

Andréia Mendes dos Santos

**SOCIEDADE
DO CONSUMO**

CRIANÇA E PROPAGANDA,
UMA RELAÇÃO QUE DÁ PESO



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

Chanceler:

Dom Dadeus Grings

Reitor:

Joaquim Clotet

Vice-reitor:

Evilázio Teixeira

Conselho Editorial:

Antônio Carlos Hohlfeldt

Elaine Turk Faria

Gilberto Keller de Andrade

Helenita Rosa Franco

Jaderson Costa da Costa

Jane Rita Caetano da Silveira

Jerônimo Carlos Santos Braga

Jorge Campos da Costa

Jorge Luis Nicolas Audy (Presidente)

José Antônio Poli de Figueiredo

Jussara Maria Rosa Mendes

Lauro Kopper Filho

Maria Eunice Moreira

Maria Lúcia Tiellet Nunes

Marília Costa Morosini

Ney Laert Vilar Calazans

René Ernaini Gertz

Ricardo Timm de Souza

Ruth Maria Chittó Gauer

EDIPUCRS:

Jerônimo Carlos Santos Braga – Diretor

Jorge Campos da Costa – Editor-chefe

Andréia Mendes dos Santos

SOCIEDADE DO CONSUMO:

criança e propaganda, uma relação que dá peso



Porto Alegre, 2009

© EDIPUCRS, 2009

Capa:
Vinícius Xavier

Preparação de originais:
Eurico Saldanha de Lemos

Revisão: da Autora

Editoração e composição:
Phenix Produções Gráficas

Impressão e acabamento



Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S237s Santos, Andréia Mendes dos
Sociedade do consumo: criança e propaganda, uma relação que dá peso / Andréia Mendes dos Santos. – Porto Alegre: EDIPUCRS, 2009.
176 p.
ISBN: 978-85-7430-837-1
1. Serviço Social. 2. Sociedade de Consumo. 3. Obesidade – Assistência Social. 4. Crianças – Televisão – Influência. 5. Crianças e Mídia. 6. Propaganda – Aspectos Sociais. 7. Crianças – Saúde Pública. I. Título.
CDU 362.7

Ficha Catalográfica elaborada pelo
Setor de Tratamento da Informação da BC-PUCRS.



Av. Ipiranga, 6681 – Prédio 33
Caixa Postal 1429
90619-900 – Porto Alegre – RS – Brasil
Fone/fax: (51) 3320-3523
e-mail: edipucrs@pucrs.br

Proibida a reprodução total ou parcial desta obra sem autorização expressa da Editora.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho somente foi possível pela colaboração de pessoas e entidades. Gostaria de apresentar meus agradecimentos a estas, em especial:

- A minha família: meu marido Kinka, meus filhos João Pedro e Luiza, minha mãe Jussara e meu “quase-pai” Paulo Antônio.
- A Prof^a. Doutora Patrícia Krieger Grossi, Faculdade de Serviço Social PUCRS, orientadora da Tese.
- A Prof^a. Doutora Maria Isabel Barros Bellini (banca examinadora). Faculdade de Serviço Social PUCRS.
- A Prof^a. Doutora Beatriz Regina Lara dos Santos (banca examinadora). Faculdade de Enfermagem, Nutrição e Fisioterapia PUCRS.
- A Prof^a. Doutora Vera Maria Ribeiro Nogueira. UFSC – Faculdade de Serviço Social/ UCPEL – Universidade Católica de Pelotas.
- As alunas da Faculdade de Serviço Social PUCRS, que participaram ativamente como equipe de Pesquisadores: Jaqueline Moraes, Roseli C. Vargas, Márcia B. dos Santos, Daniela M. Petró, Carmen M. Pereira, Fabiane A. Souza e Francisca M. dos Santos.
- As Instituições Escola de Ballet Gutierrez; Planet Ball – Escola de futebol infantil; Pronto Kids – Clínica de Pronto-Atendimento pediátrico de Porto Alegre, em especial ao Dr. Marcelo Porto; ao Bar da Escola Pastor Dohms, unidade Higienópolis, Sr. Luiz e Dona Lurdes; a Escola Estadual Dom João Becker e ao Consultório de Odontopediatra, Dra. Betine Severo.
- A Faculdade de Serviço Social PUCRS, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social.
- Ao CNPQ.
- A todos que participaram desta pesquisa.

*Dedico esta obra
a todas as crianças.
Em especial, duas delas:
João Pedro e Luiza, meus filhos.
Com eles, e por já ter sido
criança também,
fui instigada a investigar
uma das brincadeiras
de criança preferida:
o consumo.*

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11
1. INFÂNCIA COM PESO: UM DESAFIO PARA A SOCIEDADE	21
Um breve histórico da Alimentação	26
Com a palavra: o corpo	30
Notas sobre a Obesidade	33
2. POLÍTICAS PÚBLICAS: A ATENÇÃO À SAÚDE E A ALIMENTAÇÃO NO BRASIL	47
As Políticas Sociais Brasileiras na Área da Saúde:	
o direito à saúde	56
Os Direitos à Alimentação e do Consumidor	59
3. ESTÍMULO AO CONSUMO: TELEVISÃO QUE ENGORDA ..	75
A Sociedade de Consumo	76
O Papel da Mídia	80
A infância e a Família na Sociedade de Consumo	83
4. METODOLOGIA	93
O Lugar do estudo: Porto Alegre/RS	97
Os sujeitos da Pesquisa	98
Aspectos Éticos da Pesquisa	99
Procedimentos para coleta de informações	100
O Cálculo da Amostra	100
Os Primeiros contatos e o Convite para participar da Pesquisa	102
A Equipe de Pesquisa	102
A Coleta de Informações	103

Os Instrumentos	104
Procedimentos para análise das informações	106
5. ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES	111
As Famílias do Estudo	113
Em cena: as crianças	116
Exposição à Mídia e Sociedade de Consumo	120
Qualidade Alimentar	126
Qualidade de Vida	133
Conversando sobre Obesidade Infantil, entrevistas com quem conhece o assunto: a Família	141
CONSIDERAÇÕES FINAIS	155
Referências	167

APRESENTAÇÃO

Os problemas de sobrepeso e obesidade vêm tornando-se notícia freqüente, ocupando espaço em reportagens de revistas, jornais e especiais em programas de televisão. O aumento dos índices de obesidade tem levado o Governo, através de Órgãos competentes, a analisarem formas alternativas de controlar a situação através de projetos que visem à melhoria da qualidade alimentar, segurança e educação, entre outros. Em 1999, foi aprovada a estruturação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, proposta pelo Ministério da Saúde do Brasil¹. Mais recentemente, através da televisão, têm sido veiculadas propagandas que abordam e orientam sobre a questão do peso e, especificamente, da obesidade infantil.

Na mesma perspectiva, ainda se observa o crescimento de instituições fundadas no intuito de combater e prevenir o sobrepeso e a obesidade, bem como o aumento da procura por atendimento especializado nos consultórios privados. A obesidade é mais comum do que se imagina, atingindo a população de modo geral e apresentando-se como um problema social, com sérios danos à sociedade tanto como o tabagismo, o alcoolismo e as drogas, entre outros. Dados apontam que 40% da população brasileira encontra-se com excesso de peso (IBGE, 2005) e,

¹ A Política Nacional de Alimentação e Nutrição é um conjunto de políticas do Governo voltadas à concretização do direito humano universal à alimentação e nutrição adequadas. Desenvolvida, efetivamente, a partir de 2002, sob a orientação da Estratégia Global para a Promoção da Alimentação Saudável e Atividade Física (OMS, 2002).

para a Organização Mundial da Saúde, a obesidade é considerada como um fenômeno global.

Em 1989, existia no Brasil cerca de um milhão e meio de crianças obesas, correspondendo 50% às meninas e 48% aos meninos. A prevalência de obesidade nas regiões Sul (7,2%) e Sudeste (6,2%) eram duas a três vezes maiores do que na região Nordeste (2,5%), ficando as regiões Norte e Centro-Oeste em situação intermediária. Atualmente, o sobrepeso e a obesidade vêm ocorrendo nas diversas estratificações sociais, não mais relacionando-se apenas às classes mais privilegiadas economicamente. Observa-se que a situação da obesidade engloba outros elementos para além dos aspectos fisiológicos e econômicos. No caso do peso, o processo que situa a obesidade como doença é, muitas vezes, atrapalhado pela construção social de que o gordo é assim porque quer. Saúde, hoje, significa mais que a ausência de doença, relacionando-se diretamente com a noção de qualidade de vida dos indivíduos.

Antigamente, o problema da obesidade era costumeiramente estudado pelas ciências médicas. A partir do crescimento da Nutrição como área de estudo, este problema também passou a ser compartilhado com esta área. Porém, nem a Medicina e nem a Nutrição, sozinhas, conseguiram atender à complexidade dos fenômenos psicossociais e culturais que se fazem presentes na problemática da obesidade. Atualmente, este problema também tem sido estudado por profissionais das áreas da Psicologia, do Serviço Social e afins. Apesar disto, em pesquisa à Capes, identificou-se que a partir de 1999 foram realizadas 250 dissertações e teses que abordavam a problemática do peso. Na maioria, estas produções tiveram o enfoque médico, demonstrando a necessidade de contribuições das outras áreas.

A criança obesa, hoje, se não lhe for dada a devida atenção, será o adolescente obeso de amanhã e o adulto obeso, no futuro. Os prejuízos do convívio dos sujeitos com a obesidade

podem se agravar com a associação com outras doenças, como diabetes, problemas coronários, câncer, entre outros, ou pela exclusão e desajustamento do indivíduo do convívio social. Excesso de peso está, na grande maioria das vezes, relacionado com excesso de comida. A pessoa obesa ao sentir-se desajustada ou desconfortável tem sua auto-estima fragilizada e acaba buscando consolo na própria comida (SANTOS, 2003).

O tema da obesidade infantil e sua relação com a família foram abordados anteriormente². A relevância desta temática vem sendo estudada desde que o estudo de Dissertação de Mestrado e a Tese de Doutorado, ambos em Serviço Social PUCRS, deram continuidade às investigações. No primeiro estudo, 34 familiares de crianças obesas – com idade entre 8 e 11 anos incompletos –, encontraram-se por um período de nove meses, um encontro mensal, e nas falas das famílias, identificou-se que o mercado de consumo farto e criativo e o assédio da mídia estariam, segundo a experiência de quem convive com a doença, prejudicando o controle da epidemia. Neste atual estudo, é justamente esta a tese: de que a mídia prejudica o controle da epidemia da obesidade. Para tal, apóia-se em pressupostos que relacionam mídia, atividade física e qualidade alimentar, incluindo-se as dietas.

Esta pesquisa teve os seguintes objetivos:

1. Verificar a relação da obesidade infantil e a exposição da criança à mídia televisiva.
2. Identificar o papel da mídia na incitação ao consumo de alimentos pelas crianças.

² SANTOS, A.M. *Obesidade Infantil: a Família com Excesso de Peso*. Dissertação de Mestrado em Serviço Social PUCRS, concluída em março de 2003. Pesquisa exploratória analisada com base no referencial teórico da representação social.

3. Analisar os mecanismos utilizados pelas crianças e suas famílias para enfrentarem a oferta visual de alimentos disponíveis no mercado de consumo.

4. Avaliar o percentual de crianças com sobrepeso/obesidade menores de 12 anos na cidade de Porto Alegre.

Uma investigação surge da necessidade de responder a questões que se deseja conhecer. As questões que nortearam essa pesquisa foram:

1. Como o tipo de alimentação e a relação com a comida, na vida contemporânea, influenciam para a obesidade infantil?

2. Qual a influência da mídia na aquisição dos produtos alimentícios e de que forma isto vem contribuindo para a obesidade infantil?

3. Como as crianças e as famílias se comportam frente ao assédio e à diversidade de produtos alimentícios disponíveis no mercado?

A relevância desta pesquisa configura-se na medida em que se constata o crescimento dos casos de obesidade em nossa sociedade. A delimitação do tema obesidade infantil, a partir do "empanturramento" por ofertas saborosas e visualmente sedutoras, sob a ótica da mídia, ocorre na tentativa de desvelar uma questão pouco contemplada na literatura disponível, possibilitando o olhar para a problemática sob uma perspectiva crítica. Por outro lado, o crescente reconhecimento da interdisciplinaridade no tratamento de fenômenos multifatoriais tem impulsionado a busca de novas formas de intervenção e de competências profissionais, incluindo-se aí o Serviço Social e a Psicologia, entre outros, a serem utilizados para o enfraquecimento e controle das doenças.

A partir da tese de que a mídia prejudica no controle da epidemia da obesidade, e apoiados em hipóteses que relacionam a mídia, atividade física e qualidade alimentar, nosso pro-

blema de pesquisa foi assim definido: De que forma as ofertas da sociedade de consumo contribuem ou influenciam para o agravamento da obesidade infantil, tornando-se um dos problemas emergentes da área da Saúde Pública? Como as famílias enfrentam este problema?

A pesquisa utilizou o referencial epistemológico dialético-crítico, cuja abordagem privilegia que a sociedade se encontra em permanente movimento, pressupondo uma constante transformação. A relação entre todas as coisas em movimento só é possível porque coexistem forças contrárias que tendem permanentemente à oposição (GADOTTI, 1993). No caso da obesidade, apesar de ser uma doença antiga, atualmente a partir de seu quadro epidêmico, configura-se como um novo fenômeno contemporâneo. A doença apresenta a contradição de, por um lado, enfraquecer, fragilizar e excluir os portadores (FELIPPE, 2001); por outro se percebe um incentivo ao comer, ao prazer na alimentação. À luz das categorias totalidade, contradição e historicidade satisfazem-se a contextualização do evento, articulando a teoria com o processo investigativo proposto no estudo (PRATES, 2003; GADOTTI, 1993; GAMBOA, 1991).

O estudo foi realizado com 424 familiares de crianças com idade inferior a 12 anos, moradoras de Porto Alegre. A partir da proporcionalidade da população residente em cada Região do Orçamento Participativo, a amostra foi delimitada. Foram aplicados questionários estruturados em todas as famílias e, com oito familiares de crianças com diagnóstico de obesidade, realizada entrevista.

Inicialmente foi realizada a análise estatística descritiva, na qual as variáveis quantitativas foram descritas através de média e desvio-padrão e as qualitativas através de frequências absoluta e relativa. Para avaliar a associação entre as variáveis, o teste Qui-Quadrado de Pearson foi aplicado. Para complementar esse teste, os resíduos ajustados foram utilizados. O nível de

significância adotado foi de 5%, sendo considerados significativos valores de $p \leq 0,05$, e as análises foram realizadas no programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 10.0.

As entrevistas foram avaliadas através dos métodos da Análise de Conteúdo, seguindo os procedimentos apontados por Bardin (1979). As investigações abordaram atitudes, valores, representações, mentalidades, ideologias. Nesta técnica, é imprescindível a decomposição da mensagem e depois sua reconstituição, até que seja identificada a presença ou a ausência de uma característica de conteúdo conferindo novo significado nos conteúdos sobre a obesidade e a mídia.

Este estudo foi desenvolvido junto ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da PUCRS, situando-se no eixo temático Serviço Social e Políticas Sociais e contou com o apoio do Programa de Pesquisa para Aluno (bolsa PUC/PBA), além de um grande número de alunos da Faculdade de Serviço Social PUCRS, na condição de voluntários. A participação desta equipe, minuciosamente qualificada através de capacitação, foi um dos responsáveis pela viabilidade deste estudo.

A pertinência do olhar do Serviço Social à obesidade relaciona-se ao próprio conceito da doença e a sua análise socio-cultural e política, que investiga o crescente fenômeno como mais uma refração da questão social decorrente do modo de vida atual, segundo o qual o consumo e a acumulação produzem uma doença a partir do uso e abuso da superalimentação. A partir da ampliação dos conhecimentos produzidos por outras áreas, associados às reflexões acerca dos fenômenos com os quais os assistentes sociais se deparam na sua prática, se estabelece um processo de mudança e de transformação social do qual este profissional participa efetivamente, utilizando suas ferramentas de análise para compreensão e intervenção na totalidade do fenômeno, bem como na singularidade da questão social.

O Serviço Social contribui ao olhar para a contradição implícita na obesidade, que por um lado apresenta-se como uma doença enfraquecedora, fragilizadora e estigmatizadora dos sujeitos, tendo como consequência a exclusão dos mesmos; de outro lado, percebe-se um incentivo social à ingestão de alimentos, servindo estes como fontes de prazer e felicidade. A leitura desta realidade, contextualizada na historicidade e na totalidade (FALEIROS, 1997; MARTINELLI, 1998) são objetos do Serviço Social (FELIPPE, 2001).

O projeto ético-político da profissão, delineado no Código de Ética dos Assistentes Sociais, de 1993, define princípios fundamentais: reconhecer a liberdade como valor ético central das demandas políticas a ela inerentes (autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais), bem como o empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, a participação de grupos socialmente discriminados e a discussão das diferenças. A dimensão ética implica a "crítica sistemática à alienação moral, à discriminação, ao preconceito, ao moralismo, ao individualismo, ao egoísmo moral, entendidas como formas de expressão das relações sociais fundadas na exploração do trabalho e na apropriação privada da riqueza socialmente construída pelo gênero humano" (BRITES e BARROCO, 2000:198). O agir ético supõe a consciência da liberdade e a responsabilidade diante das escolhas que ultrapassam o olhar individual, para atingir o aspecto social, humano e coletivo. Se crianças estão adquirindo sobrepeso e obesidade, estamos tratando de um problema ético e, portanto, coletivo. Dessa forma, a questão torna-se social e abarca uma futura geração. A emancipação da sociedade não pode estar condicionada aos ditames da moda e dos valores comercialmente interessantes aos donos do capital (SANTOS e FELIPPE, 2004).

Assim, a saúde física, emocional e social dos indivíduos que sofrem de obesidade fica fragilizada e prejudicada, mas a

obesidade é produzida por esta mesma sociedade, que vai estimulando o comer. Os sujeitos sociais se inserem e participam da vida social ora como agentes passivos, ora como agentes ativos (KERN, 2003). Privilegiando a noção de sujeito social, o Serviço Social volta sua intervenção na perspectiva do fortalecimento dos sujeitos, no resgate da auto-estima, autonomia e cidadania.

Compete ao Serviço Social, nessa perspectiva, prover os cidadãos através da criação de políticas públicas de proteção, orientação, socialização, fortalecimento de autonomia, assim como nos processos de escolhas. Segundo Yamamoto (1998), o assistente social tem sido um dos agentes que implementa políticas sociais, especialmente as públicas; um executor terminal que atua diretamente com a população usuária, tanto como o psicólogo.

A Psicologia e o Serviço Social têm contato diariamente com a questão da obesidade, em suas práticas profissionais. Assim, confirma-se a inerente necessidade destas áreas do saber para o controle da epidemia, junto com os médicos e os nutricionistas e outros profissionais que se encontrem vinculados com esta problemática pública.

Além disto, o Serviço Social, na contemporaneidade, vem contribuindo com produções no campo da interdisciplinaridade e também das práticas educativas, entre outros (MARTINELLI, 1998), fatores essenciais para o controle, tratamento e prevenção da epidemia mundial da obesidade. O Serviço Social, numa análise histórica (FALEIROS, 1997) faz as mudanças dentro da dinâmica de movimentos com suas particularidades, citando os negros, as vítimas, os homossexuais, entre outros. Refere-se, então, da participação da profissão nas lutas das minorias. Minorias definidas pelo autor como: *“Conjunto social que se encontra, se sente e se representa como discriminado e oprimido na sociedade, nas relações sociais estruturantes de classe,*

de gênero, orientação sexual, raça, cultura”. (2001:19). Neste sentido e nesta perspectiva inclui-se a obesidade, que muito se distancia da noção de minoria numérica, apresentando dados alarmantes e configurando-se como uma doença de saúde pública. Profissionais de várias áreas afins têm se dedicado a esta questão, e aqui se inclui o Serviço Social.

Para fins de organização, o estudo encontra-se assim disposto: no capítulo 1, buscou-se contextualizar a infância com sobrepeso/obesidade nos mais variados ângulos que contribuíssem para a compreensão da doença; o capítulo 2 aborda uma revisão sobre as Políticas Públicas brasileiras, na área da alimentação, desvelando, que, historicamente, programas sociais sempre se mantiveram orientados à questão da fome. Neste sentido, pode-se avaliar a obesidade e a fome como dois problemas resultantes da mesma ordem: a desnutrição do povo do Brasil. A sociedade de consumo foi o carro-chefe do capítulo seguinte. O consumo de mercadorias é inerente ao sistema capitalista e a mídia se encontra entre as estratégias adotadas para aguçar este dispêndio. Especificamente, este estudo se concentra na mídia televisiva, uma vez que dados apontam que as crianças passam extensos períodos acompanhados por esta babá eletrônica. Também considera-se que, através da televisão, as crianças ficam informadas sobre novos produtos, têm acesso à embalagens disponíveis ou às ofertas que lhes parecem interessantes.

O capítulo 4 expõe a análise da pesquisa, articulando as categorias inicialmente previstas (mídia e sociedade de consumo, peso e qualidade alimentar) com aquelas que surgiram a partir dos significados dos sujeitos. Assim, precisou-se atentar, também, aos sentimentos dos familiares, à qualidade de vida e às estratégias que as famílias adotam para enfrentarem o problema da obesidade infantil. Por fim, as considerações procuram pontuar os resultados da pesquisa, retornando às indagações que provocaram este estudo. Para além, surgem elementos

a partir da realidade das famílias com obesidade infantil. Estes novos achados formam resultados expressivos ao nos referirmos a esta doença.

O presente estudo contempla uma preocupação ímpar em relação às crianças e à infância de hoje. Os filhos e amigos deixaram de brincar na rua e, de forma muito precoce passaram a conviver com sentimentos negativos de mal-estar, fruto da vulnerabilidade que gera sintomas sociais como a obesidade infantil.

1

INFÂNCIA COM PESO: UM DESAFIO PARA A SOCIEDADE

A infância vem sendo o foco de discussão de diversas áreas, como a medicina, a psicologia, o direito, a pedagogia, a sociologia e o serviço social, entre outras. Porém, especificamente o conceito de infância tem sofrido transformações, as quais o tornaram sujeito, e também objeto, inserido no projeto de constituição do sujeito moderno.

O conceito de infância, enquanto fase da vida, não tem mais de dois séculos de existência (ARIÈS, 1981). Sua concepção foi sendo elaborada de maneira articulada a toda uma conjuntura, que esboçou a chamada época moderna, junto ao surgimento e à consolidação dos modos de produção capitalista. Assim, o modo como compreendemos a infância hoje nasce junto a um novo conceito de homem, caracterizado por Bujes (2002) como um sujeito autônomo, empreendedor e competitivo.

