

Consumo de alimentos ultra-procesados en reclusas de una cárcel femenina de São Paulo Brasil

Audi CAF¹, Santiago SM¹, Andrade MGG¹, Assumpção D¹,
Francisco PMSB¹, Segall-Corrêa AM², Pérez-Escamilla R³

¹Departamento de Salud Pública. Universidad de Campinas. Campinas, SP, Brasil.

²Programa de Alimentación y Cultura de la Fundación Oswaldo Cruz. FIOCRUZ. Brasilia

³Departamento de Ciencias Sociales y de la Conducta. Facultad de Yale de Salud Pública. New Haven. Connecticut. USA.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar el consumo de alimentos ultra-procesados entre las reclusas en una prisión femenina en el Estado de São Paulo, Brasil.

Métodos: Se realizó un estudio transversal en 2012/2013 con 1.013 reclusas. El instrumento de recolección de datos contempló cuestiones sociodemográficas, morbilidad referida y acciones de prevención, indicadores relacionados al estilo de vida y comportamientos de salud. El consumo de alimentos se verificó de acuerdo con el grado de procesamiento de los alimentos: in natura o mínimamente procesados, procesados y ultraprocesados.

Resultados: La edad varió de 18 a 65 años, el 51,7% eran negras, el 80,3% tenían hijos, el 69,5% fumaban, el 47% tenía sobrepeso/obesidad y la mitad de ellas tenían hipertrigliceridemia. La prevalencia de consumo diario de alimentos naturales o mínimamente procesados (arroz, frijoles y harina de mandioca) fue del 87,7%. La prevalencia de consumo diario de hojas verdes y otros vegetales fue del 63,7%. Alrededor de dos tercios reportaron consumir frecuentemente leche y pollo frito. Se observó una alta prevalencia de consumo diario de alimentos ultra-procesados en este estudio. El pan de perro caliente o "hot dog" y el pan dulce con margarina fueron consumidos por el 86,5% de las entrevistadas, refrescos por el 68,4%, galletas y dulces por el 77,1%.

Conclusiones: El alimento servido en la cárcel es de baja calidad, y puede llevar a cambios metabólicos, obesidad y otras comorbilidades. Se recomienda que el Comité de Evaluación de Alimentos de la cárcel considere la mejora de la calidad de los alimentos servidos.

Palabras clave: salud de la mujer; prisiones; consumo de alimentos; estudios transversales; población; prisioneros.

ULTRA-PROCESSED FOODS CONSUMPTION AMONG INMATES IN A WOMEN'S PRISON IN SÃO PAULO, BRAZIL

ABSTRACT

Objective: To assess the consumption of ultra-processed foods among inmates in a women's prison in the State of São Paulo, Brazil.

Methods: We conducted a cross-sectional study in 2012/2013 with 1,013 female inmates. A structured interview questionnaire was used to collect socio-demographic, self-reported morbidity and healthy lifestyles and health-related behaviors data. The inmates' usual diet was assessed with a food frequency questionnaire. Foods were classified as either natural or minimally processed, processed or ultra-processed.

Results: Inmates age ranged from 18 to 65 years, 51.7% were black, 80.3% had children, 69.5% smoked, 47% were overweight/obese and half of them had high blood triglycerides. The prevalence of daily consumption of natural or minimally processed foods (rice, beans and cassava flour) was 87.7%. The prevalence of daily consumption of green leafy and other vegetables was 63.7%. Almost two-thirds reported consuming milk and fried chicken frequently. A high prevalence of daily consumption of ultra-processed foods was observed in this study. Hot dog bread and sweet bread with margarine were consumed by 86.5% of the interviewees on a daily basis; sugar sweetened beverages by 68.4%, and biscuits as well as candies by 77.1%.

Conclusions: The women's diet in the prison is of low quality, and may lead to metabolic alterations, obesity and other comorbidities. It is recommended that the prison's Food Evaluation Committee considers improvements to the quality of the prisoners' diets.

Keywords: women's health, prison, food consumption, cross-sectional studies, population, prisoners.

