeiro: EDUERJ, 1998. 140p.
- SICHIERI, R. Dietary patterns and their associations with obesity in the Brazilian city of Rio de Janeiro. *Obesity Research*, v. 10, p. 42-48, 2002.
- SICHIERI, R. Is fat intake important in the public health control of obesity? *Am J Clin Nutr*. v. 72, n. 1, p. 203-206, Jul. 2000.
- WAHRLICH, V.; ANJOS, L. A. Aspectos históricos e metodológicos da medição e estimativa da taxa metabólica basal: uma revisão da literatura. *Cad. Saúde Pública* . v. 17, n.4, jul/ago. 2001.
- WILLETT, W. Dietary fat and obesity; an unconvincing relation. *Am J Clin Nutr*, v. 68, n. 1, p. 1149-1150, 1998.
- WILLETT, W. *Eat, Drink and be healthy: the Harvard Medical School guide to healthy eating*. Boston: Simon & Schuster Source, 2001. 299p.

## NOTAS

- 1 Professora adjunta do Departamento de Epidemiologia do Instituto de Medicina Social da UERJ.
- 2 Aluna de graduação, bolsista de Iniciação Científica no Departamento de Epidemiologia do Instituto de Medicina Social da UERJ.
- 3 Professor adjunto do Departamento de Fisiologia, Instituto de Biologia da UERJ.

## ABSTRACT

---

### **Some reflections on the public use of knowledge generated by Nutritional Epidemiology**

In recent decades Nutritional Epidemiology has generated a large amount of knowledge on the relationship between specific diseases and nutrients. This article analyzes how such knowledge from Nutritional Epidemiology standardizes diet and absolutizes information, introducing concepts into society which are often inadequate, as in the case of the food pyramid developed in the United States and utilized in various countries, including Brazil. Such facts result from an uncritical transposition of knowledge for use in Public Health. Furthermore, industrialization takes some of this knowledge and turns it into mass culture, thereby reorganizing eating habits, regardless of their role in health.

**Keywords:** Epidemiology; food pyramid; nutrition; dietary guidelines

Recebido em: 06/05/02

Aprovado em: 27/05/02