Em uma outra perspectiva, se reconhece que a infância surge como metáfora de uma investigação que os homens faziam sobre si mesmos (CHARLOT, 1986). Isso teve as suas repercussões na concepção de infância, passando a criança a ser vista como dependente do adulto (ARIÈS, 1981). Na medida em que a criança não está, de fato, inserida no processo de produção, ela é tratada como ser incompleto que precisa ser educada sob a “nova lógica” desse sistema econômico-cultural.

Ainda hoje, a criança é vista de maneira paradoxal: por um lado, é tratada como símbolo de pureza, livre ainda das im-

plicações trazidas pelo mundo do trabalho; por outro, é associada à idéia de futuro, e passa a ser considerada a partir daquilo que ainda não é, mas que, supostamente, se tornará se orientada pela lógica do trabalho e da produção.

O Brasil foi o primeiro país, da América Latina, a promover e proteger os direitos da criança e do adolescente. Em 1989 foi assinada a Convenção Internacional dos Direitos da Criança³, que acabou culminando com a Lei nº 8.069⁴ – Estatuto da Criança e do Adolescente, na tentativa de garantir os direitos da criança em todas as etapas de seu desenvolvimento, passando a criança a ser vista como sujeito de direitos e devendo ser respeitada sua condição peculiar de sujeito em desenvolvimento.

A infância encontra-se dividida em duas etapas. A primeira, que perdura até aproximadamente 6 anos, também é conhecida como pré-escolar. Nesta época, ocorre, principalmente, o desenvolvimento da fala e do sistema motor. Durante a primeira infância, meninos e meninas crescem de uma mesma forma: o desenvolvimento é contínuo e é esperado um ganho de estatura maior em relação à massa corporal (peso). Segundo Curvo (2001), as massas óssea e muscular são os grandes responsáveis por esta proporção; nos meninos, a massa corporal tende a ser mais elevada que a massa corporal das meninas, devido à massa muscular menor.

Os meninos, na idade escolar, ou segunda infância, que dura dos 6 aos 12 anos, aproximadamente, também têm a ten-

³ A Declaração dos Direitos da Criança adotada pela ONU em 20 de novembro de 1959 e ratificada pelo Brasil, já previa à criança o direito à alimentação, recreação e assistência médica adequada. Este documento foi básico para a formulação do ECA. Em 1989, em comemoração aos 30 anos da Primeira Declaração, os países que formam a ONU subscreveram a Convenção sobre os direitos da criança, aprovada pela Assembléia – Geral das Nações Unidas, em 20 de novembro de 1989 (SARAIVA, 2003).

⁴ O ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente foi sancionado no dia 13 de julho de 1990, pelo Presidente Fernando Collor de Melo.

dência a possuírem maior massa muscular, o que se manifesta através de um corpo mais forte. Neste período, o crescimento corporal reduz a velocidade, e as habilidades motoras são muito aprimoradas. Ainda em relação ao corpo, os meninos tendem a desenvolver a caixa torácica, enquanto que nas meninas se inicia o alargamento dos quadris. A segunda infância caracteriza-se como a primeira crise em relação ao corpo (CURVO, 2001) e esta frustração se configura importante na continuidade do desenvolvimento e na preparação para a puberdade/adolescência e vida adulta.

Para que o desenvolvimento seja pleno, é importante que a pessoa satisfaça necessidades⁵, essenciais à sobrevivência. Entre estas, encontram-se a alimentação. Por esta razão, a alimentação é permanentemente presente na vida; porém, a forma do homem relacionar-se com a comida tem sofrido inúmeras transformações ao longo dos anos. Estas modificações são, entre outras, reflexos das alterações nas sociedades e no modo de vida dos sujeitos. A falta de alimento pode levar o sujeito à morte (por inanição) ou, ao contrário: à obesidade. O excesso de peso

⁵ Ao nos referirmos à necessidade, estamos problematizando características essenciais à sobrevivência humana. Neste sentido, resgata-se a discussão política sobre a dimensão de necessidades mínimas, previstas na Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS. Potyara Pereira (2000) relaciona e, ao mesmo tempo, diferencia o conceito de necessidades mínimas e de necessidades básicas. Para a autora, os mínimos devem ser cada vez mais otimizados, pois preconiza exatamente o mínimo necessário à satisfação humana, enquanto que o básico corresponde ao alicerce mínimo que deve ser tido como referência, onde deve haver a qualificação necessária afim da qualidade de vida. O conceito de necessidade básica se aplica no caso da alimentação pois o homem não sobrevive a longos períodos sem a ingestão de comida qualquer que seja, podendo, aqui, estamos relacionando a alimentação com sua noção de necessidade básica. Porém, ao nos referirmos à alimentação balanceada e equilibrada, de acordo com as recomendações da OMS, estamos nos dirigindo ao aspecto alimentar sob a noção qualificada do básico necessário.

é considerado fator de vulnerabilidade⁶ individual, com consequências às doenças potencialmente fatais.

Estar vulnerável, hoje, para a saúde, significa as chances de exposição das pessoas ao adoecimento, considerando os componentes individuais, sociais e programáticos que são inseparáveis para a instalação de doenças. Neste sentido, o conceito de vulnerabilidade é de relevante importância para doenças epidêmicas, como a obesidade, uma vez que reconhece as limitações do sujeito e parte em busca de reconhecer outros elementos que compõem a problemática. Segundo Ayres et al (2003), o reconhecimento de que as doenças desenvolvem-se em condições compostas por variados elementos que contribuem para o alívio na tendência à culpabilização individual, que atribui a doença à falha do indivíduo na sua prevenção.

As doenças da obesidade e do sobrepeso se constituem, no imaginário social, como única responsabilidade dos seus portadores. Parece que o gordo assim é porque quer. Este tem sido alvo de zombaria e sofre discriminação no grupo social, é negligente e negligencia o tratamento e a prevenção da doença.

Neste capítulo, apresentam-se elementos referentes à história da alimentação que contribuem para a análise a atual situação da obesidade. Quanto à doença, são registrados aspectos relevantes como: definição, diagnóstico, aspectos psicossociais,

⁶ O termo vulnerabilidade vem sendo mais utilizado a partir da epidemia do HIV/AIDS e encontra-se diretamente relacionado com renovações de práticas de prevenção e promoção da saúde; na intenção básica de garantir os direitos de cidadania, perpassando pela questão da saúde e o movimento dos Direitos Humanos (ALVES, 1994). A partir das discussões acerca dos grupos de risco, principalmente relacionados a portadores de HIV/AIDS foi possível reconhecer a estigmatização e a exclusão à qual os doentes estavam submetidos. Atualmente, na tentativa de reverter efeitos indesejados, o conceito utilizado encontra-se vinculado a comportamento de risco, passando a valorizar, de forma exaustiva a importância da prevenção para o controle de epidemias como do HIV/AIDS, drogadição, obesidade, entre outros.

aspectos culturais e econômicos que constituem a moléstia. A visão da psicanálise, sob o ponto de vista do desenvolvimento infantil e dos vínculos entre mãe-bebê procura contribuir para a análise. A família também se constitui num importante elemento, à medida que o cotidiano das crianças é influenciado e influencia a rotina do lar.

Um breve histórico da Alimentação

Uma certa história da alimentação faz parte da cultura de base de todos. Diz-se que as massas alimentícias surgiram na China; que Marco Polo as trouxe de Veneza, de onde se difundiram por toda a Itália e, depois, por diversos países da Europa. Que o melão foi trazido para a França por Carlos VII, de volta da expedição de Nápolis, exatamente em 1494; que Catarina de Médicis, que adorava fundos de alcachofra, os introduziu no reino e pôs em voga; que os próprios fundamentos da boa cozinha francesa se devem a seus cozinheiros italianos; que a massa folhada, porém, foi inventada um século mais tarde por Claude Gellée, cognominado O Loreno (1600-1682), que foi pasteleiro antes de se tornar um grande pintor francês; que o *pâte de foie grâs* foi inventado em 1788, em Estrasburgo, pelo marechal de Contades, governador da Alsácia, ou por seu cozinheiro, Jean-Pierre Clausse, a quem ele enriqueceu... (FLANDRIN e MONTANARI, 1998:15).

Esta, entre outras histórias, é contada em lugares comuns e, muitas vezes, contradizem-se, não sendo possível provar a história de fato. Fidedignamente, sabe-se que os gregos e, depois os romanos, comiam deitados; já outros povos passaram a comer sentados. Na história, desde tempos remotos, encontram-se diferenças nos hábitos alimentares das civilizações e isto possui raízes nas diferenças culturais, econômicas, sociais e tecnológicas, refletindo a identidade de cada população.

Os séculos XIX e XX, considerados como a “época contemporânea”, influenciaram diretamente os dias modernos. Se-

qüente à Revolução Industrial, ao êxodo rural e a expansões das cidades, esta época foi responsável pela adoção dos moldes da economia de mercado e da expansão do comércio mundial. Segundo Flandrin e Montanari (1998), a Revolução Industrial incide, principalmente, no surgimento e na expansão das indústrias de alimentos. As mulheres se tornam um ponto forte na economia, com a Revolução, passaram a trabalhar nas indústrias e fábricas e, por isso, a oferta de serviços domésticos é reduzida.

Outro elemento marcante da época é a transferência dos restaurantes⁷ que, apenas, cozinham comidas sofisticadas e passam a produzir um novo tipo de alimentação. Surgem novos estabelecimentos com o intuito de oferecer refeições para homens e mulheres que as faziam em casa.

Neste momento, época contemporânea, há a revolução da alimentação, mais propriamente do consumo alimentar. Em termos históricos, começam a surgir soluções mais radicais para os problemas de abastecimento das populações européias, concomitante com o rápido processo de industrialização da Inglaterra e de outros países da Europa ocidental (PEDROCCO, 1998).

Uma expansão demográfica progressiva subverte o equilíbrio já precário, não só entre os recursos alimentares e a população nas regiões em vias de industrialização, mas também entre a distribuição geográfica desses recursos e a repartição da população pelo território. As condições de vida das classes trabalhadoras que vivem nas cidades tornam-se, então, particularmente penosas porque os alimentos são

⁷ As origens dos restaurantes coincidem com os limites da pré-história e da história. Surgiu com os mercados e as feiras que obrigavam seus artesões a ausentarem-se de seus domicílios durante prolongado tempo, necessitando alimentarem-se e, ao mesmo tempo, estabelecerem relações sociais, de amizade e de negócios. Como definição, restaurante é um estabelecimento onde, mediante pagamento, é possível sentar-se à mesa para comer fora de casa. (FLANDRIN; MONTANARI, 1998:751).

insuficientes e muito caros, sobretudo por causa das carências do sistema de abastecimento: os matadouros e os mercados não estão em condições de acolher o excedente de gado e mercadorias que é o corolário do aumento de consumo (p:763).

Com relação à indústria de alimentos, essa passa a adotar um novo sistema para o acondicionamento dos produtos, inicialmente com o pão e o vinho, com o objetivo de aumentar a produtividade. Além disto, empenham-se para que as técnicas de conservação dos alimentos, muito perecíveis, modernizem-se, através das conservas, que visavam também lançar no mercado, produtos menos cotidianos a preços mais acessíveis.

Por sua vez, a partir da segunda metade do século XIX, a economia americana descobriu o sucesso da produção em massa (primeiros sinais dos *fast foods*), técnica que foi sendo aperfeiçoada nos tempos seguintes. De acordo com Capatti (1998), esta revolução acabou por interferir não apenas no tipo de produção dos alimentos, mas desviou a atenção também para as embalagens. Em duas ou três décadas esta contribuição foi difundida pelo mundo. Coincidentemente, ou não, passou-se a observar que os americanos eram "nutridos demais" (LEVENSTEIN, 1998), numa referência ao grande número de obesos naquele país.

No final do século XIX assistiu-se o surgimento dos primeiros indícios da reação burguesa contra os exageros na alimentação. Pouco além, a classe média unia-se com o objetivo de rever seus hábitos alimentares. De modo geral, o século XX foi marcado pela revolução no consumo alimentar (SORCINELLI, 1998).

A primeira reforma dietética apoiava-se em idéias científicas que, supostamente, deveriam contribuir para a melhoria da saúde. Foi privilegiada a classe operária, composta em grande parte por imigrantes que procuravam tirar proveito das fabulosas riquezas de suas mesas. De acordo com Levenstein (1998),

nesta época, as teorias científicas com relação à dietética foram completamente alteradas com a descoberta de que a energia dos alimentos se media por calorias e que estes, por sua vez, eram compostos por diferentes elementos (proteínas, hidratos, gorduras).

Com base nas diferentes necessidades fisiológicas do organismo, no início de 1917, já tinham sido descobertas as primeiras vitaminas, que logo passariam a ditar um novo modelo alimentar, conhecido como *Newer Nutrition*. A "vitaminomania" desencadeou efeitos particularmente precoces nos Estados Unidos. Em meados dos anos 20, a moda transformou-se numa indústria altamente rentável no país. Chegou-se ao ponto de alguns fabricantes de munições afirmarem que a produtividade de seus operários havia aumentado com a ingestão das vitaminas.

Passadas as guerras, após 1948, as preocupações com a qualidade da alimentação voltam a ficar em segundo plano, com vistas à fartura. Entre 1946 e 1963, a chamada era *baby boom*⁸, foi marcada pela comodidade, inserindo-se no plano de consumo dos produtos prontos-a-servir. As indicações da dietética tornam-se menos importantes em relação ao aspecto prático, ao preço e, inclusive, a saúde.

Contrariamente ao que se passava no resto do mundo, os sabores alimentares tinham deixado de ser um verdadeiro sinal de distinção social. A população inteira parecia unida em sua inclinação irresistível pelo bife-batata-frita, frango assado, hambúrgueres na grelha, sopas já prontas, confeccionados com peixe ou carne em conserva e caldos enlatado, além dos famosos *Jell-O*, esses flãs gelatinosos de cores vivas (LEVENSTEIN, 1998:836).

⁸ Período marcado pela grande constituição de novas famílias. Novos lares foram constituídos e a principal preocupação era com a adaptação à nova realidade. No plano alimentar, a época ficou marcada pela "comodidade", principalmente pelo uso dos alimentos "prontos-para-servir" (LEVENSTEIN, 1998:835).

Para Fischler (1998), nos últimos tempos, principalmente após 1960, a alimentação passa por uma nova revolução. A particularidade desta época situa-se no fato de que as modificações introduzidas nos gêneros alimentícios não correspondem somente a uma demanda dos consumidores. Pensa-se na praticidade para os distribuidores (incluindo-se embalagens fáceis de estocagem, por exemplo) e adotam-se as estratégias do marketing. A beleza senta à mesa.

No momento em que a alimentação torna-se um mercado de consumo, passa-se a investir nos fornos de microondas e comidas congeladas (para alimentações no lar) e o comércio – representado pelos restaurantes – adota, muitas vezes, o estilo *fast food* difundido nos Estados Unidos, desde os anos 50. Sob a forma de franchising, são oferecidos alimentos rápidos – pizzas, hambúrgueres, batata-frita, entre outros.

A grande questão que se coloca atualmente, quando se refere à alimentação, corresponde aos sentimentos associados ao ato de comer. Alguns autores (COELHO, 1996; SANTOS, 2003) apontam para o prazer deslocado para a comida. Coelho (1996) cuja dissertação de Mestrado realizada junto à PUCSP intitula-se "Fome de ser Feliz"⁹, antecipa a discussão. Observa-se o "ganho de presentes", sob a forma de brindes em redes mundiais *fast food* como *Mc Donald's®* e *Habib's®*, na compra de lanches para as crianças. Nota-se o crescimento de confrarias de apreciadores da cozinha, bem como da relação que se estabelece entre paladar e encanto, através de chocolates e sexo (chocolates em

⁹ Baseado na experiência profissional, a dissertação teve por objetivo a investigação da constituição da identidade de pacientes do AMBULIM – Ambulatório de Bulímia e Transtornos Alimentares do Hospital de Clínicas de São Paulo, que apresentavam tais doenças. Através de pesquisa qualitativa, utilizando-se das histórias de vida dos sujeitos, a autora procurou compreender como os aspectos culturais envolvem a questão do corpo feminino.

formatos eróticos, por exemplo), remédios e pastas de dentes infantis com sabores uva, morango ou chiclete (SANTOS, 2003). A cada dia, a alimentação distancia-se da função de necessidade básica para tornar-se fonte de prazer minimizando as frustrações do dia-a-dia. Como reflexo desta situação, acompanhamos o crescimento dos casos de obesidade entre a população.

Com a palavra: o corpo

Em sua origem, a palavra obesidade encontra-se associada à gordura, à idéia de gordo, excesso de tecido adiposo, graxo e volumoso (AURÉLIO, 1999). Nos dias atuais, cabe ainda acrescentar o adjetivo 'muito gordo' (MEDEIROS, 1994). Historicamente, na sociedade, situou-se o paradoxo entre a gordura e a magreza, expressos inevitavelmente, através do corpo. O homem pré-histórico ingeria enormes quantidades de alimentos, com o objetivo de armazenar energia para sua sobrevivência. Nas civilizações antigas, babilônicas, gregas, romanas e, em outros povos, associava-se a corpulência com sucesso econômico. Na Idade Média e no Renascimento, o padrão estético feminino privilegiava a mulher com formas arredondadas, que eram assim retratadas pelos artistas e pintores (GASTRONET, 2000). Na mesma época, parecia não haver diferenciação entre o corpo adulto e o infantil, sendo as crianças pintadas como miniaturas dos adultos, porém, em tamanho menor (ARIÈS, 1981).

No século XIII, o protótipo das crianças começa a se modificar, servindo como alavanca para três representações corporais em torno da infância: primeiro, a imagem das crianças apresentava-se relacionada com os anjos. O segundo modelo de corpo infantil é associado à maternidade, inspirado no Menino Jesus, relacionado à tenra postura da Virgem Maria com o infante. O outro tipo surge na fase gótica, retratando a nudez das crianças (ARIÈS, 1981).

Entre os adultos, a partir do final do século XIX, e que se estende até o nosso século, os padrões de beleza passam a ceder lugar ao protótipo do corpo magro, para atender aos padrões estéticos vigentes, ou porque se deseja alcançar uma boa qualidade de vida, fator apreciado nesta época na história da alimentação. As pessoas (principalmente as mulheres) passam a travar verdadeiras batalhas contra a balança, estando ou não em condição de obesidade. Das modelos fotográficas, passa-se a exigir corpos de tipos esguios.

A obesidade não é recente, mas a concepção da mesma como doença é bastante moderna, principalmente no que se refere à participação do aparelho psíquico na concepção ou no convívio com a moléstia. A obesidade e a gordura estão representativamente associadas com o feio e ao negativo, restando ao belo o sinônimo de magreza (STENZEL, 2000). O gordo passou a ser visto com preconceito e discriminação (FELIPPE, 2001), sua condição apenas é aceita quando isto se reverte em ganhos para sociedade, como nos casos dos candidatos a Rei Momo ou Papai Noel, que tradicionalmente sempre foram robustos. Partindo-se destes figurantes famosos, percebe-se que a imagem do gordo encontra-se a figura do bonachão, do palhaço e da bondade (SANTOS, 2003).

Entre as crianças, a sociedade é um pouco mais tolerante: a cultura predominante continuou a relacionar a imagem da criança robusta ao engraçadinho. Os adultos satisfaziam-se ao perceberem que seus filhos estavam "bem alimentados", o que parecia refletir o bom atendimento que lhes era dispensado pela família. Ser gordo era sinônimo de ser saudável (ARIÈS, 1981).

Para Halpern (1999:9) "*ninguém é gordo porque quer*", declarando o desconforto dos sujeitos com excesso de peso. Todo obeso apresenta algum grau de sofrimento com sua imagem corporal (VIUNISKI, 1999). Para outro autor, Juruena (1987) esta dor não é uma dor física, mas uma dor pela imagem que o seu

físico representa para si mesmo, correspondendo ou não à realidade: *“a obesidade na sociedade contemporânea não é apenas o homem doente, mas também o excluído do imaginário popular de uma estética socializada”*. (SICHIERI, 1998:15).

Ao referirmos à imagem corporal, consideramos que o corpo constitui-se em elemento real e ambíguo na representação dos sujeitos. Ao nos mirarmos no espelho, a imagem visualizada reflete a condição corporal real, mas ao nos referirmos à autopercepção dos sujeitos no espelho, muitas vezes o reflexo obtido diz dos desejos e dos sonhos mais profundos. Desse modo, a luta pela obesidade engloba as duas esferas: o real e o imaginário.

O corpo é um processo com componentes culturais. Em cada sociedade, o ideal esperado para o corpo pode modificar-se, sendo assim, ele é um representante das convergências da sociedade, onde se encontram registrados as representações ou o imaginário de uma época. Para Sant’Anna (1995):

O corpo é uma palavra polissêmica, uma realidade multifacetada e, sobretudo, um objeto histórico. Cada sociedade tem o seu corpo, assim como a sua língua. E, do mesmo modo que a língua, o corpo está submetido à gestão social tanto quanto ele a constitui e a ultrapassa (p.12).

Atualmente, a preocupação com o corpo e a aparência física associada ao magro encontram-se em evidência. Existem inúmeras receitas de dietas, encontradas em revistas especializadas em corpo, cadernos de saúde de jornais e livros, entre tantos outros. A indústria de produtos alimentícios *light/diet* cresceu cerca de 900% na última década (ALMEIDA, 2002). Podemos listar alguns regimes da moda que circulam livremente como fonte de informações: a dieta naturalista, o regime da lua, o regime vegetariano, o regime macrobiótico, a dieta dos pontos, a dieta das cores, a dieta da sopa, de líquidos, entre muitas outras. Além disso, atualmente se tem informações sobre o cres-

cimento do número de fórmulas mágicas à busca do corpo perfeito, incluindo as anfetaminas, fenfluraminas, fluoxetina, o uso indiscriminado de laxantes e diuréticos, agentes termogênicos, drogas que inibem a absorção dos alimentos e até hormônios tireoideanos.

Mesmo que a moda dite o padrão estético da magreza, é importante ressaltar que a obesidade se encontra fortemente associada à fartura. O excesso de alimentação ao associar-se à fartura faz ligação com o poder econômico aquisitivo, e, por conseqüente, com classe social. Conforme Felipe (2001), grande parte da realeza foi obesa, podendo citar-se, dentre outros, Carlos Magno, as imperatrizes da Rússia Elizabeth e Catherine II, a rainha Victória, por exemplo. Atualmente o problema da obesidade não é apenas da classe mais favorecida, ela vem crescendo em todas as categorias sociais. Estudos mostram que nas famílias de renda mais elevada, em 1991, a prevalência de crianças obesas era aproximadamente 8,0% comparada com 2,5% nas famílias de menor renda (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 1991), já em 1998 encontrava-se 3,8% da população de menor renda acima do peso (ABESO, 2004).