Texto recibido: 11/09/2017

Texto aceptado: 01/03/2018

INTRODUCCIÓN

Los tratados internacionales de derechos humanos contemplan dos dimensiones indivisibles del derecho humano a una alimentación adecuada: el derecho a no sufrir hambre ni malnutrición y el derecho a una alimentación de alta calidad. Las verdaderas necesidades alimentarias van más allá de cubrir unas necesidades calóricas así que es importante que la dieta sea nutricionalmente equilibrada y culturalmente aceptable. De hecho, el derecho humano a una alimentación adecuada no debe ni puede ser interpretado de forma estricta ni debe ser extrapolado como una serie de "recomendaciones mínimas energéticas o nutricionales"¹.

Desde la perspectiva de los derechos humanos, se establece claramente que el respeto a la protección, promoción y provisión de los derechos a los habitantes de un territorio es responsabilidad del gobierno del mismo. Por ello, el gobierno debe tomar todas las medidas necesarias para que se respete el derecho de sus habitantes a una alimentación adecuada¹. Las personas privadas de su libertad son parte de la población más vulnerable de un territorio ya que no pueden tomar por sí mismos las medidas necesarias para garantizar su derecho a una alimentación saludable de alta calidad. Dicho de otra manera, esta población depende del gobierno para cubrir esta necesidad básica¹.

Una alimentación adecuada en términos cuantitativos, cualitativos y de seguridad es imprescindible para que el organismo obtenga la energía y nutrientes que necesita para que sus órganos funcionen correctamente y alcance un estado de salud óptimo. El cumplimiento del derecho a una alimentación adecuada es crucial para el desarrollo nacional tal y como se deduce de la evidencia empírica que establece una relación directa entre los patrones inadecuados de alimentación y la incidencia de deficiencias nutricionales, sobrepeso/obesidad y enfermedades crónicas no transmisibles (ENT)²⁻⁴.

La alimentación desequilibrada es uno de los mayores factores de riesgo para el desarrollo de ENT⁵⁻⁷. La documentación de cambios mayores en los hábitos alimentarios de la población brasileña condujo a la actualización de la Guía Alimentaria para la Población Brasileña (GAPB) publicada en 2014⁸. La nueva GAPB clasifica los alimentos en función de su grado de procesamiento industrial. La GAPB recomienda una alimentación equilibrada basada en alimentos naturales o mínimamente procesados en vez de los ultra-procesados – tales como las bebidas azucaradas, la bollería industrial, las patatas fritas, las carnes procesadas o la comida preparada – que se han asociado de manera significativa al desarrollo de ENT⁸⁻¹⁴.

Es muy difícil llevar a cabo una evaluación de la ingesta alimentaria en poblaciones vulnerables aunque es imprescindible para poder mejorar las políticas alimentarias de salud pública^{9,10}. El objetivo de este estudio es a) evaluar la prevalencia del consumo de productos ultra-procesados en función de variables sociodemográficas, conductas específicas relacionadas con la salud, duración de la condena y estado de salud entre las prisioneras y b) describir la frecuencia de consumo de alimentos con distintos grados de procesamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio transversal desde agosto de 2012 hasta julio de 2013 en el seno de un proyecto mayor llamado "Asistencia sanitaria integral a prisioneras y funcionarios de una institución penitenciaria del estado de Sao Paulo". El estudio incluyó a las 1013 presas que dieron su consentimiento a participar en el mismo. Se recogieron datos a través de un cuestionario tipo entrevista estructurado que incluía factores sociodemográficos, medidas antropométricas, morbilidad referida por las participantes, estilos de vida, conductas de salud y consumo de alimentos. Se extra-

ieron muestras de sangre capilar para la determinación de colesterol y triglicéridos¹⁵.

Las entrevistas fueron llevadas a cabo por operarios supervisados y entrenados, que tomaron los datos antropométricos y extrajeron las muestras de sangre capilar (mediante el dispositivo portátil Accutrend® y las lancetas Accu-Chek Safe-T-Pro Uno). Se recomendó un ayuno de 12 horas previa extracción de las muestras de sangre.

En el estudio, los alimentos se clasificaron como: naturales o mínimamente procesados, procesados y ultra-procesados tal y como recomienda la Guía Alimentaria para la Población Brasileña (GAPB)⁸. Los alimentos naturales o mínimamente procesados son aquellos que no sufren alteraciones o cuyo procesamiento no supone la adición de sustancias. Este tipo de alimentos normalmente sólo se someten a procesos de limpieza, retirada de partes incomedibles, trituración, pasteurización y congelación. Los alimentos procesados son aquellos procesados industrialmente incluyendo la adición de sal, azúcar, aceites y otras sustancias para su conservación o para hacerlos más gustosos y atractivos. Los alimentos ultra-procesados son formulaciones industriales compuestas mayoritariamente o totalmente por sustancias extraídas de alimentos (aceites, grasas, azúcares, almidones y proteínas), derivados de ingredientes (grasas hidrogenadas y almidones modificados) o sintetizados en laboratorios a partir de materiales orgánicos tales como aceite y carbón (grasas hidrogenadas y almidones modificados). El propósito del ultra-procesamiento es mejorar el periodo de caducidad, la funcionalidad, la rentabilidad y la apariencia de los alimentos⁸.

El resto de variables recolectadas directamente de las presas fueron las siguientes:

- Características sociodemográficas: edad (años), etnia (blanca o negra) y nivel educativo (años completados de educación formal).
- Morbilidad referida: presencia de hipertensión arterial, cardiopatía, diabetes y migraña (sí o no por cada enfermedad, referida por las propias presas).
- Datos bioquímicos y antropométricos.

Las medidas antropométricas incluyeron: peso previo a la entrada en prisión (referido) y medida de la altura y el peso en el momento de la entrevista para calcular el índice de masa corporal (peso en kilos dividido por el cuadrado de la altura en metros). Los puntos de corte recomendados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la población adulta son: sobrepeso ($IMC \geq 25.0$ y < 30 kg/m²) y obesidad ($IMC \geq 30$ kg/m²). La obesidad abdominal también

se evaluó por medio del perímetro abdominal (PA) interpretado como de riesgo para valores > 88 cm¹⁶. Para los test bioquímicos se usaron los puntos de corte estándar para el colesterol total (≥ 200 mg/dl) y los triglicéridos (≥ 150 mg/dl).

- Indicadores del estilo de vida: el nivel de actividad física se evaluó con la pregunta “¿Practica usted algún tipo de actividad física?” (sí/no). A las participantes también se les preguntó si practicaban algún tipo de actividad física durante 30 minutos o más al día. En base a la pregunta “¿Fuma usted tabaco?” se clasificó a las presas como fumadoras o no.
- Consumo individual de alimentos: Se utilizó un cuestionario de frecuencias para evaluar el consumo de alimentos y grupos de alimentos. Para cada tipo de alimento las posibilidades de respuesta fueron: “no lo consume”, “lo consume 1 o 2 veces al mes”, “lo consume 1 o 2 veces a la semana”, “lo consume de 3 a 6 veces por semana” y “lo consume todos los días”. En este estudio además incluimos las siguientes categorías: “no lo consume o lo consume hasta 2 veces al mes”, “lo consume 1 o 2 veces a la semana” y “lo consume tres o más veces a la semana”. Los grupos de alimentos incluidos fueron: leche y lácteos, carne, huevos, cereales, fruta, aceites, grasas, azúcares, caramelos, fritos, aperitivos y bebidas.

El número de comidas al día se evaluó en la pregunta “¿Hace usted las siguientes comidas?” (desayuno, almuerzo, comida, merienda, cena y tentempié nocturno).

La información sobre las sobras se obtuvo de la pregunta “¿Normalmente deja comida en el plato?” (sí/no); “Si lo hace, qué tipo de alimento deja más?” arroz, judías, pasta, carne (ternera, pollo, pescado y salchichas), verduras, harinas u otros. La cantidad estimada de sobras se calculó en base a la pregunta “¿Cuánta comida deja normalmente en el plato?” (nada, casi todo, la mitad, más de la mitad, menos de la mitad). Se llevaron a cabo análisis descriptivos mediante medidas de tendencia central y dispersión, frecuencias relativas y absolutas. Se calculó la prevalencia de consumo de alimentos ultra-procesados, de acuerdo a las variables sociodemográficas, a las conductas de salud, la duración de la condena y los indicadores del estado de salud. Se analizó la relación entre el consumo de alimentos ultra-procesados y estas variables mediante el test de chi cuadrado y el de Fisher con niveles de significación del 5%. Todos los análisis se realizaron mediante el SPSS para Windows (v. 21).