Notas sobre a Obesidade

Pode-se definir obesidade como uma *“doença psicossomática, de caráter crônico, com determinantes genéticos, neuroendócrinos, metabólicos, dietéticos, ambientais, sociais, familiares e psicológicos”* (FELIPPE, 2001:17). Klish (1998) acrescenta que a obesidade, além de ser uma doença, é um fator de risco para o agravamento e surgimento de outras doenças potencialmente fatais como diabetes, cardiopatias, hipertensão, acidentes vasculares cerebrais e certos tipos de câncer (OPAS, 2003).

A obesidade consiste no depósito excessivo de gordura, no tecido adiposo, o qual indica que a porcentagem de peso corporal, relativo ao tecido adiposo, é maior que em condições normais. Constitui um estado de má nutrição, em decorrência de um distúrbio no balanceamento dos nutrientes, induzido, entre outros, pelo excesso alimentar (SOLÁ, 1988).

A obesidade e o sobrepeso são estados onde o peso excede o padrão proporcional baseado na altura; constituindo-se em uma condição de gordura excessiva geral ou localizada (MAHAN e ESCOTT-STUMP, 1996). A obesidade se caracteriza pelo desvio nos padrões peso/altura, em relação à idade e sexo, assinalados como desejáveis, em percentuais superiores a 20% do peso considerado ideal. Esses padrões têm sofrido reavaliações e remissões há alguns anos, pelo aumento da estatura observado pelos jovens em diversos países, inclusive no Brasil, pela prática de esportes e alimentação adequada desde a infância.

Segal (1998) define obesidade como sendo uma séria doença crônica que, nos últimos anos, sofreu uma verdadeira revolução nos seus conceitos. Anteriormente, entendida como decorrente da gula, da falta de força de vontade ou de uma fraqueza de caráter, ou ainda como conseqüente a um distúrbio psicológico, agora tem suas bases fisiopatológicas mais esclarecidas. Em resumo, pode-se dizer que é uma doença de suscetibilidade genética, com forte influência ambiental, em que diversos mecanismos metabólicos estariam alterados, favorecendo um balanço energético positivo e o ganho de peso.

Por outro lado, a obesidade não pode ser somente definida em função do peso do corpo da pessoa, pois aí também se encontram os músculos, os ossos e os líquidos do corpo. Ochmann (1998) indica que a obesidade pode caracterizar-se como:

a) Tendência a ingerir maior quantidade de alimento do que o organismo precisa para graduar seu equilíbrio num peso normal, geralmente com excesso de hidrocarbonatos.

b) Deficiente utilização dos nutrientes pelo organismo, que os transforma, na maioria das vezes, em gordura.

c) Conseqüência de uma vida sedentária, com ausência de atividade física (p.19).

Toda pessoa, incluindo a criança e o adolescente, tendem a ficar obesos quando sedentários e a própria obesidade ainda os tornará menos ativos (MELLO, 2004). Existem dois tipos de atividade física: o exercício, que é considerado uma atividade física planejada; e a aptidão física, que é uma característica própria do indivíduo, envolvendo potência força e flexibilidade. (MATSUDO et al, 2003). As crianças obesas, geralmente, são pouco hábeis nos esportes, muito porque ficam cansadas ou pela lentidão do corpo engrandecido.

São considerados dois tipos de obesidade: a exógena, que significa o excesso de gordura corpórea, decorrente de um aumento da ingestão em detrimento do gasto calórico, responsável por, provavelmente, 95% dos casos de obesidade; e os restantes 5% seriam os chamados obesos endógenos, que tem a doença desencadeada por causas hormonais ou genéticas (MAHAN e ESCOTT-STUMP, 1996). Em relação à obesidade endógena, existem diversas síndromes neuroendócrinas ou cromossômicas conhecidas, que incluem algum tipo de obesidade, enquanto seus muitos sintomas, tais como, os quadros de hipertireoidismo, hipoparatiroidismo. No entanto, a obesidade por ingestão calórica excessiva não envolve qualquer distúrbio orgânico que possa justificar uma etiologia primária para tal condição (FISBERG, 1995; GREEN e HAGGERTY, 1992).

Além disso, a obesidade pode ser do tipo ginóide ou forma de pêra, onde a gordura se localiza na parte inferior do corpo (glúteos e pernas); e a obesidade andróide ou forma de maçã que se caracteriza por uma deposição de gordura na parte abdominal. (MAHAN; ESCOTT-STUMP, 1996).

A obesidade, junto com a anorexia nervosa¹⁰ e a bulimia¹¹, são consideradas os três tipos de transtornos alimentares graves. Aprecia-se a definição de Herscovici (1997) com relação aos transtornos alimentares: “quando a atitude em relação à comida e o peso se transformou naquilo que rege a conduta” (p.31). Para além do controle alimentar, os transtornos alimentares necessitam de acompanhamento médico e psicológico, entre outros.

Já o sobrepeso é mais difícil de ser definido, e a normalidade também está sendo revista, levando em consideração que o peso ideal depende da visão de cada pessoa. A cultura e a sociedade em que o indivíduo vive influenciam essa visão. Hoje se utilizam várias técnicas para o diagnóstico de sobrepeso, mas a relação entre o peso e a altura (IMC = peso/altura²) é a medida utilizada com maior frequência. A medição das pregas cutâneas merece ser confirmadas com outra técnica, e em crianças até 6 anos, não se utiliza o cálculo do IMC, e sim gráficos que acompanham o desenvolvimento infantil e o relacionam ao estado nutricional. São considerados peso, altura e o sexo. A relação entre estes é que indica se a criança está de acordo com o padrão para sua idade e sexo. Já em crianças com mais de 6 anos, já se utiliza o cálculo peso/altura², porém, este resultado é submetido à tabela específica para sexo e idade (KLISH, 1998).

¹⁰ A anorexia nervosa, que se caracteriza pela preocupação excessiva com o peso e a dieta, ocasionando uma insatisfação com a própria imagem corporal e um permanente desejo de ser magro, e tem como algumas consequências a desnutrição e a ausência de ciclos menstruais nas mulheres (MACHADO, 1998).

¹¹ A bulimia nervosa se apresenta como o medo real de engordar, mas concomitante à falta de controle alimentar. Origina crises compulsivas de empanturramentos, seguidas de vômitos, do uso de laxantes e diuréticos, de jejum e exageros de atividades físicas. (HERSCOVICI, 1997).

Estes gráficos foram desenhados a partir dos dados do Centro Nacional de Estatísticas de Saúde Norte-Americano (NCHS). Diferente dos adultos, em crianças o resultado do cálculo do IMC não deve ser comparado com a Tabela 1, a expressão numérica resultante deve ser avaliada de acordo com os gráficos específicos. Em adultos até 60 anos, o IMC indica as seguintes condições:

Tabela 1 - Classificação do peso a partir do IMC.

Categoria	IMC	Peso Saudável equivale ao peso Normal.
Abaixo do peso	Abaixo de 18,5	
Peso normal	18,5 - 24,9	
Sobrepeso	25,0 - 29,9	
Obesidade Grau I	30,0 - 34,9	
Obesidade Grau II	35,0 - 39,9	
Obesidade Grau III	40,0 e acima	

Fonte: [http:// www.abeso.org.br](http://www.abeso.org.br)

Viuniski (1999) sugere que “o diagnóstico da obesidade infantil é essencialmente visual” (p.17). Em um país onde, historicamente, as preocupações em relação às crianças se voltavam à diarreia, desnutrição, infecções respiratórias e outras doenças; o excesso de peso ainda aparece, primeiramente, a partir do olhar atento (principalmente do pediatra) que alerta a família para a condição de sobrepeso. A partir de então, a suspeita é confirmada pela comparação das medidas da criança com os valores de referência.

No Brasil, a partir de 1984, ao nascer, toda criança, recebe do INAN a sua Carteira de Vacinação, e neste documento, no verso, encontramos um gráfico de crescimento simplificado, para que possa ser acompanhado pelos pais e responsáveis, além dos agentes de saúde que atendem a criança. Para a interpretação

do gráfico, devem-se considerar as duas curvas-padrão, a curva superior e a inferior. Os padrões de posicionamento do desenvolvimento da criança devem estar de acordo com o indicado para a idade, devendo ser avaliado periodicamente pela equipe de saúde. Toda a criança deve ter acompanhamento de um pediatra, mas a própria família tem condições de verificar o excesso de peso.

A obesidade é compreendida como prejudicial à saúde na sua perspectiva física e psíquica. Dentro da conceituação de obesidade como doença complexa, que possui causas multifatoriais, na ocasião do diagnóstico, deverão ser investigados os aspectos nutricionais, psicológicos, fisiológicos e sociais, bem como à interação com uma possível predisposição (SANTOS, 2003).

O crescimento infantil depende, principalmente, de uma alimentação correta (DUARTE, 2001). Esta deve satisfazer, de modo mais completo possível, as necessidades nutricionais do nosso organismo. Na fase escolar, é indicado, em média, o consumo de 2.200 a 2.500 calorias por dia (CURVO, 2001). Para uma alimentação ser correta, deve ser balanceada. Vários países, entre eles o Brasil, adotam o esquema da pirâmide alimentar, onde os alimentos são agrupados segundo suas características e as necessidades de consumo diárias são ali prescritas. A má alimentação é responsável por doenças, entre as quais o ganho de peso e a conseqüente obesidade.

A pirâmide alimentar indica o consumo diário adequado de alimentos necessários ao organismo. Os alimentos são classificados nos grupos: energéticos, reguladores, construtores e energéticos extras, tornando a alimentação mais saudável. A ordem é consumir estes alimentos na linha decrescente, ou seja, devem-se consumir em maior quantidade os energéticos e limitar a ingestão dos energéticos extras.

Os alimentos energéticos são os responsáveis por gerar energia para que o organismo possa realizar suas funções normais. Neste grupo, os nutrientes predominantes produzem calorias. Eles são os carboidratos complexos, como farinhas, pães, tubérculos, massas, cereais, trigo. Devem ser consumidas seis a onze porções ao dia. Já os reguladores – legumes, frutas e verduras – fornecem vitaminas, minerais e fibras. Deve-se consumir três a cinco porções de vegetais e duas a quatro porções de frutas ao dia. Os construtores são ricos em proteínas, como o leite e derivados, carnes, ovos e leguminosas, e são responsáveis pela construção dos novos tecidos, pelo crescimento e pela reparação do desgaste natural dos tecidos. Devem ser consumidas duas a três porções de leite e derivados, e duas a três porções de carne ou equivalentes ao dia. No ápice da pirâmide, estão os energéticos extras, os açúcares e doces devem ser consumidos com moderação. As gorduras, por sua vez, são necessárias em uma quantidade mínima no organismo, pois realiza isolamento térmico, proteção contra choques e transporte de algumas vitaminas, além de apresentarem riscos para a formação de doenças metabólicas e o diabetes (DUARTE, 2001).

A estimativa da Força Tarefa Latino-Americana de Obesidade é de que o Brasil gasta em torno de R\$ 1,1 bilhão por ano com internações hospitalares, consultas e remédios para tratamento do excesso de peso e das doenças decorrentes da obesidade. Desse montante, cerca de R\$ 600 milhões é gasto apenas pelo Sistema Único de Saúde (SUS¹²). (FOMEZERO.ORG. BR. BR)

¹² O Sistema Único de Saúde – SUS – foi criado pela Lei Orgânica da Saúde nº. 8.080/90. Tornou obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, sendo proibidas cobranças de dinheiro sob qualquer pretexto. Do Sistema Único de Saúde fazem parte os centros e postos de saúde, hospitais – incluindo os universitários, laboratórios, hemocentros (bancos de sangue), além de fundações e institutos de pesquisa, como a FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz e o Instituto Vital Brazil. Através do Sistema Único de Saúde,

Um estudioso em índices de obesidade mundial, Philip James¹³ defende que existe uma relação entre a globalização e o crescimento dos casos de obesidade, conceituando de: "globesidade". Para o autor, os efeitos resultantes dos processos de globalização chegam aos indivíduos carregados de uma lógica contraditória e antagônica, que acabam por alterar o espaço social, o mundo do trabalho, as famílias, as crenças e as religiões. Estes fatos não podem ser encarados sob o ponto de vista negativo, ou evitáveis (SANTOS, 2003). *"A globalização é um fenômeno revolucionário e verdadeiramente global da vida cotidiana, cujas conseqüências estão sendo sentidas no mundo todo, em esferas que vão do trabalho à política"* (GUIDDENS, 2000:23).

Frente a esta situação, prevê-se a necessidade do enfrentamento destes efeitos sociais que então se configuram como pertencentes à questão social. Exemplo disto, e relacionado com a temática da alimentação, observa-se, no supermercado, o crescimento das ofertas de novos produtos alimentícios estrangeiros não-essenciais. Utiliza-se o conceito de Iamamoto (1998) que compreende como questão social:

O conjunto das expressões de desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais

todos os cidadãos têm direito a consultas, exames, internações e tratamentos nas Unidades de Saúde vinculadas ao SUS, sejam públicas (da esfera municipal, estadual e federal), ou privadas, contratadas pelo gestor público de saúde. O SUS é destinado a todos os cidadãos e é financiado com recursos arrecadados através de impostos e contribuições sociais pagos pela população e compõem os recursos do governo federal, estadual e municipal. O setor privado participa do SUS de forma complementar, por meio de contratos e convênios de prestação de serviço ao Estado – quando as unidades públicas de assistência à saúde não são suficientes para garantir o atendimento a toda a população de uma determinada região.

¹³ O médico Philip James é o presidente da Força-Tarefa Internacional contra a obesidade (IOTF), órgão que monitora o aumento da obesidade no mundo, parceiro da OMS.

amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade (p.27).

Com o incentivo às importações, promovido durante o Governo Collor, no período entre março de 1990 e janeiro de 1995, proliferaram-se as grandes marcas multinacionais no campo alimentício, contribuindo para a transformação de certos hábitos alimentares. As facilidades da alimentação do tipo *fast food*, e as estratégias das embalagens dos produtos, aumentaram o consumo de comida desequilibrada, voltada para o consumo de massa, não contemplando as necessidades nutricionais de cada indivíduo, muito menos proporcionando uma alimentação equilibrada e contribuindo para o aumento da obesidade (SANTOS, 2004).

Os dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2002-2003, feita pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2005) em conjunto com o Ministério da Saúde, apontam que em média, cada família brasileira tem uma despesa mensal de R\$ 304,12 com alimentação em casa. Por outro lado, há registros de que o consumo de refrigerantes teve um aumento de 400%, os alimentos industrializados, como os embutidos (300%), biscoitos (400%) e refeições prontas (80%). Já a participação de frutas, verduras e legumes continuaram, apenas, com 3,5%, bem abaixo da recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS), de 6% a 7%. Observam-se, a partir destes resultados, os elevados gastos em alimentos que podem levar à obesidade, bem como a má aplicação da renda familiar quando o assunto é o consumo alimentar.

Na revisão bibliográfica, vários autores, entre eles, Felipe (2001), Viuniski (1999) e Herscovici (1997) consideram a obesidade como uma doença de dependência e descontrole de excesso de alimentos, tendo como conseqüência mais impactante os riscos sociais e psicológicos. As características emocio-

nais podem ser fatores desencadeantes da obesidade ou consequência da obesidade (FISBERG, 1995). Não há um perfil definido ou uma estrutura mental única que permita identificar os indivíduos em risco. Alguns fatores, do vínculo mãe-filho, têm íntima relação com o desencadeamento e a manutenção da obesidade. Uma gravidez indesejada ou a insegurança da mãe de não ser capaz de gerar um filho normal, podem, posteriormente, levá-la a superalimentar o filho para compensar a rejeição inicial ou dar aparência "saudável" ao bebê. (PIZZINATO, 1992).

Durante muito tempo, a obesidade tem sido relacionada com as emoções, sendo esta uma das alavancas para a doença (SANTOS, 2003). Atualmente, se considera que a deficiência na satisfação dos impulsos que desde muito cedo instalam-se na vida do indivíduo pode explicar a satisfação destes pelo alimento. Dessa forma, começa a haver uma associação entre frustração ou desconforto e ingesta alimentar, como forma de conforto (JURUENA, 1987).

É reconhecido que os sujeitos com excesso de peso frequentemente sofrem de ansiedade e depressão; esta última sob diferentes formas de manifestações: o pessimismo, a instabilidade de humor, a sensação de culpa, a baixa auto-estima, a indecisão, a irritabilidade, as alterações de sono e do apetite, a tristeza, e a diminuição da libido (CAMPOS, 2001: 24).

Muitas vezes, os gordos têm a tendência de desvalorizar a quantidade que comem, não se preocupam com a natureza dos alimentos e negam a sua própria condição de estar obeso, alertando para a existência de um verdadeiro distúrbio: a ingestão compulsiva de alimentos, que se refere à ingestão de quantidades absurdas de comida em determinados horários ou situações. Nas duas situações, não falamos de fome e sim de necessidades físicas e emocionais, basicamente (SANTOS, 2003).

A obesidade é, cada vez mais, vista com muito preconceito em nosso meio social. Em sociedades em que a valorização

do corpo encontra-se em evidência, os sujeitos obesos são vistos com discriminação e são discriminados (FELIPPE, 2001). Para Stenzel (2000), a obesidade e a magreza possuem significados em relação à coletividade.

Está diretamente relacionada a fenômenos sociais, aos fenômenos relacionados à integração ou não-integração no mundo das relações sociais, culturais, raciais, econômicas, relações de trabalho, de consumo e de gênero. Não se trata unicamente de um problema estético, biológico, exclusivo das ciências médicas (p.14).

O excesso de peso não se parece com uma questão pessoal, possuindo inúmeras determinações sociais. Este conjunto de relações culturais, políticas e econômicas atuam de modo negativo na saúde física e mental dos sujeitos. Dentro do processo de sofrimento ao qual o sujeito é submetido, revela-se a contradição da obesidade que, por um lado, apresenta-se como doença enfraquecedora, fragilizadora e estigmatizadora dos sujeitos, tendo como consequência a exclusão dos mesmos. De outra parte, percebe-se um incentivo social à ingestão de alimentos como fonte de prazer e felicidade, e, ainda, ao corpo robusto, muitas vezes, associado com a impressão de força (SANTOS, 2003).

A sociedade cria os obesos e não os tolera, os gordos enfrentam, no paradoxo da obesidade, muita ambivalência, uma vez que lhes é atribuída uma dupla imagem. De um lado, é atribuído aos gordos a imagem de *bons vivants*: o gosto pela boa mesa e sentimentos de alegria e bom humor, normalmente estão associados a pessoas racionais, extrovertidas e voluntariamente brincalhonas. Por outro lado, fala-se num depressivo, doente e enfraquecido sujeito, que num egoísmo assombroso, ou numa irresponsabilidade sem-fim não tem mais controle sobre si mesmo. Essa pessoa suscita a reprovação e, às vezes, até aversão do grupo a que pertence (FISCHLER, 1998).

A representação da imagem do gordo ainda é ligada à responsabilidade total deste sobre a sua doença. Pensa-se que os gordos assim o são porque comem demais, que são incapazes de se controlar. “*Os gordos comem mais do que a sua parte*” (FISCHLER, 1998: 74). Culturalmente, configurou-se a idéia de que os obesos são transgressores, que violam permanentemente as regras do comer e que atribuem à comida um enorme prazer, permitindo o descontrole de si. Estes sujeitos são devedores da sociedade, por ocasião do prejuízo de comer mais do que a sua parte.

Partindo-se do referencial de desconforto com o qual se considera que o indivíduo obeso convive e dos questionamentos sobre a batalha permanente pelo alcance de um padrão rígido de beleza magra, considera-se que os indivíduos obesos são alvos de exclusão em nossa sociedade (SANTOS, 2003).

Ao tratar de exclusão, tem-se presente subjetividades específicas que circulam entre o sentir-se incluído e o sentir-se discriminado ou revoltado, o que faz com que grupos de obesos tenham maiores afinidades entre si. As subjetividades contidas na exclusão manifestam-se no cotidiano, através da identidade, sociabilidade, afetividade, consciência e inconsciência (SAWAIA, 1999).

Para esta autora, o conceito de exclusão pressupõe ambigüidade, uma vez que se trata de um processo de grande complexidade e contraditoriedade, composto por “*uma dimensão objetiva de desigualdade social, a dimensão ética da injustiça e a dimensão subjetiva do sofrimento*” (p.08). Ela segue afirmando que todos estamos incluídos de alguma forma, logo, ao falarmos de exclusão devemos corrigir pela dialética exclusão/inclusão, porque a sociedade exclui para incluir, traduzindo a condição da ordem social desigual, explicitando o descompromisso político com o sofrimento do outro.

O histórico familiar é um outro fator importante, quando se deseja determinar a ocorrência da obesidade ou de outros

distúrbios alimentares, porque pode influenciar tanto nos aspectos emocionais quanto culturais do indivíduo. Segundo Klish (1998) a genética é um fator importante: pais obesos tendem a gerar crianças obesas. Caso os dois progenitores sejam obesos, dois terços dos seus filhos têm o risco de o serem. Se apenas um dos pais é obeso, a metade dos filhos pode ser obeso e, por fim, se ambos têm peso normal, apenas 9% dos filhos serão obesos. Apesar disso, não é fácil definir a influência da família enquanto material genético, uma vez que a criança está inserida em um ambiente familiar e social, passando a genética a compor um fator de predisposição que deve ser valorizado, mas não unitarizado (SIGULEM, 2001).

POLÍTICAS PÚBLICAS: A ATENÇÃO À SAÚDE E A ALIMENTAÇÃO NO BRASIL

A Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) mapeou a atual situação familiar da população, que desde 1974 estava desatualizada. Do total dos 95 milhões de adultos que participaram da pesquisa, 3,8 milhões de indivíduos apresentavam déficit de peso. Outros 38,8 milhões (aproximadamente 41%) exibiam excesso de peso e 10,5 milhões foram considerados obesos.

A questão da fome configura-se como um dos problemas mais graves e antigos da nossa sociedade, quando milhares de pessoas não consomem, segundo a OMS, o mínimo de 1.900 calorias/dia. Muitas vezes, esta deficiência é conseqüente de uma renda familiar inferior a um salário mínimo mensal e de condições de vida precárias.