Consideraciones éticas

El estudio fue presentado ante el Departamento de Administración (CEP/SAP) el 27 de octubre de 2011 y fue aprobado el 21 de junio de 2012 (Decisión 045/2011). El consentimiento informado fue leído en alto a todas las participantes del estudio. Éste explicaba claramente los objetivos del estudio, los procedimientos que se iban a llevar a cabo y la naturaleza voluntaria de la participación.

Si los tests de laboratorios demostraban valores anormales se solicitaba asistencia médica y otras

pruebas para completar el diagnóstico. La Facultad de Medicina de la Universidad de Campinas presta asistencia sanitaria a las presas de la institución desde hace muchos años. Se prescribieron dietas específicas para aquellas participantes con problemas de salud que así lo requerían.

RESULTADOS

La edad media de las presas era 30,8 años (mínimo 18, máximo 65 años). El 51,4% se declararon de etnia

Tabla 1. Distribución de la muestra y prevalencia del consumo de alimentos ultra-procesados, según variables sociodemográficas, conductas de salud, duración de condena e indicadores del estado de salud. Presas de una institución penitenciaria de Sao Paulo, Brasil, 2012-2013.

Variables	n = 1.013		Alimentos ultra-procesados ≥ 3 veces a la semana		Valor de p
	n	%	n	%	
Nivel educativo (años)					
0 a 4	622	61,4	612	98,6	0,161
5 o más	391	38,6	389	99,5	
Etnia/color de piel					
Negra	521	51,7	510	98,1	0,012
Blanca	487	48,3	486	99,8	
Estancia en esta prisión					
Menos de 12 meses	616	60,8	612	99,4	0,094
Más de 12 meses	396	39,2	389	98,9	
Sueldo					
No	646	63,8	641	99,2	0,202
Sí	366	36,2	360	98,4	
Colesterol (mg/dl)					
< 200	585	63,1	577	98,6	0,755
≥ 200	342	36,9	338	99,1	
Triglicéridos (mg/dl)					
< 150	439	49,5	431	98,4	0,219
≥ 150	448	50,5	445	99,3	
Sobrepeso/Obesidad					
No	464	49,4	458	98,7	0,449
Sí	476	50,6	472	99,2	
Perímetro abdominal (cm)					
≤ 88	432	46,5	424	98,1	0,126
> 88	497	53,5	493	99,4	
Actividad física (minutos/día)					
< 30	712	70,3	704	99,0	0,741
≥ 30	301	29,7	297	98,7	

Nota. No incluido: etnia/color de la piel (5); sobrepeso/obesidad (73); perímetro abdominal (84); colesterol(86); triglicéridos (126).

negra, el 35% estaban casadas y el 80,3% tenían hijos. La mayoría (61,4%) había completado hasta cuatro años de escolarización y en el momento de realización del estudio, sólo el 4,4% llevaba a cabo estudios en prisión. De acuerdo a los límites comentados anteriormente, el 47,0% tenían sobrepeso u obesidad (28,3% sobrepeso y 18,7% obesidad) y el 50,5% y el 36,9% presentaban alteraciones en los niveles de triglicéridos y colesterol respectivamente. Alrededor del 69,5% fumaban y sólo el 30% refirió practicar algún

tipo de actividad física durante 30 o más minutos al día (Tabla 1).

La prevalencia de consumo de alimentos ultra-procesados tres o más veces por semana era muy elevada (98,9%) y casi del 100% en las presas de etnia blanca.

En cuanto a las tres comidas principales del día, el 66,4%, el 66,1% y el 59,9% refirieron realizar desayuno, comida y cena todos los días respectivamente. El almuerzo de la mañana lo realizaban el 85,1% de

Tabla 2. Frecuencia en el consumo de alimentos según técnica de procesamiento. Presas de una institución penitenciaria de Sao Paulo, Brasil, 2012-2013.

Alimentos	Tipos	Nunca / ≤ 2 veces al mes		1 o 2 veces a la semana		≥ 3 veces a la semana	
		n	%	n	%	n	%
Naturales o mínimamente procesados*							
	Leche (entera o desnatada)	213	21.0	147	14.5	653	64.5
	Ternera, cerdo, pollo o pescado	63	6.3	924	91.1	26	2.6
	Huevos	437	43.2	555	54.7	21	2.1
	Arroz, pasta, cereales, judías y otras legumbres (lenteja, guisante, soja, garbanzo)	66	6.5	69	6.8	878	86.7
	Verduras (lechuga, kale, acelgas, berros, rúcula)	152	15.0	216	21.6	645	63.4
	Tubérculos (patata, mandioca, boniato)	152	15.0	541	53.4	320	31.6
	Verduras (zanahoria, chayote, remolacha, berenjena o calabacín)	334	33.0	167	16.5	512	50.5
	Frutas o zumos sin azúcares añadidos	93	9.2	474	46.7	446	44.1
Procesados**							
	Tocino (bacón, cortezas de cerdo). Queso (blanco o amarillo)	877	86.5	115	11.4	21	2.1
Ultra-procesados***							
	Carne procesada, fideos precocinados	274	27.0	522	51.6	217	21.4
	Galletas con o sin relleno. Yogurt o bollos (repostería en general). Helado. Palomitas	78	7.7	153	15.1	782	77.2
	Snacks (perritos, sándwich de jamón o queso, hamburguesas) o fritos	454	42.8	533	54.6	26	2.6
	Pan de perrito, pan de molde, margarina o mayonesa	69	6.8	67	6.7	877	86.5
	Bebidas y zumos con azúcares añadidos. Leche con cacao	52	5.1	268	26.5	693	68.4

Nota. * Alimentos no procesados o sometidos a procesos que no suponen la adición de sustancias: limpieza, retirada de partes no comestibles, trituración, pasteurización, refrigeración.

** Alimentos procesados industrialmente mediante la adición de sales, azúcares, aceites y otras sustancias con el fin de mejorar su conservación o su sabor.

*** Formulaciones industriales compuestas total o parcialmente por componentes alimentarios, derivadas de los mismos o sintetizadas en el laboratorio, con el fin de mejorar su conservación, funcionalidad, rentabilidad y sabor.

Fuente: Guías Alimentarias para la Población Brasileña (Ministerio de Sanidad 2014)

las participantes, el 58,4% tomaban algo por la tarde (merienda) y el 46,8% por la noche, antes de dormir (datos no incluidos en las tablas).

Los alimentos consumidos en el almuerzo y la merienda provenían mayoritariamente de sobras del desayuno y de la comida, obsequios de familiares durante las visitas del fin de semana o eran comprados en el economato de la prisión. Se trataba normalmente de pan, galletas y caramelos (datos no incluidos en las tablas).

En cuanto al grupo de alimentos naturales o mínimamente procesados, encontramos que el 86,7% de las presas refería consumir arroz, judías y harina de mandioca ≥ 3 veces a la semana. Otro tipo de alimentos consumidos con la misma frecuencia eran: leche (64,4%), verduras (50,5%), verdura de hoja verde (63,4%), fruta (44,1%) y tubérculos (32%). Aunque no fue posible comprobar la cantidad de consumo de verduras de cada individuo, las presas refirieron recibir el equivalente a 12 hojas verdes (dos veces a la semana) por celda (habitada por aproximadamente 30 mujeres). La carne de ternera, cerdo, pollo o el pescado se consumían 1 o 2 veces a la semana (91,1% de las participantes). El tipo de carne más comúnmente consumido era el pollo frito (79,2%) y el que menos el pescado (15,1%). Casi todas las encuestadas (97,9%) refirieron no consumir lácteos como el queso (Tabla 2).

Se observó una alta prevalencia en el consumo diario de alimentos ultra-procesados. El pan de perro caliente y el pan dulce con margarina lo consumían el 86,5% de las presas todos los días; las bebidas y zumos azucarados el 68,4% y el 77,2% refirió comer galletas tres o más veces a la semana, con o sin relleno, así como caramelos (Tabla 2).

Entre las presas encuestadas, el 86,2% refirió dejar comida en la bandeja. De entre éstas, el 73,9% se dejaba comida todos los días y el 41,6% refirió terminarse menos de la mitad de la comida que recibían. Además, el 26,3% dejaban todo tipo de alimentos y el 33% frecuentemente más de tres tipos de alimentos (datos no incluidos en las tablas).