O ex-presidente Fernando Henrique Cardoso (1995-2001) afirmou que o problema do Brasil não era a fome, mas a desnutrição¹⁴. É impossível não reconhecer a desumana condição de vida

¹⁴ Segundo o Ministério da Saúde, a desnutrição pode ser definida como uma condição clínica decorrente de uma deficiência ou excesso, relativo ou absoluto, de um ou mais nutrientes essenciais. Pode apresentar caráter primário, quando a pessoa come pouco ou mal, ou secundário, quando a ingestão de alimentos não é suficiente porque as necessidades energéticas aumentaram ou por qualquer outro fator não relacionado diretamente com o alimento. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, Departamento de Atenção Básica, Alimentação e Nutrição).

de milhares de pessoas no país, que não têm do que alimentarem-se; por outro lado, é verdadeiro que a população alimenta-se de forma equivocada e desequilibrada, gerando um quadro de desnutrição. Não é difícil diagnosticar nos indivíduos a situação de obesidade, numa referência de que a má alimentação (desequilibrada ou inadequada e carente) configura-se como uma das responsáveis pela doença (REPETTO; CASAGRANDE, 2005).

Segundo o professor da Universidade de São Paulo – USP, Carlos Augusto Monteiro, diretor do Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde – NUPENS, o tema necessita ser avaliado sob três perspectivas distintas: a fome, a desnutrição e a pobreza. O mesmo afirma que o problema da fome vem diminuindo, ao contrário da pobreza. Na tentativa de diferenciar os três fenômenos, Monteiro explica:

Um indivíduo poderá ser pobre sem ser afetado pelo problema da fome, bastando que sua condição de pobreza se expresse por carências básicas outras que não a alimentação. A situação inversa, ocorrência da fome na ausência da condição de pobreza ocorre apenas excepcionalmente por ocasião de catástrofes naturais. Fome e desnutrição tampouco se equivalem (2003:04).

Assim, os resultados da pesquisa POF apontam para o surgimento de um novo problema alimentar a somar-se com os citados: a carência de conhecimentos em relação à alimentação. Além da fome, da desnutrição e da pobreza, o brasileiro sofre com a má qualidade alimentar¹⁵ que tem desencadeado o quadro epidêmico da obesidade.

A discussão amplia-se na direção dos direitos sociais¹⁶ e das políticas públicas que garantam o enfrentamento desta ques-

¹⁵ Os fatores que vêm motivando a falta de qualidade alimentar serão discutidos no capítulo 3.

¹⁶ Os direitos sociais podem ser compreendidos como enunciadores da relação entre o Estado e a Sociedade, vinculados ao projeto de Estado Social, numa

tão social emergente, ou seja, que não se trata somente de subsidiar alimentos. Procurou-se conhecer a história das políticas públicas no Brasil, seguindo na direção das estratégias atuais para a reversibilidade e controle destas situações (fome e obesidade). Para Santos (2003), a dificuldade enfrentada pela população em virtude da obesidade é hoje uma das expressões da questão social, na medida em que sinaliza para os sintomas e necessidades emergentes da população brasileira.

A obesidade também é uma consequência do processo monopolista de expandir a acumulação do capital via expansão do consumo, transformando artigos em necessidades essenciais, através da mídia. Segundo Iamamoto (2001) a sociedade capitalista apresenta as seguintes características:

1) a mercadoria é o caráter predominante e determinante dos produtos;

2) a mais valia é a finalidade direta e o móvel determinante da produção (p.13).

Segundo a autora, as conquistas advindas das ciências, nos processos de produção, compreendendo-se, entre estes os recursos da mídia, contribuem para acelerar a produtividade do trabalho, a rotação do capital e a lucratividade. Nesta ciranda, Iamamoto (2001) contextualiza o crescimento do lugar aos superfluos. Para Paulo Netto (2001), quanto mais a sociedade se revela capaz de produzir mais bens e serviços, mais aumenta o contingente de pessoas que se vêm impossibilitados de acessarem estes, além daqueles que já não tinham acesso efetivo a estes bens.

Neste sentido, a tese de Iamamoto, de que o trabalho ocupa um lugar “ontológico” (termo da autora) no ser social partici-

tentativa de enfrentamento da questão social, incorporando-se às conquistas dos direitos civis e políticos (COUTO, 2004:33)

pa desta discussão, significando que a epidemia da obesidade, compreendida (também) como fruto do capitalismo, da necessidade de acumulação (que passa a atingir o corpo) e da satisfação com a posse de bens, no caso os alimentos, é parte da questão social e indissociável da discussão sobre os direitos dos cidadãos.

Berenice Couto (2004) afirma haver uma cronologia no estudo dos direitos no mundo, e que esta ordem é de suma importância para a compreensão do momento atual. Assim, a autora delineia que os direitos civis foram conquistas datadas a partir do século XVIII; no século XIX foram reconhecidos os direitos políticos e, apenas no século XX foram conquistados os direitos sociais. Uma das particularidades dos direitos na sociedade é que o mesmo relaciona-se à questão da cidadania.

Couto (2004), apoiada em Pisón, Bobbio, Coutinho e Díaz, classifica os direitos a partir da idéia de gerações, embora considere insuficiente o termo. Hoje é reconhecida a existência de quatro grandes gerações de Direitos Humanos. A primeira geração marca a separação entre o Estado e não-Estado e se constitui pelas conquistas do pensamento liberal, com destaque para os direitos do indivíduo. A segunda geração dos Direitos Humanos se estabelece a partir do confronto entre o pensamento liberal e as idéias socialistas do século XIX. Neste, os direitos sociais são considerados "créditos", como: o direito ao trabalho, à saúde, à educação; dos indivíduos em relação à coletividade. Já a terceira geração, diferente das anteriores, não tem como titular o indivíduo, mas grupos humanos. São direitos da família, da etnia, da nação, de identidade, de gênero, etc. Entre tantos outros, situam-se o direito à paz, ao desenvolvimento social e econômico, à proteção da família, o respeito ao idoso, às crianças e aos consumidores, etc. Esta é conhecida como a geração da solidariedade e seu propósito atende aos movimentos sociais contemporâneos (BOBBIO, 2004).

Os direitos de quarta geração merecem, neste estudo, um destaque especial, estes são conhecidos como direitos da vida. Entre eles está a preservação do patrimônio genético, a não-exploração comercial do genoma humano, a preservação dos organismos naturais, a regulação da transgenia, o livre acesso às tecnologias da informação, o sigilo do conteúdo de banco de dados, a privacidade frente aos sistemas eletrônicos e de vigilância, a preservação das crianças à ameaça de pedofilia na Internet, o direito de receber informações, entre outros. A caminhada transcende a questão dos interesses individuais e os interesses difusos (direitos difusos) não podem ser dissociados dos interesses individuais e dos coletivos, bem como dos interesses públicos e privados. Aqui destaca-se o direito à informação correta.

Em 1990, o Código de Defesa do Consumidor passa a vigorar no Brasil, a fim de estabelecer direitos e deveres dos consumidores e fornecedores, com o objetivo de evitar práticas abusivas. A Política Nacional de Relações de Consumo tem por objetivo o atendimento das necessidades dos consumidores, o respeito a sua dignidade, saúde e segurança, a proteção de seus interesses econômicos, a melhoria da sua qualidade de vida, assim como a transparência e harmonia das relações de consumo.

Com o intuito de contribuir para a compreensão do fenômeno da obesidade infantil, a partir das hipóteses de que trata-se de um problema de saúde pública e que a sociedade de consumo possui uma parcela na configuração desta doença, optou-se em privilegiar a discussão de dois tipos de direitos: os direitos do Consumidor e o direito à Saúde. Num resgate histórico, procurou-se conhecer a questão dos direitos em um povo de necessidades, como o brasileiro.

A questão social aparece através de refrações na vida dos sujeitos sociais com base na interconexão de múltiplas determinações econômicas, sociais, políticas e culturais. Pensar na

totalidade da obesidade requer conceber o fenômeno em suas múltiplas determinações e reconhecer que esta enfermidade tem diversas causas que somente podem ser explicadas à luz da totalidade, a partir de sucessivas aproximações e do desvelamento de suas contradições. Tais desacordos, por serem históricos, são passíveis de superação, o que pressupõe a interdisciplinaridade na construção do saber e a aceitação da possibilidade humana de superação dos processos de alienação (PRATES, 2003: 37).

A obesidade aparece como questão social específica na agenda da sociedade e tem sua raiz na sociedade de consumo, na produção e reprodução das relações entre os sujeitos sociais¹⁷. Encontra-se fortemente ligada à alimentação, especificamente com o excesso e a má alimentação, mas nem sempre à fome.

Historicamente, essa doença é objeto de intervenção de áreas da Medicina e da Nutrição e, menos remoto, da Psicologia. Nos últimos tempos, a Educação Física e Fisioterapia vêm formando o grupo multiprofissional que focaliza a doença. O tratamento da obesidade requer uma intervenção multidisciplinar¹⁸, de forma interdisciplinar¹⁹ (SANTOS, 2003).

A saúde é um abrangente campo teórico-político que necessita de práticas e ações embasadas no compromisso ético-

¹⁷ Warren-Scherer, em *Cidadania sem Fronteiras* (1999), refere-se à noção de sujeito social como "a idéia de sujeito-no-mundo, ou do cidadão-no-mundo", "por isso fala-se na construção de sujeitos, pois este se constitui nas relações sociais que incluem a autonomia ou a autocriatividade e a alteridade" (p.15).

¹⁸ O multidisciplinar evoca uma simples justaposição, num trabalho determinado pelos recursos de várias disciplinas, sem implicar necessariamente um trabalho de equipe coordenado.

¹⁹ Na interdisciplinaridade o que se busca é a descoberta ou estabelecimento de "conexões e correspondência entre disciplinas científicas, isto é, entre os diferentes níveis de descrição da realidade". A interdisciplinaridade vai além de uma justaposição ou adição de diferentes ângulos sobre determinados objetos de análise. A sua complexidade consiste justamente na sua própria construção que é impregnada de troca e articulações mais profundas entre os diferentes elementos participantes.

político das profissões, entre as quais a psicologia e o serviço social. O potencial oriundo da diversidade das práticas profissionais caracteriza-se como uma estratégia importante nos diferentes modos de preservar a vida.

Para profissionais da saúde, que é composta por médicos, enfermeiros, assistente social, nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional, fisioterapeutas e técnicos e auxiliares de enfermagem²⁰, a saúde é um foco primordial. Por outro lado, destaca-se que a saúde está para além da dicotomia saúde-doença (PRO-MED, 2005).

Ter saúde não mais significa estar livre de doenças, pois:

O adoecimento passa a ser encarado não mais com um caráter reducionista de ausência de saúde, mas como reflexo das condições sociais, econômicas e ambientais, em suas mais diversas formas de relação sobre a vida das pessoas. O reconhecimento da saúde como um direito de todos e não como um serviço, passa a ser prioridade para os governos e, com isso, a obrigação pública de fiscalizar as ações complementares que forem geradas pela iniciativa privada (PRO-MED, 2005:203).

A inserção da psicologia na saúde integral surge desde as grandes Conferências Nacionais de Saúde, numa tentativa de revisar as políticas públicas desenvolvidas durante o período autoritário. Com menor tradição em serviços de saúde pública, a inclusão do psicólogo se dá, principalmente, através de equipes multidisciplinares, cujo modelo aproxima-se do atendimento à demanda real da população (NUNES et al, 1994).

O pré-requisito para a efetivação das práticas interdisciplinares é a reunião de atores/pesquisadores dispostos ao diálogo, competentes em suas áreas disciplinares, que possam articular conceitos comuns e realizar triangulações metodológicas,

²⁰ Equipe de saúde composta a partir da Cartilha do SUS – Porto Alegre, PMPA, Coordenação Geral de Vigilância da Saúde, 2004.

colaborando entre si não só na análise dos resultados, mas também na proposição de políticas e projetos interventivos que respondam às demandas sociais. Tão importante quanto curar doenças e apaziguar o sofrimento do ser humano, é conhecer este ser e compreendê-lo de forma integral, motivo da busca pelo trabalho interdisciplinar, efetivado na busca pelo compartilhamento de práticas e saberes.

No nível multidisciplinar, a solução de um problema só exige informações tomadas de empréstimo a duas ou mais especialidades, ou setores do conhecimento. As disciplinas, no entanto, permanecem inalteradas, não enriquecem nem são enriquecidas pelo outro saber. De outro lado, a interdisciplinaridade busca a descoberta ou estabelecimento de conexões e correspondência entre disciplinas científicas, isto é, entre os diferentes níveis de descrição da realidade.

A busca pela saúde integral tornou-se o foco dos agentes de saúde, que passam a compreender que sem um conjunto de condições, a população não gozará de boa saúde e qualidade de vida. No caso da doença da obesidade, lembramos que a mesma é constituída por inúmeros determinantes que se atacados isoladamente não surtirão o efeito de controle da epidemia. Na luta contra a obesidade, onde a medicina e a nutrição já figuram, passa-se a compreender a importância do papel do psicólogo, do assistente social e de outros trabalhadores da saúde.

A luta pela integralidade é um dos maiores desafios da área da saúde no Brasil, principalmente, um dos princípios do SUS e, antes disto, uma das "bandeiras de luta" do chamado Movimento Sanitário (GOMES, 2004). Os serviços de saúde devem funcionar atendendo o indivíduo como um ser humano integral submetido às mais diferentes situações de vida, que o leva a adoecer e a morrer. Desta forma, o atendimento deve ser feito para a sua saúde e não somente para a sua doença. As ações de saúde devem ser combinadas e voltadas ao mesmo tem-

po para prevenção e a cura (PINHEIRO; MATTOS, 2001; CAMPOS, 2004).

Um dos fatores pelos quais as políticas públicas ainda demoram a se desenvolver se deve à resistência dos setores corporativistas e comerciais. Se as medidas recomendadas significarem dano, ou redução de lucro à indústria e às empresas, se estabelece um conflito entre estes gigantes do capital e o Estado. Diretamente no setor saúde, tem-se exemplos em relação ao tabaco e à mais popular das drogas: o álcool. Estes tipos de indústrias, nos Estados Unidos, representam 100 bilhões de dólares em vendas por ano a este país. O uso do álcool e tabagismo são hábitos, assim como a obesidade, que significam dano à qualidade de vida das pessoas e risco à saúde (OMS, 2005).

Como que "cheio de dedos", o Estado há muito tempo tem feito tentativas de negociação com relação aos malefícios que estes hábitos podem causar a população usuária e aqueles que convivem com eles. Especificamente, o tabaco, no Brasil desde 1989, o Ministério da Saúde, através do Instituto Nacional de Câncer, coordena as ações do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), desenvolvidas em parceria com as secretarias estaduais e municipais de saúde e de vários setores da sociedade civil organizada. Os objetivos se voltam para reduzir a prevalência de fumantes e a consequente morbi-mortalidade relacionada ao consumo. (INCA, 2004).

A Lei nº. 9.294, de 15 de julho de 1996, estabelece restrições ao uso e à propaganda de produtos derivados do fumo e também sobre bebidas alcoólicas. Ainda hoje foco de muitas discussões, a Lei gera controvérsias. Uma das maiores contribuições, que é observada a partir da aprovação da Lei, diz respeito à proibição de propagandas que estimulam o hábito de fumar e as constantes advertências sobre as consequências da ingestão do tabaco. Com isto, os lares viram-se livres das invasões (via propagandas) da proposição de rotinas que, fatalmen-

te, seriam geradoras de novas doenças e agravos de saúde, como o câncer de pulmão, por exemplo.

As Políticas Sociais Brasileiras na área da Saúde: o direito à saúde

O setor da saúde sofreu influências do contexto político-social e dos momentos econômicos da sociedade brasileira. As ações de saúde propostas pelo governo sempre procuraram atender a grupos determinados, em momentos de maior tensão, como nos casos de epidemias. Em tempos remotos, a falta de um modelo sanitário fazia com que priorizássemos o atendimento nestes casos e, quando superados, as endemias eram secundárias. A partir da Constituição de 1988, a saúde passa a ser regida através do SUS – Sistema Único de Saúde, que possui, em sua proposta, um modelo de saúde voltado para as necessidades da população, procurando resgatar o compromisso do Estado com o bem-estar social, especialmente com a saúde coletiva, integrando-o como um dos direitos da cidadania (POLIGNANO, 2005).

A partir daí, a saúde passa a ter um conceito mais amplo:

A saúde tem como fatores determinantes, e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais: os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país (CAMPOS, 1998:32).

Este fato significa um marco importante em termos de reforma na qualidade de saúde da população. Contudo, novas mudanças têm ocorrido deste então, algumas com o incremento do Banco Mundial, do Banco Interamericano de Desenvolvimento e da Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS. As políticas de saúde no Brasil, até muito recentemente, caracterizavam-

se pela aproximação com as políticas de Previdência Social, sobretudo quanto à forma de financiamento (COHN; ELIAS, 2003).

Nas últimas décadas, ampliou-se o debate sobre as políticas sociais, no contexto das lutas pela democratização do Estado e da sociedade no Brasil. Desde a década de 80, é possível observar mudanças decorrentes da atuação de novos interlocutores no campo das políticas sociais. O cenário político dos anos 90 introduz inflexões importantes nesse momento, relacionadas à participação de segmentos organizados da sociedade civil na formulação, gestão e controle social das políticas públicas (DEGENNSZAJH, 2000:154).

Nogueira (2002) alerta para uma característica atual do direito à saúde no Brasil: a aproximação com o enquadramento individual, o que significa o distanciamento do caráter social do século XX. “A saúde vem sendo cada vez mais tratada como um bem privado e não como estatuto de um bem público” (p.10).

Nas diretrizes do Setor saúde, compete: “atender a desnutrição, as carências específicas, a obesidade, o diabetes melitus, as dislipidemias e as associações com outras doenças crônicas de reconhecida relevância epidemiológica” (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004:04). A atenção à alimentação está prevista no Sistema Único de Saúde (SUS); o Art. 3º da Lei nº 8.080/90 define que a alimentação constitui um dos fatores determinantes e condicionantes da saúde da população, cujos níveis expressam a organização social e econômica do país. No Art. 6º, que trata das atribuições do SUS “a vigilância nutricional e orientação alimentar e o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendida todas as etapas e processos, da produção ao consumo” (p.04.).

A atual Constituição, datada de 1988, aponta a saúde como direito de todos e dever do Estado, enquanto acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde (art. 201). Apesar disto, a partir de 2000, seguin-

do as diretrizes do Banco Mundial, do Banco Interamericano e da OPAS, o direito à saúde vem perdendo seu caráter social, sendo cada vez mais tratado como um bem privado (NOGUEIRA, 2002).

O direito à saúde é um dos direitos sociais que mais se destaca (COHN e ELIAS, 2003; NOGUEIRA, 2002). As políticas sociais voltadas para a área da saúde foram incrementadas com a promulgação da Constituição de 1988 (BEHRING, 2000). Para falar-se no direito à saúde, é necessária a compreensão das políticas públicas presentes, que circundam o âmbito das ciências sociais, da ciência política e da economia política.

Adotamos a concepção de Potyara Pereira (1996:130), que define como Políticas Sociais:

Uma linha de ação coletiva que concretiza direitos sociais declarados e garantidos em lei. É mediante as políticas públicas que são distribuídos ou redistribuídos bens e serviços sociais, em resposta às demandas da sociedade. Por isso, o direito que as fundamenta é um direito coletivo e não individual. Embora as políticas públicas sejam de competência do Estado, não representam decisões autoritárias do Governo para a sociedade, mas envolve relações de reciprocidade e antagonismo entre estas duas esferas.

A existência de políticas sociais é um fenômeno associado à sociedade burguesa (BEHRING, 2000), desde o reconhecimento da existência da questão social relacionada com as relações sociais a partir deste modo de produção. Em torno das políticas sociais, uma questão central é a compreensão de que elas se estabelecem no centro de uma relação entre concessão e conquista. Muitas vezes, dentro da concepção das políticas sociais como concessão, ela é compreendida como tendo um “compromisso em manter acumulação e reproduzir a força de trabalho, buscando a legitimação do sistema capitalista”. Por outro lado, configurando-a como conquista, as políticas sociais situam-se num campo contraditório, dando visibilidade às demandas dos

trabalhadores e às disputas para ampliar seus direitos civis (COUTO, 2004:60).

O contexto histórico marcado pela democratização do país, torna mais compreensível a vigência do processo de construção das viabilidades do controle da sociedade sobre o Estado, o que demanda a efetivação do protagonismo, exercício da cidadania, de autonomia, almejadas e postas em prática pela sociedade como um todo. As políticas sociais deveriam se transformar em instrumentos de empoderamento (FALEIROS, 1997), de processos de subjetivação, de equidade. Porém, sabemos das dificuldades encontradas neste processo de construção, que necessitam de organização e métodos realmente democráticos, participativos, incluídos e reinventados nas práticas cotidianas, de forma a garantir o seu suporte e a sua consistência.

Os Direitos à Alimentação e do Consumidor

A política Nacional das Relações de Consumo tem o objetivo atender as necessidades dos consumidores, a partir do reconhecimento da situação de vulnerabilidade em relação ao mercado de consumo. O artigo 2º considera consumidor toda pessoa, física ou jurídica, que adquire ou utiliza produto ou serviço como destinatário final.

O artigo 6º do Código de Defesa do Consumidor estabelece como direitos do cidadão:

I - a proteção da vida, saúde e segurança contra os riscos provocados por práticas no fornecimento de produtos e serviços considerados perigosos ou nocivos;

II - a educação e divulgação sobre o consumo adequado dos produtos e serviços, asseguradas à liberdade de escolha e a igualdade nas contratações;

III - a informação adequada e clara sobre os diferentes produtos e serviços, com especificação correta de quantidade,

características, composição, qualidade e preço, bem como sobre os riscos que apresentem;

IV - a proteção contra a publicidade enganosa e abusiva, métodos comerciais coercitivos ou desleais, bem como contra práticas e cláusulas abusivas ou impostas no fornecimento de produtos e serviços;

V - a modificação das cláusulas contratuais que estabeleçam prestações desproporcionais ou sua revisão em razão de fatos supervenientes que as tornem excessivamente onerosas;

VI - a efetiva prevenção e reparação de danos patrimoniais e morais, individuais, coletivos e difusos;

VII - o acesso aos órgãos judiciários e administrativos com vistas à prevenção ou reparação de danos patrimoniais e morais, individuais, coletivos ou difusos, assegurada a proteção jurídica, administrativa e técnica aos necessitados;

VIII - a facilitação da defesa de seus direitos, inclusive com a inversão do ônus da prova, a seu favor, no processo civil, quando, a critério do juiz, for verossímil a alegação ou quando for ele hipossuficiente, segundo as regras ordinárias de experiências;

IX - (Vetado);

X - a adequada e eficaz prestação dos serviços públicos em geral.