DISCUSIÓN

Los resultados del estudio revelan una alta prevalencia en el consumo de alimentos ultra-procesados en la población de estudio, independientemente de variables sociodemográficas, conductas de salud, duración de la condena e indicadores del estado de salud. Se observó una diferencia estadísticamente significativa en cuanto a la etnia/color de piel, sin embargo, la pre-

valencia para ambas categorías era extremadamente alta lo cual revela una exposición homogénea a una dieta pobre y de baja calidad por parte de las presas.

El hecho de que la dieta de las presas fuera de tan baja calidad nutricional se correlaciona con la alta prevalencia de obesidad y dislipidemia observada. En cuanto al consumo de alimentos ultra-procesados, el estudio revela que hasta dos tercios de la población de estudio los tomaba todos los días (pan, galletas/galletas saladas y bebidas/zumos azucarados): un resultado dos veces más alto que el obtenido por la Encuesta Nacional de Salud¹⁷ en la población general.

Esto sugiere que la alimentación en prisión se caracteriza por un gran consumo de alimentos ultra-procesados, que son nocivos para la salud. Mientras que el consumo de azúcar de mesa se ha reducido dramáticamente en la alimentación brasileña en los últimos 15 años, el azúcar añadido a alimentos procesados se ha multiplicado por dos, especialmente por el consumo de bebidas azucaradas y galletas¹⁷.

Se sabe que la ingesta de bebidas azucaradas y el consumo de alimentos con una alta proporción de grasas saturadas, junto con la inactividad física, contribuyen al desarrollo de enfermedades crónicas tales como la obesidad, la diabetes, la hipertensión, los accidentes cerebrovasculares agudos, la dislipidemia, la enfermedad coronaria y el cáncer^{14,18-21}. A su vez, estos alimentos son predictores independientes del índice de masa corporal y un indicador fuerte de inseguridad alimentaria^{14,21}.

Se observó una frecuencia elevada en el consumo de alimentos naturales o mínimamente procesados, tales como el arroz, las judías y el harina de mandioca. Estos alimentos son parte de la dieta básica brasileña²³. De entre las carnes, la más consumida frecuentemente era el pollo frito. En cuanto a las verduras de hoja verde y otras, las frutas y los tubérculos, el consumo estaba por debajo de las recomendaciones de la OMS. El escaso consumo de verduras y frutas es uno de los diez principales factores de riesgo de las causas de muerte por ENT^{13,18}.

De acuerdo con la Encuesta Nacional sobre Salud¹⁷, dos tercios de las mujeres refirieron consumir leche tres o más veces por semana. La leche es rica en calcio, un nutriente esencial para los huesos. De ahí que el bajo consumo referido por un tercio de las presas se pueda ver agravado por una baja ingesta de otras fuentes de calcio como las verduras de hoja verde, oleaginosas y algunos tipos de pescado^{3,12}.

Ninguna medida cautelar debería evitar que las personas privadas de libertad tuvieran acceso a una alimentación adecuada y saludable, es decir que cuenten con seguridad alimentaria²². Los problemas asociados

a la privación de alimentos deben resolverse desde la perspectiva del derecho fundamental a una alimentación adecuada, en base a los principios de dignidad, igualdad y participación que subraya la importancia de definir las acciones necesarias para conseguir el bienestar de una población. Estos derechos deben garantizarse libres de discriminación cultural, económica, social, étnica, de género, lenguaje, religión, política o de cualquier otro tipo^{1,24}. Sin embargo, esto no excluye la necesidad de acciones afirmativas enfocadas a los grupos más vulnerables, especialmente las mujeres²⁴ y en particular aquellas que viven en prisiones bajo la tutela del Estado, que debe promocionar y proteger los derechos fundamentales de sus ciudadanos.

Entre las limitaciones de este estudio, debemos tener en cuenta que se trata de un estudio transversal, que no nos permite evaluar si se produjeron cambios en la calidad de la alimentación recibida en prisión, comparada con la consumida previamente fuera del sistema correccional. Otra limitación es la imposibilidad de evaluar en profundidad los alimentos traídos por familiares los fines de semana aunque según los referido por las presas, eran similares a los provistos por la institución penitenciaria. Es importante mencionar que los comentarios espontáneos de las presas durante las entrevistas enfatizaban la escasa calidad de la dieta en prisión. Se referían a los refrescos como “veneno”, a las albóndigas como “bolas asesinas” y al pollo frito como “suela de zapato”. Se quejaron sobre la cantidad insignificante de verduras de hoja verde y de otros tipos, de fruta y sobre el estado del arroz, que calificaron de duro y “pegajoso”. También refirieron que la cantidad de judías era escasa “en ocasiones sólo hay caldo”. Todo esto se comentó en sus explicaciones de por qué se dejaban parte de las comidas. Además, las presas no disponen de un área de comedor y comen aparte en sus celdas. Es de sobra conocido el impacto del ambiente sobre la cantidad que se come y el placer que se experimenta al comer. Los olores, sonidos, la iluminación, la limpieza y otras características son a su vez importantes⁶.

Adoptar una dieta saludable no es meramente una decisión personal, y menos aún en una situación de encarcelamiento, en la que la oferta se convierte en un consumo obligatorio. Dentro de prisión, los factores tales como el ambiente físico y psicológico así como la calidad de la comida podrían modificarse fácilmente si se respetaran los derechos fundamentales de estas mujeres²⁴.

Nos gustaría hacer hincapié en que independientemente del segmento social definido por la clase social, las condiciones económicas o legales, el Estado y las autoridades sanitarias deben utilizar todos los medios

a su alcance, incluidas la legislación y las regulaciones legales para detener y reducir la tendencia que hay a sustituir los alimentos mínimamente procesados por los ultra-procesados²⁵⁻²⁷.

Un estudio llevado a cabo en el Reino Unido¹⁹, demostró que la reducción en el consumo de alimentos procesados y ultra-procesados puede conllevar una reducción del 10-13% en la mortalidad por enfermedad cardiovascular. Sin embargo, la responsabilidad de extrapolar esta evidencia a políticas que faciliten estilos de vida más saludables ha sido desatendida en la población general y más aún en la población privada de su libertad. La provisión de alimentos saludables como parte de un derecho fundamental de los presos debe ser reconocida como una responsabilidad del Estado. Desafortunadamente, nuestros resultados sugieren que el Estado continúa pensando que su única responsabilidad es cubrir las necesidades mínimas nutricionales en base a la provisión de grandes cantidades de alimentos hipercalóricos ultra-procesados lo cual contribuye a la inseguridad alimentaria en las poblaciones más vulnerables²².

CONCLUSIONES

Dado que la comida no se prepara en la prisión sino que depende de una empresa externa, está en manos del Comité de Evaluación de la Alimentación cambiar esta desafortunada situación. La planificación del menú debería mejorarse de acuerdo con los presos, para ofrecer alimentos más saludables que podrían contribuir a una menor incidencia de ENT en este particular grupo de la población brasileña.

Como medida a medio-largo plazo, proponemos que los presos tengan un espacio destinado a preparar la comida. La participación de las presas en la adquisición de los alimentos, en la planificación del menú y en su preparación podría ser una oportunidad de desarrollo educacional y profesional, así como una práctica sólida de salud pública en el sistema penitenciario.

Finalmente, recomendamos, que cuando se realicen encuestas nacionales sobre salud, alimentación y seguridad alimentaria, se considere la población reclusa para que dejen de ser “invisibles” a los ojos de las instituciones de investigación.

CORRESPONDENCIA

Celene Aparecida Ferrari Audi
Universidad de Campinas, Sao Paulo, Brasil.
E-mail: celenefaudi@yahoo.com.br