Em relação às ofertas, o Código é bastante claro. O Artigo 31 estabelece que a oferta e apresentação de produtos ou serviços devem assegurar informações corretas, claras, precisas, ostensivas e, em língua portuguesa, sobre suas características, qualidades, quantidade, composição, preço, garantia, prazos de validade e origem, entre outros dados, bem como sobre os riscos que apresentam à saúde e segurança dos consumidores. A publicidade é discutida em toda Seção III, dos Artigos 36 ao 38, condenando a propaganda enganosa e abusiva.

Por outro lado, nascido no berço da publicidade, em 1980 foi criado o CONAR, Conselho Nacional de Auto-regulamenta-

ção Publicitária. Esta organização não-governamental tem a missão de impedir a prática de propagandas abusivas ou enganosas e, ao mesmo tempo, zelar pela liberdade de expressão comercial, assegurada pela Constituição federal. Segundo o próprio CONAR (<http://www.conar.org.br>) o Código Brasileiro de Auto-Regulamentação Publicitária nasceu de uma ameaça ao setor, quando, no final dos anos 70, o governo federal pensava em sancionar uma lei criando uma espécie de censura prévia à propaganda. Se a lei fosse implantada, nenhum anúncio poderia ser veiculado sem que antes recebesse um carimbo "De Acordo" ou algo parecido.

Em 2006, o CONAR²¹, atento às discussões sobre hábitos alimentares saudáveis, que ocorrem em nível global, principalmente fruto da epidemia da obesidade (CONAR, 2006 – Anexo H), e que começaram a ganhar força junto às autoridades, sentese ameaçado por projetos de Lei que visam a restrição e até a proibição de publicidade de categorias como refrigerantes e alguns produtos alimentícios. Frente a este oriente, o CONAR atualiza a Sessão 11 e o Anexo H do Código Brasileiro de Auto-regulamentação Publicitária, direcionando-o ao público infantil e juvenil e estabelecendo novas regras para anúncios de produtos voltados a este alvo.

O público infantil ganha destaque, e uma regulamentação especial, devido à menor capacidade de discernimento desta faixa etária. (CONAR, 2006 – Seção 11). A reforma amplia os conceitos da Seção 11, destacando o elemento ético nos apelos

²¹ O CONAR, Conselho Nacional de Auto-regulamentação Publicitária, é uma organização não-governamental fundada em 1980 pelas entidades do mercado publicitário brasileiro. Sua missão é impedir que a publicidade ofensiva, enganosa ou abusiva cause constrangimento ou prejuízo a consumidores e empresas e, ao mesmo tempo, zelar pela liberdade de expressão comercial, independente de censura. As entidades que apóiam o Conar o fazem livremente, sem uma obrigação legal.

da sociedade de consumo. As novas recomendações prevêem que as propagandas dirigidas às crianças e adolescentes:

- Não devem conter apelo imperativo de consumo, como frases do tipo “peça para a mamãe comprar”.
- Devem se constituir em fatores coadjuvantes, junto aos pais, educadores, autoridades e comunidade pela formação positiva dos jovens.
- Não deve desmerecer valores sociais positivos.
- Devem refletir restrições técnicas e eticamente recomendáveis.

Neste caso, destaca-se que a proteção das crianças e dos adolescentes tem, como órgão regulador, uma organização nascida no berço da profissão que produz a propaganda, sem a participação direta do Estado, que apóia estas resoluções. Segundo o Observatório de Políticas de Segurança Alimentar e Nutrição da UnB, o Brasil é o vice-campeão (2º lugar) no ranking mundial de propostas que visam restringir as propagandas de alimentos na TV voltados ao público infantil, ficando atrás apenas da Austrália, e seguido pela França e Alemanha.

No Brasil, a partir de 2003, as autoridades ensaiam ações relacionadas ao controle das propagandas alimentícias, bem como medidas para combater a obesidade. O Senador Tião Vianna (PT – AC/2003) propôs um Projeto de Lei (nº. 25/2003) prevendo que as embalagens dos alimentos e as declarações de qualidades ou características nutritivas deviam ficar contidas exclusivamente no espaço reservado à rotulagem nutricional obrigatória e deveriam ser escritas em caracteres com o mesmo tamanho das demais informações ali existentes. Ou seja, os destaques nutritivos dos alimentos não poderiam receber qualquer destaque promocional. A propaganda comercial de alimentos nas emissoras de rádio e televisão estaria liberada no horário compreendido entre 21 horas e 6 horas da manhã. Além disso, estas propagandas ficariam proibidas nos meios

eletrônicos, inclusive Internet, na forma fixa ou móvel em estádio, pista, palco ou local similar e na forma de propaganda indireta contratada, também denominada merchandising, nos programas de rádio e televisão, produzidos ou não no país, em qualquer horário.

Pelo projeto do senador, a propaganda comercial dos alimentos não poderia empregar imperativos que induzam diretamente ao seu consumo, não poderia sugerir seu consumo exagerado, não poderia atribuir aos produtos propriedades nutricionais ou outras não comprovadas cientificamente e não poderiam incluir a participação de crianças ou adolescentes. Além disso, a propaganda, que deveria ser revisada a cada dois anos, teria de conter declarações de advertência, falada e escrita, sobre os riscos decorrentes do consumo excessivo dos alimentos anunciados. O projeto de lei previa vários tipos de penas aos infratores, indo desde a simples advertência à suspensão da propaganda por até trinta dias e multa de R\$ 5 mil a R\$ 100 mil, conforme a capacidade econômica do infrator.

Certamente, tiveram-se muitos avanços. Estados como Santa Catarina, Distrito Federal, Bahia e São Paulo, entre outros, vêm, há algum tempo, adotando medidas voltadas ao controle alimentar das crianças, principalmente a partir de hábitos saudáveis na merenda escolar e do controle de produtos comercializados nos bares e cantinas escolares. A lógica sugere uma aproximação da doença da obesidade com práticas de educação. Atualmente, vem-se contando, com campanhas de esclarecimento dirigidas a empresas e escolas. Em conjunto, os ministérios da Saúde e da Educação têm exibido através do projeto TV Escola, vídeos educativos sobre alimentação saudável e a prática de exercícios físicos. Já em 2006, foi sancionada a Lei n. 11.265 sobre a regulamentação da comercialização de alimentos para lactantes e crianças. Porém, mesmo assim, a epidemia da obesidade segue nos assombrando.

A fome tem sido elemento estruturante de políticas sociais no Brasil. As respostas do Estado brasileiro, bem como da sociedade civil têm constituído programas que na lógica das políticas residuais são centralizadas na idéia de que a fome resolve-se com a ingestão de alimentos ou de que a fome é consequência de uma estrutura injusta, onde o alimento é apenas uma das formas de combatê-la.

É possível localizar na história do Brasil uma série de lutas em torno da fome, particularmente as protagonizadas pelas classes populares, classificadas pela história oficial como simples revoltas ou como atos de insubordinação. Mesmo que não explicitada, percebe-se a fome por trás de muitas dessas revoltas (GOHN, 1995). Segundo resumo estruturado por Bonfim (2000):

1. Surgimento das sociedades mutualistas, na segunda metade do século XIX, com o objetivo de assegurar a sobrevivência de famílias de assalariados pobres, ou auxiliá-las em determinadas ocasiões, como enterros.

2. Movimento dos "Quebra-Quilos", entre 1850 e 1900, a fim de rever o sistema de pesos e medidas, uma vez que as pessoas pobres eram "roubadas" em suas compras, pela manipulação das balanças.

3. Revolta de Ibicaba, de 1851. Os colonos das fazendas de café revoltam-se contra o alto preço das mercadorias que lhes eram vendidas, contra os pesos e medidas utilizados e contra os juros.

4. Protesto Contra Alta de Gêneros Alimentícios em Salvador, em 1858, ocasionado pelas sucessivas epidemias de febre amarela e cholera morbus e a escassez contínua de alimentos. A palavra de ordem era "Queremos carne sem osso e farinha sem caroço".

5. Revolta contra comerciantes estrangeiros contra o alto preço de mercadorias importadas e baixo preço pago pelos gêneros alimentícios nacionais, em 1872.

6. Lutas diversas pela melhoria de salários e de condições de vida para os operários e lutas no campo, no início do século XX. Muitas das lutas urbanas eram pelo rebaixamento dos preços dos gêneros alimentícios.

7. Comício contra a Carestia, em 1913, no Rio de Janeiro, que teria reunido mais de dez mil pessoas, segundo a imprensa. Esse movimento se espalharia por várias cidades do país, no Movimento contra a Carestia.

8. Atos contra o Desemprego e a Carestia, no Rio e em São Paulo, em 1914.

9. Movimento de Comitês de Combate à Fome no Rio de Janeiro, em 1918.

10. Movimento do Cangaco (1925-38), no Nordeste, associado à questão da miséria e às ações de Padre Cícero em Juazeiro.

11. Marcha da Fome, em 1931, liderada pelo Partido Comunista. A marcha tomou caráter de movimento nacional, com atos públicos e passeatas, no Rio, São Paulo e Santos.

12. Campanha Popular Contra a Fome, em 1946, com uma Banca de Queixas, para reclamações contra comerciantes que vendiam caro ou especulavam com mercadorias.

13. Passeatas da Panela Vazia, entre 1951 e 1953. Nesse período, o Movimento Contra a Carestia atinge diversas regiões do Brasil.

14. Promoção do Dia Nacional de Protesto Contra a Carestia, em 7 de agosto 1963, realizado em várias partes do País.

15. Movimento do Custo de Vida, em 1972, em São Paulo e em outras capitais, fruto da articulação das Comunidades Eclesiais de Base, ligadas à Igreja Católica.

16. I Congresso Nacional de Luta Contra a Carestia, em 1980.

17. Saques em Supermercados e Lojas no Rio de Janeiro e em São Paulo, em 1983 e, por fim,

18. Movimento Ação da Cidadania, Contra a Miséria e pela Vida, em 1993. Este Movimento conseguiu a adesão da socieda-

de, com a criação de mais de 3.000 comitês organizados em todo o País, a maioria deles ligados a funcionários de empresas públicas.

Ao longo deste período, diversos planos e ações governamentais foram implantados, destaca-se a criação de um órgão para tabelar gêneros alimentícios de primeira necessidade. Em 1918, em resposta à greve operária de 1917 e, no período do Estado Novo (1937-1945), sob a influência de eminentes nutricionistas e sociólogos, os conceitos sobre o papel do Estado na alimentação influíram de algum modo na política oficial (BONFIM, 2000: 02).

Ainda, segundo o mesmo autor, algumas datas, órgãos e iniciativas governamentais da política de nutrição brasileira:

- 1936 – através do Decreto Lei nº. 399, de 14 de janeiro criado o Programa de Cesta Básica alimentar, que prevê uma lista de alimentos suficiente ao sustento e o bem-estar do trabalhador adulto, contendo quantidade suficiente de proteínas, calorias, ferro, cálcio e fósforo (DIEESE, 2005).

- 1940: é criado o Serviço de Alimentação e Previdência Social (SAPS), para atender aos segurados da previdência, selecionar produtos e baratear preços; instalar e manter restaurantes para trabalhadores; fornecer alimentos básicos a trabalhadores;

- 1943: é criado o Serviço Técnico de Alimentação Social, para propor medidas para a melhoria alimentar;

- 1945: surge a Comissão Nacional de Alimentação – CNA, com a missão de propor uma política nacional de nutrição;

- 1946: o governo brasileiro solicita ajuda ao recém-criado Unicef para buscar soluções para a alimentação das crianças brasileiras;

- 1950: com o aumento das exportações de carne bovina para os EUA, sobem os preços da carne no Brasil;

- 1952: um inquérito sobre os gastos com alimentação revela que a classe operária empregava de 40% a 52% de seus gastos com alimentação, em algumas capitais;

- 1954: é criado o programa nacional de alimentação escolar;

- 1954: o Congresso Americano aprova a “Lei do Alimento para a Paz”, que destina alimentos para países como o Brasil, motivado pelos efeitos da revolução cubana;

- 1962: criados sistemas de armazenamento: Superintendência Nacional de Abastecimento (Sunab), Companhia Brasileira de Alimentos (Cobal), Comissão de Financiamento da Produção (CFP) e Companhia Brasileira de Armazenagem (Cibrazen), vários órgãos com funções superpostas e ineficazes para combater os problemas de alimentação dos brasileiros: no Sul, as grandes companhias se dedicam à agricultura de exportação, protegida por subsídios e política cambial favorável; no Nordeste, os atravessadores dominavam o mercado;

- 1964: militares recorrem à USAID para reativar o programa de alimentação escolar; firmam compromissos com companhias de alimentação processada;

- 1967: extinto o SAPS – Serviço de Alimentação e Previdência Social, que tinha alto poder de mobilização social;

- 1972: criado o INAN – Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição, para elaborar política nacional de alimentação e nutrição;

- 1973 e 1974 criados o I e o II Programa Nacional de Alimentação e Nutrição, para alimentar os grupos materno-infantis, escolares e trabalhadores;

- 1974: promovido o Estudo de Defesa Familiar, o qual detecta que somente 32% da população brasileira alimenta-se adequadamente;

- 1976: criado, e continua até nossos dias, o PAT – Programa de Alimentação do Trabalhador, visando proporcionar alimentação aos trabalhadores, principalmente aos de baixa renda, que recebem até cinco salários mínimos. Por meio do recurso,

buscava-se proporcionar ao trabalhador uma melhoria na qualidade nutricional, buscando a produtividade, a prevenção de doenças profissionais e o aumento da qualidade de vida. (GUIA TRABALHISTA, 2004).

– 1984 a 1988 (Nova República): funcionam cinco programas de alimentação: Programa de Alimentação Popular (PAP), Programa Nacional do Leite (PNL), Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), Programa de Nutrição e Saúde e Programa de Complementação Alimentar (PCA). Não obstante terem aumentado a distribuição de alimentos e terem incluído associações de moradores na distribuição, tais programas serviram mais a propósitos clientelistas, em que predomina a noção de favor, não favorecendo a cidadania.

– 1991 a 1993: O Governo Collor encarrega-se de desestruturar os órgãos de abastecimento que, se não atendiam a uma política de distribuição de alimentos, pelo menos significavam uma “presença” do governo no setor.

– 1993: o Presidente Itamar Franco declara o combate à fome como prioridade absoluta. É uma proposta de política nacional de segurança alimentar: mapeamento da fome no País (Mapa da Fome), elaboração de um Plano de Combate à Fome e à Miséria e a criação do Conselho Nacional de Segurança Alimentar (CONSEA);

– 1994: Realizada a I Conferência Nacional de Segurança Alimentar. No Brasil haverá Segurança Alimentar quando todos os brasileiros tiverem, permanentemente, acesso em quantidade e qualidade aos alimentos requeridos e às condições de vida e de saúde necessárias para a saudável reprodução do organismo humano e para uma existência digna.

– 2000: Criada a Força Tarefa Brasileira de Obesidade, por iniciativa do então Ministro da Saúde José Serra.

– 2003: Programa Fome Zero, governo Lula.

Um dos primeiros programas de impacto social de grande repercussão no governo de Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2007)

foi o lançamento do programa Fome Zero, que na sua justificativa aponta o seguinte;

A fome como problema social é uma das manifestações mais nefastas da humanidade. Enquanto uma nação não é capaz de dar acesso a alimentos em quantidade suficiente e qualidade à sua população, não pode ser considerada civilizada, pois se trata da necessidade mais básica e elementar do ser humano. Por isso prover uma alimentação de forma mais digna ao seu povo deve ser visto como o primeiro dos objetivos de uma nação. (Fome Zero, 2003:16)

No Fome Zero, são apresentados três conjuntos de políticas articuladas entre si, cujo foco é a segurança alimentar, entendida como a garantia a todos os brasileiros de acesso a uma alimentação adequada à sobrevivência e à saúde em termos de quantidade, qualidade e regularidade:

1. Políticas Estruturais, voltadas para as causas profundas da fome e da pobreza;

2. Políticas Específicas, voltadas a atender diretamente as famílias no acesso ao alimento. Compreende sete Programas: Cartão-alimentação; Ampliação do PAT; Doação Cestas Básicas Emergenciais; Combate à Desnutrição Materno-infantil; Segurança e Qualidade dos alimentos; Ampliação da Merenda Escolar e Educação para o Consumo e Educação Alimentar. (FOME-ZERO. ORG. BR)

3. Políticas Locais, que *podem ser implantadas por prefeituras e pela sociedade*.

Sendo assim, é função do Estado respeitar, proteger e facilitar a ação de indivíduos e comunidades em busca da capacidade de alimentar-se de forma digna, colaborando para que todos possam ter uma vida saudável, ativa, participativa e de qualidade. No Brasil, a partir de 1986, com a I Conferência Nacional de Alimentação e Nutrição e, posteriormente, com a I Conferência Nacional de Segurança Alimentar (1994) o conceito de Segurança Alimentar engloba as questões de abastecimento,

acesso universal aos alimentos, aspecto nutricional e, conseqüentemente, as questões relativas à composição, à qualidade e ao aproveitamento biológico.

A política de segurança alimentar compreende pelo menos quatro dimensões básicas e estreitamente integradas, por mais diversificado que seja o leque de ações e iniciativas que possa articular. A primeira dimensão diz respeito às intervenções na esfera da produção de alimentos, rural ou urbana, desde a produção para autoconsumo pelas famílias rurais, passando pela produção mercantil de matéria-prima ou produtos in natura, e englobando os alimentos preparados e refeições. A segunda dimensão de uma política de segurança alimentar é relativa ao acesso aos alimentos e inclui as ações no campo do abastecimento e comercialização. A terceira relaciona-se à esfera do consumo e compreende a educação alimentar, a educação para o consumo sustentável e a organização dos consumidores. A quarta dimensão é constituída pelos programas de distribuição de alimentos em caráter suplementar ou emergencial dirigidos a grupos populacionais específicos.

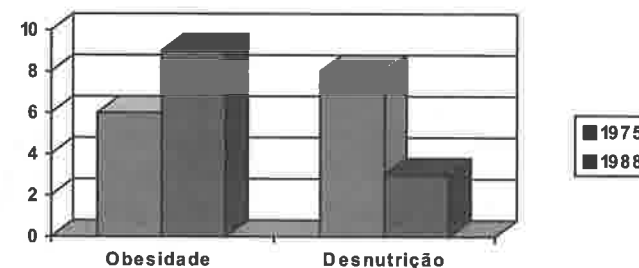
Para o alcance do propósito da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, foram criadas diretrizes assim definidas:

1. Estímulo às ações intersetoriais com vistas ao acesso universal aos alimentos.
2. Garantia da segurança e da qualidade dos alimentos e da prestação de serviços neste contexto.
3. Monitoramento da situação alimentar e nutricional.
4. Promoção de práticas alimentares e estilo de vida saudáveis.
5. Prevenção e controle dos distúrbios nutricionais e de doenças associadas à alimentação e nutrição.
6. Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos.

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição teve origem na iniciativa da Organização Mundial da Saúde – OMS,

que iniciou o processo de construção de um importante empreendimento denominado “Estratégia Global para Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde”. O objetivo desta iniciativa foi estabelecer um conjunto de orientações e recomendações para políticas e ações nas áreas da saúde, agricultura e desenvolvimento social; além de recomendar ações que aumentem o conhecimento dos indivíduos sobre quais seriam as escolhas alimentares mais saudáveis. A Estratégia Global prevê ações de caráter regulatório, fiscal ou legislativo, que modifiquem o ambiente de modo a tornar as escolhas saudáveis factíveis (OPAS, 2003; COUTINHO e MONTEIRO 2004).

A fome está presente no País inteiro, especificamente, em algumas regiões e grupos sociais a situação de risco alimentar é mais grave. Todavia o inverso à fome ocupa, hoje, destaque entre as novas configurações da questão social, principalmente, frente ao quadro de epidemia mundial da obesidade. A seguir demonstra-se, com base em relatório do Ministério da Saúde (1991) a dimensão da obesidade e da desnutrição no território nacional:



Fonte: Ministério da Saúde, 1991.

Figura 1 - Gráfico comparativo da situação da obesidade e da desnutrição no Brasil²².

²² O conceito de obesidade como uma forma de desnutrição foi adotado pela OMS a partir de 2006. O gráfico apresentado representa a formatação utilizada na elaboração do relatório, pelo Ministério da Saúde, em 1991.

A realidade brasileira de hoje está a exigir um posicionamento forte para o combate à exclusão. Há que se propor programas que incidam na tão injusta taxa de desigualdade social e tenham reflexos visíveis no campo da materialidade da vida dos trabalhadores. É preciso pensar em trabalho, em sistema de proteção social universal, em participação ativa do Estado e em protagonismo da população. Sem essas condições será impossível pensar em equacionar o problema da fome. E para fazê-lo é necessário articular as políticas sociais e pensá-las como um conjunto que dão substância às propostas da área. Sem isso, mantendo-se a desarticulação, mesmo um programa como o Fome Zero tem a tendência a se tornar vazio e inconsistente, pois:

No Brasil, as experiências de redução do nível de pobreza estão associadas, tradicionalmente, a períodos de crescimento econômicos, relegando-se a um plano secundário as alternativas de combate a desigualdades (BARROS; MENDONÇA, 2000:12).

É preciso, portanto, ao compreender esse sistema, buscar romper com a lógica de reprodução que coloca a economia como política central e as demais como subsidiárias reinscrevendo o programa Fome Zero junto à política de Assistência Social e as demais políticas, sendo transversal na sua execução para que se efetive como um recurso ao enfrentamento da fome no Brasil. Embora seja necessária “assistência” para os grupos incapazes de sustentação produtiva, por razões de direito à sobrevivência, o “assistencialismo” “apenas recria a miséria, já que está por definição desvinculado de qualquer compromisso estrutural de solução” (DEMO, 1995: 84).

Para o autor, uma política social precisa ser emancipadora. E terá esse caráter a política social que contribua para a cidadania; políticas que não atendam a esse requisito serão ou tuteladoras ou assistencialistas. A cidadania tutelada “expressa o

tipo de cidadania que a direita (elite econômica e política) cultiva ou suporta, a saber, aquela que se tem por dádiva ou concessão de cima.

Por conta da reprodução da pobreza política das maiorias, não ocorre suficientemente consciência crítica e competência política para sacudir a tutela” (DEMO, 1995:06). Já a cidadania assistida “expressa forma mais amena de pobreza política, porque já permite a elaboração de um embrião da noção de direito, que é o direito à assistência, integrante de toda democracia” (ibidem). Mas tanto uma como outra forma de cidadania contribuem para a reprodução da pobreza política, “mantendo intocado o sistema produtivo e passando ao largo das relações de mercado, não se comprometendo com a necessária equalização de oportunidades”. Nesse sentido, mesmo a “cidadania assistida”, por atrelar a população a um sistema de benefícios estatais, é enganadora, por maquiara a marginalização social. Portanto, a superação da fome deve estar aliada à superação da pobreza econômica e da pobreza política.