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ação Brasileira pela Nutrição e Direitos Humanos (ABRANDH). O Direito Humano à Alimentação Adequada e o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SESAN. Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional – CAISAN. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome – MDS. 2010. <http://www.oda-alc.org/documentos/1374763097.pdf> (acessado em 10/dez/2016).
2. Castanho GKF, Marsola FC, Mcllellan KCP et al. Consumption of fruit and vegetables associated with the Metabolic Syndrome and its components in an adult population sample. *Cien Saúde Colet.* 2013;18(2):385-92.
3. Monteiro CA. Nutrition and health. The issue is not food, nor nutrients, so much as processing. *Public Health Nutr.* 2009;12(5):729-31.
4. Mondini L, Monteiro CA. Changing diet patterns in Brazil (1962-1988). *Rev Saúde Pública.* 1994;28(6):433-9.
5. World Health Organization (WHO). Noncommunicable diseases country profiles 2014. Geneva: World Health Organization, 201. 210p.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Vigitel Brasil 2014.* Brasília: Ministério da Saúde, 2015.152p.
7. Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM. Chronic non communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet.* 2011; 377(9781):1949-1961.
8. Ministério da Saúde. Guia alimentar para a população brasileira, 2014. <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/novembro/05/Guia-Alimentar-para-a-pop-brasiliera-Miolo-PDF-Internet.pdf> (acessado em 16/março/2016).
9. Fisberg RM, Morimoto JM, Bueno MB. Hábito Alimentar qualidade da dieta. In: Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. *As dimensões da Aderaldo & Rothschild.* 2008. (Saúde em debate; v 184).
10. World Health Organization (2003) Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. Geneva (WHO Technical Report Series, 916).
11. Alves ALS, Olinto MTA, Costa JSD, et al. Dietary patterns of adult women living in an urban area of Southern Brazil. *Rev Saúde Pública* 2006; 40(5):865-73.
12. Araujo MC, Bezerra IN, Barbosa FS, Leite JW, Massae YE, Alves PR et al. Macronutrient consumption and inadequate micronutrient intake in adults. *Rev. Saúde Pública.* 2013;47 suppl.1:S177-S189. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000700004&lng=es.<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102013000700004>.
13. Monteiro CA, Levy RB, Claro RM, Castro IRR, Cannon G. A new classification of foods based on the extent and purpose of their processing. *Cad Saúde Pública.* 2010;26(11):2039-49.
14. Moubarac JC, Parra DC, Cannon G, Monteiro CA. Food Classification Systems Based on Food Processing: Significance and Implications for Policies and Actions: A Systematic Literature Review and Assessment. *Curr Obes Rep.* 2014;3(2):256-72.
15. Audi FCA, Santiago SM, Andrade MGG, Francisco PMB. Inquérito sobre condições de saúde de mulheres encarceradas. *Saúde Debate.* 2016; 40 (109): 112-124.
16. World Health Organization. *Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic.* Geneva; 1999. (WHO technical report series 894). http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/ (acessado em 10/mar/2016).
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas.* Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94074.pdf> (acessado em 15/dez/2016).
18. World Obesity Federation, Consumers International Recommendations towards a Global Convention to Protect and Promote Healthy Diets. London: WOF-CI, 2014. <http://wphna.org/wp-content/uploads/2014/07/WN-Feedback-Framework-Convention-on-foods-and-diets-Calvillo.pdf>. (acessado 29/dez/2016).
19. Belahsen R. Nutrition transition and food sustainability. *Proceedings of the Nutrition Society* 2014;73(3):385-8.
20. Levy RB, Claro RM, Mondini L, Sichieri R, Monteiro CA. Regional and socioeconomic distribution of household food availability in Brazil, in 2008-2009. *Rev Saúde Pública* 2012;46(1):6-15.
21. Pérez-Escamilla R, Obbagy JE, Altman JM et al. Dietary energy density and body weight in adults

- and children: a systematic review. *J Acad Nutr Diet* 2012;112(5):671-84.
22. Pérez-Escamilla R. Can experience-based household food security scales help improve food security governance? *Glob Food Sec.* 2012; 1(2):120-5.
 23. Monteiro CA, Levy RB, Claro RM, de Castro IR, Cannon G. Increasing consumption of ultra-processed foods and likely impact on human health: evidence from Brazil. *Public Health Nutr.* 2011;14(1):5-13.
 24. Rudnicki D. Comida e Direitos humanos no Presídio Central de Porto Alegre. *Revista de Direito GV SÃO PAULO.* 2011; 7(2): 515-538 .
 25. World Health Organization. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. http://whqlibdoc.who.int/trs/who_trs_916.pdf (acessado em 10/Abr/2016).
 26. Moreira PV, Baraldi LG, Moubarac JC, Monteiro CA. Comparing different policy scenarios to reduce the consumption of ultra-processed foods in UK: Impact on cardiovascular disease mortality using a modelling approach. *PLoS One.* 2015;10(2):e0118353.
 27. Moodie R, Stuckler D, Monteiro C, et al. Profits and pandemics: prevention of harmful effects of tobacco, alcohol, and ultra-processed food and drink industries. *Lancet.* 2013;381(9867):670-9.