Não se resolverá o problema da fome, enquanto não se tocar nas relações de assimetria de propriedade e poder do mercado, colocando-o como meio e não como fim, fazendo com que esteja a serviço da verdadeira cidadania. (BONFIM, 2000).

ESTÍMULO AO CONSUMO: TELEVISÃO QUE ENGORDA

Observadas de perto, as promessas da sociedade de consumo são espantosas. Tudo cabe numa lista tacanha, onde, de um lado, estão os meios de evasão – a cocaína, o ecstasy ou o mais novo psicotrópico contra o mais novo sofrimento existencial e, de outro, a realidade social de qual todos querem se evadir – o tédio; a aridez da inveja e da competição; o medo do desemprego; o tormento das decepções românticas; a obsessão pela magreza e a boa forma; a anorexia; a bulimia; as mutilações corporais; as pancadarias adolescentes nos finais de semana; a depressão; a insônia crônica; o estigma da obesidade; o receio da solidão; o exame fóbico das taxas de colesterol, enfim, o pavor do câncer, do infarto, da doença de Alzheimer, da “feiura” da velhice, etc. (COSTA, Jurandir Freire. Folha de São Paulo, Caderno Mundo, 01/04/2003.)

A sociedade contemporânea padece de tantos interesses e de tantas preocupações que fica impossível listá-los. O “remédio” do século XXI tem sido o consumo, com o propósito de satisfazer desejos, suprir carências ou criar coragem para projetar ambições. Também, as relações interpessoais vêm passando, cada vez mais, pela perspectiva da materialização; ou seja, através de objetos, os homens vêm procurando atingir a estabilidade emocional e a auto-afirmação. Através dos objetos que possuem, as pessoas apresentam-se à sociedade e, desta forma, pretendem conquistar amigos e posição social. Conseqüentemente, possuir ou acumular vem se configurando como verdadeiro

signo, sobretudo quando a intenção é relacionamento. Inúmeras vezes, o afeto tem sido colocado numa escala secundária, neste novo sistema cultural que se formou a partir de um desejo irreprimível de consumir.

Para Baudrillard (2005) as novidades de consumo são produtos das novas tecnologias, do crescimento das religiões, da transformação dos modelos familiares e do culto da beleza e da saúde. O consumo é próprio do modelo capitalista (BAUDRILLARD, 2005; LIPOVETSKY, 1983; FEATHERSTONE, 1995; PIETROCOLLA, 1989) e nossa discussão perpassa a relação deste movimento natural e o aumento dos casos de obesidade. Para além da necessidade básica de comer, o consumo vem envolvendo o viés da alimentação ao transformá-lo em signo. Em especial para as crianças, a questão vem ultrapassar o ato comportamental de comprar e interfere na formação dos jovens, não apenas mexendo na saúde, mas na educação e nos valores e juízos da sociedade do futuro (LINN, 2006). A possessividade, o egoísmo, o individualismo, o particularismo, entre outros, são fruto das relações mercadorizadas em que o sujeito não é visto pelo seu ser, mas pelo ter.

A Sociedade de Consumo

A sociedade de consumo teve seu marco inicial com a Revolução Industrial, primeiramente verificado na Inglaterra, no final do século XVIII. Uma das principais características desta sociedade é o seu alicerce no capitalismo do tipo monopolista de Estado. Esta fase é marcada pelo tripé burguesia nacional – Estado-burguesia local. A fim de viabilizar politicamente a expansão industrial, o Estado busca, na burguesia, o apoio e o capital necessário (PIETROCOLLA, 1989). Ocorrem, nesta época, o incentivo à penetração e à instalação de multinacionais, que se dá através da concessão de impostos e da criação de um

sistema educacional voltado para a capacitação da mão-de-obra necessária. Surgem os “cursos profissionalizantes”. Também, era normal o surgimento de cartéis com o objetivo de administrar o mercado e garantir a conservação do monopólio vigente.

A partir de 1929, a elevação dos preços levou os países periféricos a desenvolverem uma política voltada à industrialização, com o propósito de suprir a carência de produtos importados, não mais acessíveis. Graças a este momento, principalmente nos países latino-americanos, observou-se a expansão das pequenas indústrias, de origem nacional e de tecnologia simplificada, voltadas à produção de bens de consumo essenciais à sobrevivência da classe trabalhadora – especialmente a alimentação, vestuário e habitação. (PIETROCOLLA, 1989). A consequência deste momento é um maior acúmulo de capital interno, com maior elevação na qualidade de vida da população local. Logo (1950/60) os países periféricos passam a imitar os países centrais em relação ao modelo de consumo dos países centrais, voltados aos produtos de luxo, com destaque à indústria automobilística.

Insatisfação, compulsão, criação de novas necessidades desejo de obtenção de lucro são os pilares para a construção e desenvolvimento da sociedade de consumo. Quanto maior for a posse de bens de um indivíduo, maior será seu prestígio social. Deste modo, a sociedade de consumo tem como lógica a criação de novas necessidades que se traduzem na criação de novos bens de consumo (PIETROCOLLA, 1989: 37-38).

Num mundo em transformação, onde se vem observando significativas mudanças que agem diretamente sobre as pessoas, como os novos padrões familiares (divórcios, meio-irmãos); uma maior atenção e direito das crianças (a partir de ECA); as alterações no paradigma sexual, na luta pela aceitação da homossexualidade e o crescimento da segurança dos métodos anticoncepcionais. Por outro lado, também se observa o aprimora-

mento das técnicas de fecundação em laboratórios, a caminhada para o reconhecimento do sexo sem amor, as possibilidades de clonagem humana, a AIDS, e o aumento das cirurgias com o objetivo de transexualismo, o aumento da expectativa de vida da população; a participação das mulheres no mercado de trabalho, as alterações nas condições e nas relações de trabalho. Não são poucos os enfrentamentos que se expressam no dia-a-dia (SANTOS, 2003).

Para Guiddens (2000), estes fatores são consequência de uma revolução global, que tem consequências e expressa o modo como pensamos a respeito de nós mesmos e no modo como formamos laços e ligações com os outros. Esta aparente vulnerabilidade favorece o encontro com a frustração, o que, numa sociedade consumista, é remediado por objetos reais. Os homens de hoje buscam nos produtos a satisfação que não encontram mais, com tanta intensidade, nas relações humanas, que se encontra em transformação (BAUDRILLARD, 2005).

E assim é numa sociedade consumista como a nossa, que favorece o produto para o uso imediato, o prazer passageiro, a satisfação instantânea. A promessa de aprender a arte de amar é a oferta (falsa, enganosa, mas que se deseja ardentemente que seja verdadeira) de construir a experiência amorosa à semelhança de outras mercadorias, que fascina, seduzem e prometem desejo sem ansiedade, esforço sem suor e resultados sem esforços (BAUMAN, 2004).

Debord (1997) lembra que a raiz do consumo está no terreno da economia fortalecida. As consequências da prática do consumo chegaram a transformar a percepção, de modo político. O consumo é sedução; segundo Baudrillard (2005) o consumo supõe a manipulação de objetos que são vistos como signos. Isto significa que os objetos são independentes de seus significados e vêm ganhando expressão na medida em que confundem a realidade a fim de suprir a fantasia da acumulação. Nosso referencial teórico baseia-se na teoria de Baudrillard,

que também se apóia na teoria da mercantilização de Lukács e Lefébvre.

A teoria de Baudrillard caracteriza a pós-modernidade, principalmente pela explosão da cultura na vida cotidiana. Assim, a inflação de signos que vem colocando em xeque a distinção entre realidade e ficção é um dos elementos que compõem o quadro das sociedades ocidentais contemporâneas. Ao referir-se à teoria de Marx, o autor considera que durante o desenvolvimento do capitalismo, da noção de valor se estendeu à esfera do simbólico. Sendo assim, a lógica da mercadoria passou a abranger desde o mundo material até as instâncias culturais da sociedade. Neste sentido, Baudrillard sinaliza que qualidades abstratas – como sentimentos – também começam a fazer parte do domínio do valor de troca. A partir de então, já não é mais possível separar o econômico, do cultural e do ideológico, visto que as imagens, as representações, a cultura e até os sentimentos e as estruturas psíquicas tornaram-se parte do econômico. (BAUDRILLARD, 1995).

Para Baudrillard, ao invés do econômico ser o determinante da vida social, a cultura passa a ser o elemento principal das relações sociais, atuando, inclusive, sobre o significado dos aspectos econômicos, e, por conseguinte, no seu poder de influenciar a dinâmica das sociedades. Esse empoderamento dos signos de sua base econômica, possível graças à intervenção direta da esfera cultural na esfera da produção da vida material, marca toda a reflexão de Baudrillard (BAUDRILLARD, 1995).

A pós-modernidade, segundo Baudrillard, é uma época em que não existe mais a preocupação de que os signos tenham algum contato verificável com o mundo que representam o que ele chama de domínio do simulacro. Essa compreensão aproxima o autor da visão marxista do funcionamento da ideologia: a possibilidade de substituir o real por uma versão que produza um efeito eficaz de realidade.

Para explicar o processo pelo qual a representação vai gradualmente perdendo o contato com o real, Baudrillard elaborou uma sinopse dos quatro estágios pelos quais teriam passado os signos: inicialmente, o signo é o reflexo de uma realidade básica; no segundo estágio, o signo “*mascara e perverte uma realidade básica*” (ideologia como falsa consciência); no terceiro estágio, o signo “*mascara a ausência de uma realidade básica*”; no estágio terminal, o quarto, ele é seu próprio simulacro. A simulação toma, na pós-modernidade, a forma de objetos e experiências que se pretendem mais reais do que a própria realidade, o que caracteriza, para o autor, o fenômeno da produção da hiper-realidade.

Assim, conceitos como classe, Estado, poder, são considerados por Baudrillard como mistificações vazias, na medida em que suas representações, dentro mesmo das ciências sociais se esforçam por mascarar a existência de um vazio, – o vazio do social –, através de, por exemplo, a realização de pesquisas de opinião pública, consultas pela TV e outras estratégias dos cientistas sociais para elaborar um desenho, um perfil da massa silenciosa, opaca e amorfa (BAUDRILLARD, 1985). Baudrillard tentou desmistificar a ideologia do consumo como comportamento individualista, atribuindo à lógica deste sob a da distinção social. Assim, para esse autor, jamais se consome o valor de uso, mas sim o valor de “troca signo”.

O papel da Mídia

Quando fala-se em consumo, logo relaciona-se com imagens de propagandas, permanentemente transmitidas pela televisão ou expostas em revistas, utilizadas no intuito de promover o produto e estimular as vendas. Como discute-se, é inerente à sociedade capitalista a incitação ao consumo e é essencial para este processo a concorrência e a utilização de estratégias

de vendas – como as propagandas, embalagens atraentes, etc.

No intuito de compreender esta área de domínio da comunicação, utilizamos o conceito de propaganda usado pela área da publicidade. A palavra propaganda é gerúndio do latino do verbo “*propagare*”, que significa propagar, multiplicar, estender, difundir. As propagandas fazem parte da cultura de um povo, refletindo a ideologia daquela comunidade. Fazer propaganda significa difundir idéias, crenças, princípios e doutrinas. Atualmente, é considerada como uma técnica de comunicação destinada a comunicar as qualidades específicas e diferenciadas de determinado produto (MARTINS, 1992).

Sem dúvidas, pode ser adequado o antigo ditado “quem não é visto não é lembrado”. Hoje, ao ligarmos a televisão temos uma infinidade de comerciais, que são interrompidos pela programação – sim, as propagandas se tornaram rendosas às emissoras, pois através da reprodução das mesmas, as emissoras evitam custos com programação e recebem pela difusão dos comerciais. Sabe-se que os custos da transmissão das propagandas são associados ao tempo e ao horário em que irá ao ar o comercial. Nas revistas, a situação não é muito diferente; em uma revista da Editora Abril, em janeiro de 2006, por exemplo, contamos 30 páginas cheias destinadas a anúncios publicitários, o que corresponde a cerca de 28% do conteúdo impresso.

Alguns estudiosos apresentam acusações a respeito da mídia, como Lipovetsky (2004), que faz uma constante crítica ao papel alienador e de instrumento de manipulação da sociedade (LIPOVETSKY, 2004); para outros, a sustentação de um fator de liberação, que permite o questionamento dos grandes discursos ideológicos, hoje, globalizados. Certamente, a televisão, e a mídia, representam um papel antagônico, ora como facilitadores da prática alienadora. Mas também com potencial educacional extraordinário, que pode através de ações específicas, voltar-se para outras demandas da população, como a ques-

tão do acesso à educação e a valorização da qualidade de vida (SANTOS e GROSSI, 2005).

Segundo Baudrillard (2005), vivemos uma época de supervalorização excessiva do consumo, principalmente fruto da fartura de ofertas, oriundas do mundo globalizado, resultando numa abundância de produtos. Apoiados neste pensamento, apesar da atual fluidez dos laços humanos (Bauman), ou consequência do espetáculo, discutido por Debord, ou, ainda, fruto das metamorfoses pós-moderna (Lipovetsky), o que temos é uma sociedade disponível e disposta ao consumo, que utiliza de recursos para vender. Neste sentido, a mídia e outros meios globalizados, como a Internet, vêm ocupando um lugar para além de comunicadores, contudo, também não podem ser reduzidos a vilões (LIPOVETSKY, 2004). Para o autor, a mídia busca alcançar indivíduos diferentes, porém isso não ocorre sem um processo de padronização, de massificação dos modos de vida, dos gostos, etc. *“As imagens publicitárias, as fotos da moda e a imprensa feminina exemplificam bem essa penetração da mídia até no mais íntimo, especialmente em que diz respeito à aparência do corpo. Alguns, em função disso, falam de uma “tirania” da beleza exercida pelos meios de comunicação contemporâneos”* (p. 69). É impossível não reconhecer o papel da mídia nessa dinâmica de normatização obsessiva da aparência. O poder da mídia coincide com uma capacidade de imposição de modelos que, por não serem obrigatórios, não deixam de ter menos eficácia.

Os significados que os objetos adquirem, a partir dos anúncios publicitários, onde, normalmente dois objetos se relacionam – por exemplo, beleza e vestuário – desencadeia, nos objetos, um processo de significantes, na medida em que um objeto significa ao outro uma forma de dependência (BAUDRILLARD, 2005). Assim, se forma uma cadeia de consumo: a sociedade valoriza a beleza, esta se encontra associada com corpo magro,

“sarado” pela ginástica, pela alimentação equilibrada, fortemente relacionada com produtos *light* e *diet* (que possuem preços de venda diferenciados), pelas cirurgias plásticas e, entre outros, roupas e acessórios atuais. Desencadeado o processo, o sujeito segue seu impulso natural que, permanentemente, é reforçado pelo modelo da mídia. Neste sentido, Featherstone (1995), baseado na teoria de Baudrillard, chama atenção para o deslocamento da ênfase da produção para a reprodução, especificamente de signos, imagens e simulações por meio da mídia, abolindo a distinção entre a imagem e a realidade, tornando, o consumo, um elemento essencialmente cultural.

A infância e a Família na Sociedade de Consumo

Narodowski (1998) situa nos anos 90 uma crise conceitual da infância. Para ele, “não se trata de uma crise de vazio ou de ausência, mas de uma crise na qual a infância moderna morre” (p.174). A partir desta morte, os seres infantis passam a se caracterizar entre os *hiper-realizados* e os *des-realizados*. Para o autor, os primeiros são aquelas crianças que vivem em uma realidade virtual, pela qual têm acesso a bens culturais como Internet, videogame e computador. Quanto aos *des-realizados*, são as crianças que vivem na rua e trabalham desde muito pequenas. Independentes e autônomas reconstróem uma série de códigos através de sua vida na rua e na noite, o que lhes dá certa autonomia cultural, por meio da qual procuram realizar-se – ou des-realizar-se, como prefere o autor – como infância.

Sarlo (2004), refletindo sobre a situação atual da Argentina, expressa uma realidade que também se aplica ao Brasil: os mais pobres só podem conseguir o *fast food* televisivo, os menos pobres consomem estes e alguns outros bens (p.8). O que se reflete, aqui, versa sobre as desigualdades sociais, que não é menos dura com o mundo infantil. Certos autores, como Calli-

garis (1996), falam do amor narcísico em relação à infância, onde os adultos esperam que as crianças gozem de uma plenitude e de uma felicidade tal, desconsiderando a possibilidade de insatisfações e as frustrações destes.

Assim, Calligaris (1996) afirma que o mundo infantil é invejado pelos adultos. Estes hoje sujeitos crescidos, já foram crianças, mas em uma época onde o perfil da sociedade não se assemelhava aos dias atuais, principalmente porque as crianças não tinham tamanho espaço e valorização (LINN, 2006).

Vários fatores, entre eles o aumento da violência (antes desprivilégio apenas das cidades grandes), a necessidade de contribuir com a renda familiar, ou a queda do poder aquisitivo e as novas situações familiares (descasamentos, novos casamentos, novos irmãos, meio-irmãos, lutos, etc.) têm contribuído para que as crianças permaneçam mais tempo dentro de casa, ao invés de encontrá-las nos parques, nas brincadeiras de ruas, andando de bicicleta, entre outros (SANTOS, 2003).

A mesma autora sinaliza para a utilização das ditas “bábás eletrônicas”, ou de outra forma, do uso indiscriminado e também incentivado pelas famílias de recursos eletrônicos, como a televisão, o computador e o videogame a fim de passar o tempo, enquanto os pais ocupam-se com os afazeres domésticos e profissionais. Mas isto não remete à possibilidade de, reducionista, conduzir a responsabilidade às famílias pelo fato das crianças ficarem períodos prolongados em frente à televisão (LINN, 2006).

Se, por um lado os pais precisam que os filhos se ocupem em frente aos aparelhos eletrônicos, por outro a luta contra a televisão caracteriza-se pela forma desleal com que estratégias são utilizadas para agradar as crianças e, maciçamente, estimulá-las ao consumo. O consumo infantil fatura cerca de US\$ 15 bilhões por ano e o poder de persuasão das crianças nas compras dos adultos aproxima-se de US\$600 bilhões (LINN, 2006).

Ou seja, o marketing infantil, que anteriormente se restringia ao campo das empresas de brinquedos, hoje tem, nas crianças, potenciais consumidores.

Para Sandra Jovchelovitch, da London School Economics, os brinquedos se constituem em formas de apego da criança, mas a sociedade de consumo vem modificando esta função. O excesso de ofertas, também, vem agravando a característica da descartabilidade dos produtos logo após de adquiridos, pois já está em voga o desejo por outra aquisição. Isto demonstra um ato compulsivo, que tem reflexos na estrutura da personalidade dos pequenos. Ora, se os brinquedos são importantes formas de apego, sendo elementos especiais de exercício de vínculo afetivo (apego), a natural descartabilidade com que estes objetos são tratados provavelmente influirá na vulnerabilidade dos laços afetivos, impedindo o desenvolvimento de relações mais aprofundadas. Assim, as relações interpessoais podem caracterizar-se no futuro pela superficialidade, consumismo e descartabilidade, de acordo com suas necessidades (JOVCHELOVITCH, 2005).

Vários autores têm se dedicado a explicar as transformações às quais os sentimentos dos homens, e conseqüentemente suas relações vêm sofrendo. Roudinesco (2003) utiliza o termo “desordem” ao referir-se a estas modificações. Para a autora, a melhor expressão do conjunto de transformações a que a sociedade tem sido submetida é a família, que vem se apresentando de forma desorientada. Segundo a autora, “Desconstituída, recomposta, monoparental, homoparental, clonada, gerada artificialmente, a família ocidental está hoje sujeita a uma grande desordem” (ROUDINESCO, 2003:193). A família moderna, assim como toda a sociedade, é atingida pelas transformações do mundo moderno, e os sentimentos, que emergem destas novas situações, ou por aquelas que não existem mais, encontram-se subjacentes, fazendo com que as pessoas estejam, neste momento, mais vulneráveis aos apelos ao consumo.

Segundo dados do Ibope (2006), as crianças e jovens brasileiros, até 17 anos, assistem em média, a 3.5 horas de televisão por dia; ficando expostos a cerca de 40 mil propagandas em um ano. Afora o sedentarismo, a questão em pauta se instala na influência na formação educacional destes jovens, principalmente pela fragilidade de suas estruturas de personalidade, ainda em formação. Educar é um ato coletivo, embora a televisão opere significativamente na educação das crianças, apresentando programas criativos e didáticos, ela também é responsável pela propagação de conteúdos negativos, como a violência e o incentivo ao consumo (LINN, 2006).

A televisão influencia a saúde física e mental, a educação, a criatividade e os valores daqueles que se encontram na frente da tela. Quando expostos às propagandas, as crianças (alvo deste estudo) ficam vulneráveis frente a informações que não são capazes de julgar de modo adequado.

Para Santos (2004), o marketing voltado às crianças utiliza a sedução como estratégia para o consumo de novos produtos, que muitas vezes, não estão nem de acordo com a cultura da região. Porém, o poder de persuasão da propaganda alicia a criança em possuí-lo. Segundo McNeal, (2000), as estratégias comerciais, adotadas pelo mercado de consumo, têm como alvo principal às crianças, porque:

Hoje se consideram as crianças como consumidores de todos os tipos de serviços e produtos. As crianças representam um mercado primário de consumidores que gastam seu próprio dinheiro conforme seus desejos e necessidades; um mercado de influência que orienta o gasto do dinheiro de seus pais em benefício próprio, e um mercado de futuro de todos os bens e serviços que, se cultivados desde então, proporcionarão um fluxo constante de novos consumidores (p.11).

Muitas vezes o consumo está ligado a emoções, mas não propriamente a uma necessidade. O consumo, quando associado ao prazer, deixa um vazio sentimental, uma sensação de in-

satisfação. Os apelos da mídia, muito bem desenvolvidos em termos técnicos, para determinadas marcas e produtos contribuem para isto (SANTOS e GROSSI, 2005).

Linn (2006) destaca que a mídia tem o poder de influenciar, inclusive, valores essenciais, como escolhas de vida, definição de felicidade e de como medir o seu próprio valor (p. 29). Quando consegue atingir o valor da felicidade, se formam novas relações, bastante positivas para o comércio.

Diferem-se as necessidades de compras dos pais e filhos, aos primeiros, interfere na decisão a satisfação de necessidades básicas ou, mais uma vez, encontra-se a serviço de juízo de valor (LINN, 2006). Observa-se, nas prateleiras de supermercado o crescimento de produtos “ricos em ferro”, “que favorecem o crescimento”, e, por último, a moda do “livre em gordura trans”. Os pais, preocupados, preferem estes produtos, pensando na saúde dos filhos. No site da Nestlé, a descrição de alguns produtos:

Chambinho é um delicioso queijinho tipo petit-suisse suave e cremoso. É nutritivo por ser rico em Ferro, Cálcio, Vitaminas e Proteínas.

Um delicioso Petit Suisse Sabor Morango com purezinho de morango e outro sabor banana com aveia e mel, rico em cálcio e vitaminas, fonte de ferro e zinco. (www.nestle.com.br)

Em outros sites visitados (Bauducco®, Parmalat®, Elma Chips®), também se encontram palavras fortes, como rico em ferro, proteínas, fonte de zinco e ferro, etc. Além disto, especialmente nos sites, foi possível associar os produtos com jogos interativos, voltados ao entretenimento da garotada. Segundo Linn (2006), esta seria uma grande estratégia da área do marketing: associar o consumo ao divertimento. Já utilizado há algum tempo, o fato de associar produtos alimentícios com brincadeiras, promoções e brincados vem garantir a algumas marcas a certeza de faturamento.

A rede mundial de *fast food* Mc Donalds®, por exemplo, oferece, no consumo do Mc Lanche Feliz brindes colecionáveis e

com período de permanência nas lojas cerca de um mês. Isto significa que para muitas crianças adquirirem um brinquedo não é suficiente, elas desejam fazer toda a coleção, inferindo-se que precisarão retornar à lanchonete diversas vezes, até comprarem todos os modelos disponíveis. Os pais, acuados com a insistência dos filhos, moveram ação, junto ao Ministério Público (2006) para que haja a dissociação da venda do lanche do brinquedo. A rede *fast food* Mc Donald's®, no período de um ano deverá iniciar esta nova característica da empresa: o comércio de brinquedos.

Outros instrumentos, para disseminar as vendas, utilizam estratégias com as embalagens e suas cores. Em estudos, Gomes (2001) constatou que, no caso das crianças, a aparição de alguns personagens como o Mickey e o Pernalonga ou as Princesas, por exemplo, contribuem para a motivação ao consumo de determinado produto. Contando com a imaginação das crianças e o mundo de fantasias, próprio da idade, as propagandas associam certas marcas de produtos a determinadas qualidades: coragem, força, ousadia, energia, poder, status, e até mesmo a habilidade de sedução dos pequenos consumidores.

A observação de que a maior parte dos produtos destinados às crianças estampa personagens da indústria do entretenimento, sejam produtos de higiene, como pastas-de-dentes ou xampus, sejam peças do vestuário, seja o material escolar, sejam estampas de alimentos (ou mesmo um desenho da Disney impresso em um biscoito), faz com que tenhamos de discutir o papel destas figuras na construção de uma infância voltada para o consumo de imagens (GOMES, 2001:193).

Linn (2006) esquematizou as quatro estratégias do marketing, direcionado para crianças, que mais funcionam na sociedade ocidental:

1. O condicionamento, que se refere ao ato da imitação e repetição.

2. A amolação, quando, de tanto pedir e insistir se instala um estresse familiar, do qual a mídia tira proveito.

3. A diversão, uma vez que a comida foi transformada em brincadeira, chamado pela autora de “comertimento”.

4. Agora voltado aos pais, atender as necessidades destes de oferecerem aos filhos qualidade e bem-estar, através de alimentos “ricos”, como já referidos anteriormente.

Hoje se considera que as crianças são os maiores potenciais do mercado, configurando-se como consumidores de todos os tipos de produtos que se pode ofertar. De acordo com McNeal (2000), as crianças estão no mercado primário, porque gastam o seu próprio dinheiro, no mercado de influências porque vêm orientando os pais na forma de consumir o capital familiar, e constituem-se nos consumidores do futuro. O autor apresenta cinco etapas do desenvolvimento do comportamento de consumidor nas crianças, que justificam o investimento neste público:

Tabela 2 - Etapas do desenvolvimento do comportamento de consumidor durante a infância.

ETAPA	IDADE MÉDIA	RESUMO
Observação	2 meses.	Através dos sentidos, e da influência dos pais, a criança forma suas próprias impressões sobre o mundo mercantil como fonte de produtos que satisfazem suas necessidades. Nesta etapa, destacam-se os produtos essencialmente comestíveis.
Pedido	2 anos	Caracterizam-se pelo desenvolvimento da capacidade dos filhos de pedir artigos de consumo, principalmente produtos alimentícios.
Seleção	3½ anos	Tomar produtos que satisfazem suas necessidades de uma fonte comercial através de seus próprios esforços.
Co-Aquisição	5½ anos	Primeira compra (intercâmbio) de um produto sem a efetiva ajuda dos pais.
Aquisição	8 anos	Realiza o ato da compra completa de maneira independente.

Fonte: McNEAL, J. *Children as consumers of commercial and social products*. OPAS, January, 2000:17.

Não se tem como negar que o meio utilizado é eficiente e alcança seu objetivo à medida que é possível identificar a liderança significativa pelo consumo de certos produtos (ALMEI-

DA, 2002). Na área da alimentação, constata-se esta relação. Para as crianças, relaciona-se o consumo de produtos que estão associados com super-heróis à força e o poder; ainda, muitos produtos se encontram associados com brindes e brinquedos. Segundo Almeida (2002), 27,47% dos anúncios televisivos referem-se a produtos da área da alimentação. A seguir apresenta-se a composição destes comerciais, demonstrando que, caso estas ofertas sejam consumidas, a alimentação irá se caracterizar pela carência e má qualidade em termos nutricionais e de necessidades diárias:

Tabela 3 - Composição dos anúncios em propagandas, conforme o tipo de alimento.

TIPO DE PRODUTO ANUNCIADO	FREQUÊNCIA DA OFERTA
Gorduras, óleos, açúcares e doces	58%
Pães, cereais, arroz e massas	21%
Leites, queijos e iogurtes	12%
Carnes, ovos e leguminosas	9%
Frutas e vegetais	0%

Fonte: ALMEIDA, S.S. et alli. Quantidade e Qualidade de Produtos alimentícios anunciados na televisão brasileira. Revista Saúde Publica 2002; 36 (3): 354.

Frente à exposição à televisão, o comportamento de cada criança vai depender de inúmeras variáveis como: experiências anteriores, ambiente cultural e familiar, frequência da exposição e características do expectador infanto-juvenil. (GROEBEL, 2000). Estas condições irão determinar a maneira como cada criança irá interpretar a imagem e o comportamento seguinte. A mídia tende a produzir sujeitos infantis metamorfoseados em "adultos em miniatura" (ARIÈS, 1981). Numa sociedade capita-

lista, mas também marcada pela mercadorização das relações sociais, as crianças e os adolescentes deixam de serem vistos na perspectiva de sujeitos de direitos e sim como potenciais consumidores, transformando-os numa fatia de mercado que envolve bilhões de dólares.

Muitas vezes, as ofertas são incompatíveis com o poder de compra das famílias. No Brasil, cerca de 27,4 milhões de crianças vivem em famílias com renda menor ou igual a meio salário mínimo (SANTOS e GROSSI, 2005). Este universo de crianças fica aliado deste mercado interno, perpetuando um ciclo de pobreza e exclusão social. Entretanto, os apelos ao consumo não são indiferentes a esta massa de jovens excluídos, que, muitas vezes buscam reconhecimento, senso de pertencimento e inclusão social através da aquisição de produtos de marca (SOARES, 2004).

A mídia transmite imagens ao vivo em tempo real (não só na televisão aberta, mas na televisão a cabo, e na Internet) e tem o poder de conectar-se à sociedade global e acirrar as desigualdades sociais através das diferentes formas de exclusão nos planos culturais, econômicos e sociais. Podemos até chegar a dizer que vivemos em uma sociedade midiocrática, uma ditadura da mídia que impõe desde padrões de consumo até padrões estéticos, presentes também nos produtos destinados ao público infantil. A mídia tornou-se tão poderosa ao transmitir verdades hegemônicas, que muitas vezes, não são questionadas, são tomadas como certezas e são incorporadas ao nosso discurso de senso comum (SANTOS; GROSSI, 2005).

A televisão pode afetar o comportamento das crianças, através da excitação causada na exposição. A intensidade de qualquer outra emoção pode ser afetada por esta excitação, possibilitando que a experiência televisiva encoraje ou iniba certos comportamentos, como os casos de violência, o uso abusivo de álcool etc. (STRASBURGER, 1999).

Não se trata de atacar a mídia, que também presta um grande trabalho à sociedade, informando os acontecimentos dos setores públicos e privados. Segundo Biz (2002), a maior problemática situa-se na postura ingênua e submissa dos telespectadores, além da relação de dependência do círculo da globalização, que colocou a televisão como ponto central da vida das pessoas, afetando as relações familiares, sociais e os círculos interpessoais em geral.

4

METODOLOGIA

O referencial epistemológico dialético-crítico foi o que norteou a pesquisa. Na compreensão deste referencial, a sociedade se encontra em permanente movimento, pressupondo uma constante transformação. Este caminho, que parte da estrutura e busca na história de sua gênese, contempla a articulação de fatores sociais, políticos, econômicos, culturais, que compõem qualquer fenômeno social. A relação entre todas as coisas em movimento só é possível porque coexistem forças contrárias que tendem permanentemente à oposição. (GADOTTI, 1993). No caso da obesidade, apesar de ser uma doença antiga, atualmente a partir de seu quadro epidêmico configura-se como um novo fenômeno contemporâneo. A doença apresenta a contradição de, por um lado, enfraquecer, fragilizar e excluir os portadores (FELIPPE, 2001); por outro se percebe um incentivo ao comer, ao prazer na alimentação e a condição vital da nutrição.

À luz das categorias totalidade, contradição e historicidade confirma-se a contextualização do evento, articulando a teoria com o processo investigativo proposto no estudo (PRATES, 2003; GADOTTI, 1993; GAMBOA, 1991). Apoiados em Cury (1992), a categoria totalidade, na perspectiva dialética, mais do que uma reunião de partes, configura-se como um todo interconectado. O indivíduo articula a compreensão do real com uma perspectiva de historicidade, que reconhece o movimento e a provisoriedade dos fenômenos. Este processo que recupera a

historicidade de fenômeno social, resgatando o seu passado até o presente, possibilita o desvelamento das contradições deste percurso.

No caso da obesidade, estudos anteriores revelam que socialmente a comida associa-se ao prazer e à felicidade e que se convive com uma “máquina” que estimula o comer; por outro lado, aqueles que desfrutam deste estímulo, são menosprezados e tendem a serem rechaçados do grupo social. Aqui se apresenta a obesidade, uma doença que traz-se na sua história uma forte contradição.

Considerada como uma epidemia mundial, esta doença se enquadra entre tantas outras que provocam danos à população. A epidemiologia é a ciência da saúde coletiva; em sua etimologia (epi= sobre; demo= população; logos= tratado) significa o estudo sobre o que afeta a população (PEREIRA, 2005). Doenças agudas, como a cólera, a febre amarela e a varíola eram os alvos da epidemiologia do passado. A diminuição da mortalidade por doenças infecciosas e agudas, as mudanças no perfil de morbidade e a tendência ao envelhecimento da população levaram à ampliação do campo da epidemiologia para as doenças consideradas crônicas, como a obesidade.

Um dos princípios básicos da epidemiologia é de que os agravos à saúde não ocorrem ao acaso. A partir desta premissa, para a epidemiologia, a distribuição desigual dos agravos à saúde é produto da ação de fatores que se distribuem desigualmente na população, e o reconhecimento destes fatores (responsáveis pelas doenças) permite a aplicação de medidas preventivas e curativas, que resultarão na eficácia das intervenções. (PEREIRA, 2005).

Este estudo configura-se como do tipo epidemiológico e, por isso, utiliza-se da metodologia epidemiológica, respeitando as estratégias estruturadas para pesquisas no campo da saúde. Em estudos epidemiológicos e crescentes nas investigações na

área social, são utilizadas pesquisas populacionais. Estas investigações que possuem cunho descritivo têm o objetivo de informar sobre um evento em uma determinada população através de sua incidência ou prevalência. Não são estudos controlados, podendo misturar-se na amostra pessoas doentes e não-doentes (PEREIRA, 2005).

O Brasil, entre outros países da América Latina, tem passado, nos últimos 20 anos, por uma acentuada transformação demográfica, epidemiológica e nutricional (OLIVEIRA, 2004). Por transição demográfica compreendem-se os efeitos que as mudanças nos níveis de fecundidade, natalidade e mortalidade provocam no crescimento populacional e na distribuição, com relação ao sexo e idade (MONTEIRO, 2003). Paralelo à transição demográfica, observa-se a transição epidemiológica, decorrente das mudanças nos padrões de morbimortalidade (OLIVEIRA, 2004). O estudo da transição epidemiológica é importante para o acompanhamento e compreensão da transição demográfica de uma sociedade.

Do tipo transversal, ou de prevalência, este estudo busca analisar o risco de exposição à doença. No caso a obesidade e o sobrepeso, em uma determinada população (Porto Alegre), em determinado momento (2005/2006), fornecendo como que um “retrato” da situação. Participam da pesquisa pessoas da população em geral, e somente na análise dos dados é que serão conhecidos os indivíduos com sobrepeso ou obesidade.

Optou-se por este tipo de estudo, principalmente, pelas características de rapidez e objetividade que a metodologia permite para a coleta de dados, pelo baixo custo e pela opção da viabilidade ao descrever as características da população. Apesar destas vantagens, acatam-se as críticas dos autores de referência (PEREIRA, 2005; FILHO; ROUQUAYROL, 2002), especialmente, aquelas sobre a possibilidade de erro, uma vez que na avaliação nutricional destes indivíduos pode ter sido alterado, desde a co-

leta de dados, valendo isto para ex-obesos ou para novos casos de ganho de peso. Estas situações são previstas na metodologia, consideradas como vies de prevalência, mais comuns em doenças não-agudas, como a obesidade. Uma alternativa utilizada para minimizar este risco foi investigar cronologicamente o tempo que a pessoa apresenta problemas em relação ao peso.

Os métodos dos tipos de pesquisa quantitativa e qualitativa estão presentes neste estudo para aproximar-nos da realidade da obesidade infantil na cidade de Porto Alegre. A pesquisa quantitativa utiliza a descrição matemática como uma linguagem, ou seja, a linguagem matemática é utilizada para descrever as causas de um fenômeno, as relações entre variáveis etc. O papel da análise estatística é estabelecer a relação entre o teórico e os dados observados no mundo real (GAMBOA, 1991; MARTINELLI, 1994; VICTORA, 2000; PEREIRA, 2005; PROMED, 2005). Como limitação desta metodologia, encontra-se o fato de ser comum a obtenção de respostas superficiais e mesmo a possibilidade de mal-entendidos, normalmente relacionados ao instrumento utilizado.

Já a pesquisa qualitativa tem pressupostos em referências mais contemporâneas, considerando o social como um mundo de significados passíveis de investigação, a linguagem e suas práticas constituem-se material rico para a análise. Victora (2000) é enfático quando afirma que uma das principais características dos métodos qualitativos de pesquisa é “fornecer uma visão de dentro do grupo pesquisado” (p.36).

Com a intenção de respondermos às questões da pesquisa, e na busca da complementaridade das abordagens de pesquisa qualitativa e quantitativa, a amostra de sujeitos que participaram da pesquisa foi de conveniência. Segundo Pereira (2005), tal amostra é útil para verificar se determinado problema, no caso o sobrepeso e a obesidade infantil, existe no meio onde as pessoas estão inseridas. Neste tipo de amostra, não há

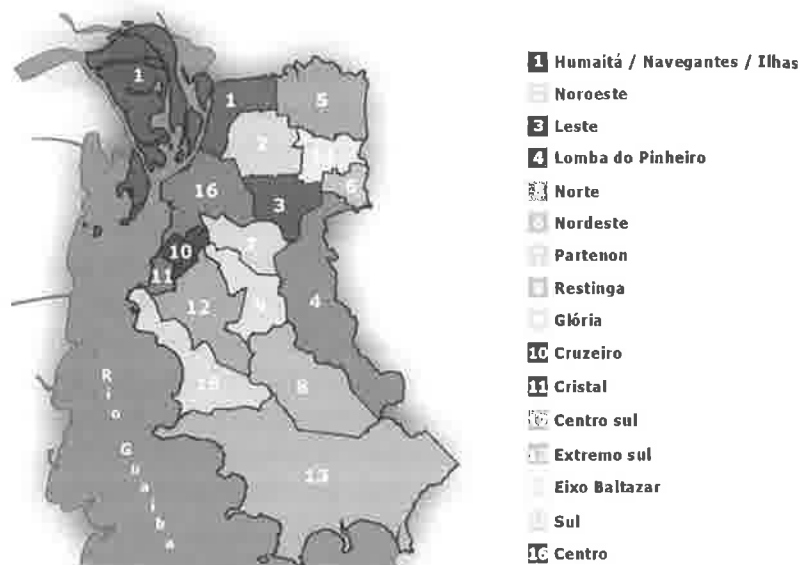
plano prévio de amostragem, qualquer pessoa (dentro das características da pesquisa) pode participar, sendo a mesma convidada em locais públicos – como praças, nas esquinas etc. – ou locais que autorizem a presença dos pesquisadores para realizarem a abordagem, como escolas, consultórios, entre outros.

O lugar do estudo: Porto Alegre/RS

A cidade de Porto Alegre é a capital do Rio Grande do Sul e considerada, pela ONU a capital do País com melhor qualidade de vida. Os indicadores de qualidade são favoráveis nos principais índices de desenvolvimento humano: saúde, saneamento básico, educação, meio ambiente e economia. O Rio Grande do Sul localiza-se no extremo sul do País, fazendo fronteira com a Argentina e o Uruguai. Segundo o Censo IBGE de 2000, a população estimada de Porto Alegre é de 1.360.590 habitantes. Possui área, no continente, de 431,85 Km², afora, sob sua jurisdição, apresentam-se 16 ilhas, pertencentes ao Bairro Arquipélago. A Ilha da Pintada é a única considerada como zona urbana de Porto Alegre. O clima é subtropical úmido, com as quatro estações bem definidas. (PMPA, 2006)

A cidade encontra-se subdividida em 16 regiões, que servem de subdivisão administrativa para o Orçamento Participativo (OP)²³, o Conselho Tutelar, e os distritos sanitários da saúde, entre outros. O mapa, a seguir, demonstra a divisão de Porto Alegre, segundo as 16 regiões:

²³ O OP teve início em 1989, com o objetivo de aprofundar a relação da Prefeitura com a cidadania, privilegiando o controle público. No momento, todos os dados demográficos e sociais do município são agregados segundo a divisão geográfica do município pelas regiões do OP. De acordo com o regimento, todo cidadão pode participar das discussões do OP na sua Região e nas Temáticas, sendo que na Região discutem-se e definem-se os investimentos e serviços específicos da Região e nas Temáticas discute e define diretrizes, investimentos e serviços para toda a cidade, isto é, obras estruturais e grandes projetos.



Fonte: www.pmpa.gov.br

Figura 2 - Mapa de Porto Alegre, de acordo com as 16 regiões.

Os sujeitos da Pesquisa

São considerados sujeitos desta pesquisa os familiares e/ou responsáveis por crianças entre zero e 12 anos incompletos, residentes em Porto Alegre. A Lei nº. 8.069, Artigo 2º, de 13 de julho de 1990, sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA – considera criança pessoa com idade inferior a 12 anos. As informações foram coletadas junto aos adultos, porém, algumas crianças demonstraram interesse em acompanhar os procedimentos e não houve impedimento. Nas oito entrevistas realizadas, as crianças estavam atentas, algumas vezes, interrompiam a fala dos responsáveis e queriam elas mesmas falarem de

si. Neste sentido, estas falas são consideradas e as crianças passaram a constituírem-se também como sujeitos desta pesquisa.

Aspectos Éticos da Pesquisa

As pesquisas de cunho social envolvem uma discussão da dimensão ética dos estudos e sua relação com a prática da pesquisa. A questão é tão significativa que, atualmente, tais procedimentos estão sendo regulamentados cuidadosamente por estatutos legais, tanto no âmbito local, como institucional, regional e nacional (Conselho Nacional de Saúde, Resolução nº. 96/1996).

O objetivo dessas exigências éticas perpassa a lógica de proteger aqueles que se dispõem, voluntariamente, a participar de pesquisas. Por outro lado, os princípios éticos dirigidos à pesquisa visam também pela produção do conhecimento. A presente pesquisa foi submetida e aprovada pela Comissão Científica da Faculdade de Serviço Social da PUCRS e pelo Comitê de Ética desta Universidade.

Optou-se pela utilização de um documento de Termo Consentimento Livre e Esclarecido, assinado pelos familiares, responsáveis pelas crianças, após terem sido esclarecidos, de forma oral, sobre os objetivos da pesquisa e sanadas as dúvidas. A identidade dos sujeitos que participaram da pesquisa é um aspecto que foi preservado. Acredita-se que o reconhecimento dos mesmos poderia acarretar sua não-sujeição bem como possíveis constrangimentos, o que não é permitido neste estudo.

Foram divulgadas informações sobre recursos disponíveis para tratamento da obesidade infantil àquelas famílias que demonstraram interesse. Eticamente, uma questão fundamental centra-se no respeito aos direitos humanos, através de possíveis benefícios com estas indicações, contribuindo com o controle e o tratamento desta doença que vem atingindo grande parcela da população.

PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE INFORMAÇÕES

O Cálculo da Amostra

Estudos estimam uma proporção de 50% das crianças brasileiras com excesso de peso, e destas 15% em condição de obesidade. Por outro lado, em 2000, aproximadamente 26,06% da população de Porto Alegre eram formados por menores de 14 anos (IBGE, 2005), configurando a cidade como de população jovem e, muitos, acima do peso. Inicialmente, a partir de cálculo estatístico especializado²⁴, definiram-se 385 famílias de crianças menores de 12 anos, residentes em Porto Alegre como sujeitos da pesquisa, estimando-se 5% como margem de erro e nível de significância. Segundo Barros e Victora (1991) a população total não se constitui um elemento essencial para este cálculo.

Optou-se por utilizar uma margem superior de 10% de casos coletados em cada região, com a intenção de assegurar a confiabilidade e melhor retratar a população local. Se apresenta a Tabela 4, correspondente à composição da amostra, de acordo com a população residente, o *N* previsto e o número de instrumentos coletados por região:

²⁴ 7º PEPI – Programs for epidemiologists – versão 4.0.

Tabela 4 - Composição da amostra conforme relação população e região, Porto Alegre, 2006.

REGIÃO	POPULAÇÃO	%	AMOSTRA	COLETA
1	49.705	3,65	14	16
2	129.905	9,55	37	40
3	118.923	8,74	34	37
4	56.275	4,14	16	17
5	90.665	6,66	26	29
6	28.518	2,1	08	09
7	120.338	8,85	34	37
8	53.764	3,95	15	17
9	45.135	3,32	13	14
10	69.923	5,14	20	22
11	30.220	2,22	09	10
12	109.751	8,07	31	34
13	29.666	2,18	08	09
14	93.085	6,84	26	29
15	67.821	4,98	19	21
16	266.896	19,62	76	83
TOTAL	1.360.590	100	385	424

Fonte: PMPA – baseada nos dados IBGE 14/06/2005²⁵

²⁵ Adaptação e cálculo da composição da amostra pela autora.

Os Primeiros Contatos e o Convite para Participar da Pesquisa

A abordagem e o convite para participar da pesquisa foram realizados diretamente com a comunidade da própria região do OP. Para tal, foram utilizados espaços coletivos, públicos (como praças, parques, arredores de escolas, etc.) e privados (escolas²⁶, abordagem residencial, Centros Comunitários, Clínicas de Saúde²⁷ etc.), autorizados pelos responsáveis.

A concordância em participar da pesquisa previa a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Cada familiar, após assinar o Termo, recebia uma cópia do mesmo, a fim de registro e da possibilidade de esclarecer futuras dúvidas a surgir, decorrentes da abordagem e da temática pesquisada.

A Equipe de Pesquisa

O Projeto de Pesquisa contou com o apoio da FAPERGS – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul, através do sistema de bolsas de Iniciação Científica – BIC, processo n°. 03504840. Neste momento, a inserção do aluno de graduação foi importante na ótica da revisão teórica e do planejamento da coleta de dados.

Durante a fase de coleta de dados, a pesquisa também foi contemplada com bolsa de Iniciação Científica do Programa de Pesquisa para Alunos²⁸, PUC/ PBA – Programa de Bolsa Auxílio. Com o apoio da Faculdade de Serviço Social PUCRS, a participação de alunos, na condição de voluntários, foi estimulada, à

²⁶ Participaram escolas da rede de ensino pública e privada, escolas de balé, judô e futebol.

²⁷ Consultório de Odontologia e Clínica Privada de Pronto Atendimento Infantil.

²⁸ Bolsa em vigência nos períodos de 2005/2006.

medida que a participação dos alunos foi valorizada como atividade complementar. A coleta de dados contou com a participação de seis alunos de graduação de Serviço Social, na condição de auxiliares de pesquisa, mais a pesquisadora responsável.

Antes de iniciada a fase de coleta de informações, e depois da seleção dos alunos interessados e composição da equipe, foi realizada atividade de capacitação, coordenada pela própria pesquisadora. A capacitação dos auxiliares teve o objetivo de treiná-los para a etapa de coleta das informações. Foram abordados aspectos metodológicos da pesquisa, ética – especialmente em relação aos cuidados especiais e à proteção da família e das crianças; além de afinidade com a temática, através do estudo de temas. Com previsão de oito horas, foi realizada reunião em grupo e simulações de abordagens para sensibilização em participar da pesquisa. Com relação à capacitação para as entrevistas, realizou-se encontro específico onde foram apresentadas, a equipe, técnicas de entrevista e realizadas simulações.

Durante a fase de coleta de dados, que durou aproximadamente 120 dias, houve o acompanhamento, com periodicidade semanal do trabalho desenvolvido pela equipe de auxiliares de pesquisa. Além de coletarem as informações, os auxiliares tinham a responsabilidade de digitar as respostas no instrumento.

A Coleta de Informações

Depois de assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o entrevistado recebeu o questionário, que deveria ser preenchido pelo mesmo. Em casos onde o mesmo era responsável por mais de uma criança dentro dos critérios preestabelecidos (idade entre 0-12 anos incompletos, ser residente de região da OP de Porto Alegre), foi respondido um instrumento para cada criança. Foram considerados critérios de exclusão questionários que não continham as respostas peso, altura e

endereço, para que possa ser analisada a situação da criança em relação à obesidade, bem como a localização da mesma entre as regiões do OP. Neste sentido, 34 casos foram desconsiderados devido às falhas no preenchimento.

Em Postos de Saúde, clínicas de pronto-atendimento pediátrico e odontologia, os auxiliares de pesquisa aguardavam na sala de espera e, após abordagem individualizada, entregavam o instrumento a ser preenchido ali. Nas praças, muitas vezes a auxiliar de pesquisa distraia os menores com brincadeiras enquanto as mães, na maioria das vezes, preenchiam as informações. Em escolas, a recepção institucional foi fundamental. Foi permitida a utilização do espaço para entrega das notas bimestrais a fim da sensibilização (algumas vezes foi agendada visita domiciliar para outra ocasião), disponibilizada sala para que os responsáveis ficassem confortavelmente instalados ao preencherem os instrumentos, entre outros.

No caso das entrevistas, que ocorreram nas residências das famílias, as mesmas foram agendadas junto ao responsável que preencheu o questionário, através de contato telefônico prévio.

Os Instrumentos

Diagnósticos epidemiológicos quase sempre se baseiam em questionários (PEREIRA, 2005; BARROS e VICTORA, 1991) porque este instrumento facilita que um grande número de sujeitos possa participar de estudo. O questionário, assim como outros instrumentos de pesquisa, podem ser associados com outras técnicas de coleta de informações. O instrumento de coleta foi construído tendo como referência três categorias a priori – obesidade, consumo e controle; que são os eixos teóricos que compõem o problema de pesquisa. O instrumento foi testado (estudo-piloto) a fim de garantir a qualidade e a adequação do mesmo aos propósitos da pesquisa.

Também, no questionário, foi previsto a possibilidade da continuidade da pesquisa. Os entrevistados que consentissem em prosseguir na investigação, acenavam na questão nº. 96 – que questionava sobre conversar sobre obesidade infantil – afirmativamente. As entrevistas se direcionavam especificamente para crianças em situação de obesidade.

Foram entrevistados os familiares de oito crianças em situação de obesidade/ sobrepeso. Foram respeitados os critérios da autorização para tal e a distribuição de um entrevistado por região do OP, correspondendo a 50% do total das regiões. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas, pois o recurso permite analisar melhor as falas, garantindo a fidedignidade das informações e o registro de possíveis emoções de quem convive com uma criança obesa/sobrepeso. O objetivo desta etapa é de dar voz aos sujeitos, atentando sobre a percepção dos mesmos sobre a condição de obesidade dos menores e os sentimentos envolvidos na problemática.

Foi utilizado diário de campo, por este ser um instrumento básico de registro de dados qualitativos, essencial ao pesquisador. Diferente de um relatório público, neste instrumento tudo deve ser registrado (impressões, percepções, observações, peculiaridades, sentimentos pessoais do pesquisador). O diário serve para sintetizar os registros, fielmente e detalhadamente de cada visita a campo, independente do fato de terem sido usadas outras técnicas de pesquisa como entrevista, coleta de história de vida, entre outros.

Em muitas circunstâncias, as informações do diário de campo deram os subsídios para complementar a análise de dados. Concomitante às técnicas de coleta de dados utilizadas, considera-se que a observação também compõe este quadro, visto que através desta, foi possível captar informações e sinais serem registrados nos diários, bem como no controle do desenrolar das entrevistas.

PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

Antes de qualquer outra medida, era necessário calcular a condição nutricional das crianças a partir das informações fornecidas sobre idade, peso e altura. Esse cálculo foi todo realizado pela pesquisadora, na tentativa de um maior controle nesta avaliação, e, também, devido aos critérios descritos no capítulo 1, e utilizados para esta avaliação. Em crianças menores de 6 anos, foi utilizado o gráfico que relaciona sexo, altura e peso. Para os maiores desta idade, o cálculo peso/altura², comparados ao sexo e idade, conforme tabela de referência. A avaliação da condição nutricional foi acompanhada por uma nutricionista da Secretaria de Saúde do Município de Porto Alegre, na qualidade de assessoria.

Foi realizada estatística descritiva, na qual as variáveis quantitativas foram descritas através de média e desvio-padrão e as qualitativas através de frequências absolutas e relativas. Para avaliar a associação entre as variáveis, o teste Qui-Quadrado de Pearson foi aplicado. Para complementar esse teste, os resíduos ajustados foram utilizados. O nível de significância adotado foi de 5%, sendo considerados significativos valores de $p \leq 0,05$, e as análises foram realizadas no programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 10.0.

Por outro lado, as informações qualitativas foram submetidas à análise de conteúdo – AC, por aplicar-se em uma grande diversidade de materiais, abordando atitudes, valores, representações, mentalidades, ideologias. Seguiram os procedimentos apontados por Bardin (1979).

A análise de conteúdo – AC – teve sua origem nos Estados Unidos, por volta de 1915, com um estudo analítico da imprensa e, justamente, sobre propagandas. O estudo foi realizado por Lasswell, e publicado em 1927 sob o título “Propaganda técnica na guerra mundial”. Como método, foi sistematizado pela Esco-

la de Jornalismo da Colômbia, em 1926. Historicamente, a AC é utilizada pelo jornalismo, pela psicologia, pela lingüística e pelas ciências sociais. (SETÚBAL, 1999).

Para a autora,

a AC tem como suporte instrumental qualquer tipo de mensagem, formas de expressão dos sujeitos sociais e, como produto, um conhecimento não-linear, por conseguinte não-espasmódico, já que sua derivação se dá pela observação social do sujeito do estudo, onde o tempo e a circularidade da comunicação são considerados significativos. Constitui-se uma outra forma de olhar para as comunicações que, dependendo da postura teórica, política e cultural do pesquisador, poderá conduzir à produção de um novo conhecimento, onde a história e a cultura se fazem presentes (p. 60).

A partir deste princípio da AC, onde a análise se dá através de uma ação aberta, que preconiza olhos de águia ao pesquisador, e das características de inter-relacionar o plano epistemológico e metodológico, representa-se a multidimensão da análise de conteúdo. Ao escolher-se a AC como técnica para análise das informações, é reconhecido que é imprescindível a decomposição da mensagem, para depois sua reconstituição, até que seja identificada a presença ou a ausência de uma característica de conteúdo, o de um conjunto de características num determinado fragmento da mensagem, conferindo novo significado (BARDIN, 1979).

Baseados em Bardin (1979) e apoiados em Setúbal (1999), pode-se definir que a análise de conteúdo tem como objetivos:

- Ultrapassar as evidências imediatas, à medida que busca a certeza da fidedignidade das mensagens socializadas e a validade de sua generalidade.
- Aprofundar, por meios de leituras sistematizadas e sistemáticas, a percepção, a pertinência e a estrutura das mensagens.

Para que a técnica seja realizada, Bardin (1979) indica algumas fases a serem seguidas, que, justamente, preconizam a importância da leitura e releitura do material a ser analisado, considerados como pré-análise. O primeiro contato com estes, é chamado de “leitura flutuante”, onde se toma conhecimento de impressões, se identifica desenhos e hipóteses, e se visualiza os pressupostos teóricos e metodológicos.

As categorias a priori, foram: exposição à mídia, excesso de peso, qualidade alimentar – segundo a visão da família-, sociedade de consumo. A partir destas categorias identificou-se outros indicadores complementares: sentimentos dos familiares e estratégias utilizadas pelas famílias com o intuito de proteger-se do consumo exagerado.

A partir desta categorização, e do alcance das unidades de registro, pode-se migrar para a exploração do material de análise e interpretação, propriamente dita. As informações foram submetidas ao esquema de mapas, proposto por Spink (2000), pois estes: “constituem instrumentos de visualização que têm duplo objetivo: dar subsídios ao processo de interpretação e facilitar a comunicação dos passos subjacentes ao processo subjetivo” (p.107). Os mapas não se constituem em técnicas fechadas, possibilitando a interação entre a elaboração das categorias e a análise dos conteúdos identificados, além da adaptação da técnica ao material. A Figura 5 apresenta a representação, através de mapa, das categorias de análise:

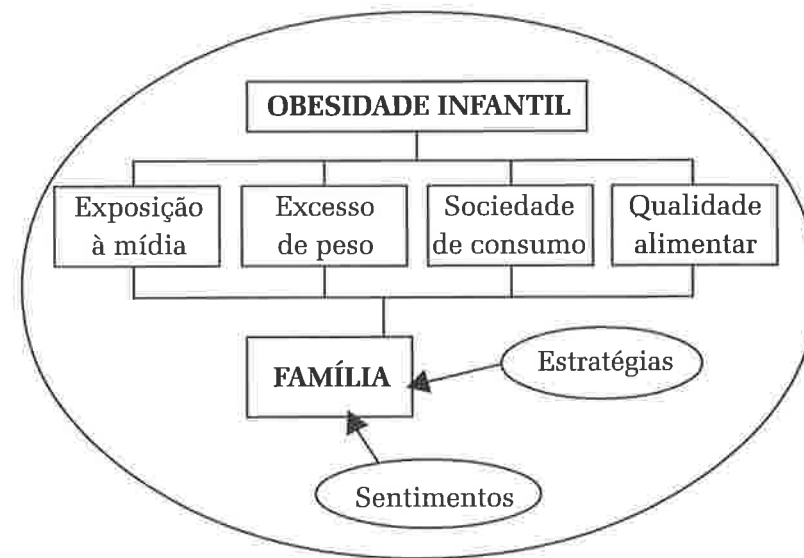


Figura 3 - Mapa representativo das categorias de Análise.

Pretende-se que a devolução dos resultados, além da elaboração desta Tese, dar-se-à por meio de relatórios e publicações científicas, como forma de socializar os conhecimentos adquiridos na pesquisa, privilegiando conclusões e sugestões acerca da intervenção, tratamento e controle da obesidade infantil.

ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

O trabalho de pesquisa busca uma fotografia do fenômeno observado. Os olhos do pesquisador transformam-se em radares, que permanecem em funcionamento durante todo o período de estudo. Durante o nosso dia-a-dia ocorreram situações onde a temática da obesidade infantil e a influência da sociedade de consumo foram presenciadas, ou até vivenciadas. Em uma ida ao supermercado, por exemplo, foi observada uma criança, que aparentava obesidade mórbida²⁹, recusando-se a sair da frente da prateleira de salgadinhos para ir, com a mãe, até o corredor da pasta de dentes, porque ficava muito cansado. Tem-se a certeza de que esta criança, assim como muitas outras que não participaram da pesquisa, tem muito a contribuir para os estudos sobre a obesidade.

As 345 famílias que participaram da pesquisa, forneceram informações referentes a 424 crianças com idade inferior a 12 anos, moradores de Porto Alegre, uma vez que não havia impedimento de que irmãos, ou residentes na mesma casa, contribuíssem. Estes casos peculiares forneceram informações com relação à coletividade e de como a individualidade das crianças vem se configurando na sociedade moderna de Porto Alegre.

²⁹ O primeiro diagnóstico da obesidade, segundo Viuniski (1999), é visual.

A primeira constatação é referente ao perfil da relação entre peso e altura das crianças, em relação à faixa etária, seguindo o modelo do Ministério da Saúde, de acordo com a OMS. Averiguou-se que 35,8% das crianças da amostra ($n = 424$), estão acima do peso, sendo que aproximadamente 14% com diagnóstico de obesas. A obesidade não é contagiosa e nem causa mortis direta, mas alicerça consequências físicas e psicológicas para os obesos e também para aqueles que têm convívio próximo com eles, especialmente a família.

Os achados demonstraram que a população infantil está se alimentando erroneamente. Cerca de 55% das crianças da amostra apresentam relação entre peso e altura compatíveis com a normalidade, em contrapartida há mais de 35% de sobrepeso e 9% de baixo peso. A fim de demonstrar a situação nutricional das crianças de Porto Alegre, foi elaborada a figura 6, que representa a proporção das crianças da amostra, classificadas de acordo com o IMC:

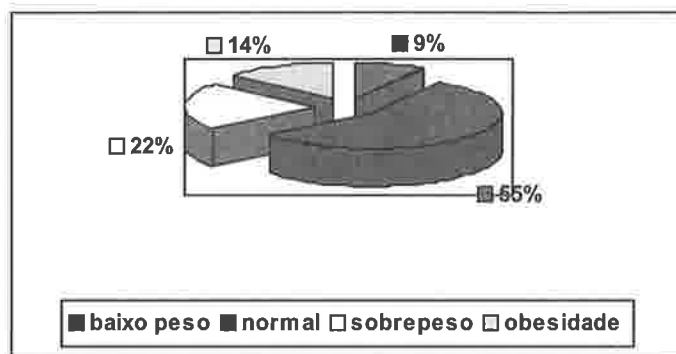


Figura 4 - Gráfico representativo da situação nutricional das crianças, com idade inferior a 12 anos, da amostra de Porto Alegre, de acordo com avaliação do IMC, 2006.

Este gráfico demonstra que cerca de 45% das crianças (sobrepeso + obesidade + baixo peso) se encontram em condições nada satisfatórias em termos nutricionais. Segundo o Ministério da Saúde (2006), o conceito de desnutrição encontra-se relacionado à deficiência ou ao excesso. Sim, a criança com excesso de peso, na grande maioria das vezes, come em excesso, mas de modo desequilibrado, o que lhes confere um estado de má nutrição e, conseqüentemente, desnutrição (carência nutricional).

Para fins de melhor organização, a análise encontra-se segmentada. Primeiro mostra-se a caracterização da população da amostra, indicando elementos que conduzem ao perfil sociodemográfico das famílias, seguido pelo perfil das crianças, no que se refere à escolaridade, etnia, gênero, procedência e faixa etária. Após a apresentação dos atores da pesquisa, partiu-se em busca de uma costura entre as histórias de quem convive com a obesidade infantil, na tentativa de compreender o fenômeno e contemplar os objetivos da pesquisa.

As Famílias do estudo

As 345 famílias responderam informações sobre condições sociodemográficas, mapeando a população de Porto Alegre, com 5% de margem de erro e igual significância. A tabela 5 demonstra o perfil da amostra, com informações referentes à escolaridade dos pais, à renda familiar, à responsabilidade familiar e à média de moradores por residência investigada:

Tabela 5 - Características sociodemográficas da amostra de Porto Alegre, com idade inferior a 12 anos (n=424), segundo classificação IMC, quanto à escolaridade do pai e da mãe, número de pessoas residentes no domicílio, média de renda familiar e parente responsável pela família, 2006.

Variáveis	Baixo Peso (n=38)		Normal (n=234)		Sobrepeso/Obeso (n=152)	
	n	%	n	%	n	%
Escolaridade do pai						
Analfabeto	0	0	0	0	03	02,0
Fundamental incompleto	04	10,5	36	15,4	24	15,8
Fundamental completo	08	21,1	29	12,4	11	07,2
Médio incompleto	01	02,6	12	05,3	06	04,0
Médio completo	08	21,1	66	28,2	46	30,3
Superior incompleto	02	05,3	15	06,4	12	07,9
Superior completo	08	21,1	54	23,1	30	19,7
Pós-graduação	0	0	08	03,4	03	02,0
Não especificado	07	18,4	14	06	17	11,2
Escolaridade da mãe						
Analfabeta	0	0	02	0,85	01	0,70
Fundamental incompleto	05	13,2	35	15,0	30	19,7
Fundamental completo	06	15,8	26	01,1	15	09,9
Médio incompleto	04	10,5	16	06,8	08	05,3
Médio completo	08	21,1	59	25,2	47	31,0
Superior incompleto	02	05,3	15	06,4	10	06,8
Superior completo	10	26,3	67	28,6	28	18,4
Pós-graduação	0	0	10	04,3	06	04,0
Não especificado	03	07,9	04	01,7	07	04,6
Nº de pessoas residentes no domicílio - Média (DP)						
	04		04		04	
Renda familiar (S.M) - Média (DP)						
	4,3 S.M		4,3 S.M		3,05 S.M	
Responsável pela família						
Pai	15	39,5	103	44,0	67	44,1
Mãe	09	23,7	56	24,0	40	26,3
Pais	02	05,3	05	02,1	23	15,1
Avós	04	10,5	41	17,6	07	04,6
Outros	05	13,2	11	04,7	01	0,70
Não especificado	03	07,9	18	07,7	11	07,2
Maior fonte de renda						
Pai	16	42,1	112	47,9	74	49,0
Mãe	08	21,1	56	23,9	43	28,3
Pais	02	05,3	06	02,6	08	05,3
Avós	04	10,5	19	08,1	09	05,9
Outros	01	0,26	11	04,7	02	01,3
Não especificado	06	15,8	30	12,8	14	09,2

OBS.: 1. Foram tabulados dados entre 2 e 12 pessoas residentes por domicílio.
2. A renda foi declarada em "faixas de renda", segundo padrão IBGE, para não haver constrangimento no momento do preenchimento.

Observa-se a média de 4 salários mínimos entre os sujeitos da amostra. Uma peculiaridade foi a figura dos avós contribuindo significativamente para o sustento familiar. A partir das informações coletadas, estima-se que mais de 20% das famílias têm utilizado os recursos dos avós para as despesas do lar. Roudinesco (2003), e outros, têm discutido as novas organizações da família moderna, assinalando, muitas vezes, a desordens deste momento. Os avós, hoje, estão longe da configuração de sujeitos passivos. Funcionais, eles participam na composição da renda e nas responsabilidades do lar, assumindo, muitas vezes, como cuidadores das crianças e dos afazeres, transformando a rotina do contrato de empregadas domésticas. As mulheres, mães, encontram-se no mercado de trabalho. Mais que uma jornada de trabalho, elas tornam-se reconhecidas neste cenário e absortas pelas tarefas que lhes são atribuídas. Em contrapartida, mais distantes do lar.

Principalmente, as avós tornaram-se uma âncora de confiança para que a mulher moderna possa se ausentar, certa de que os filhos e o lar estarão bem assistidos. Como também a crise econômica é uma constante, a alternativa de contar com os avós tanto na composição da renda, como cuidadores do lar e das crianças, tornou-se um aspecto a ser considerado por muitas famílias. Deve-se ressaltar que em famílias de menor poder aquisitivo, os avós contribuem através do BPC, Benefício de Prestação Continuada³⁰, cujo valor é de um salário mínimo.

O modelo patriarcal desponta entre os entrevistados. Na sua maioria, as famílias funcionam no modelo de pai responsá-

³⁰ Este benefício é garantido à pessoa com deficiência e ao idoso (com mais de 70 anos) que comprove não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida pela família. Para o direito ao BPC, a renda familiar per capita não deve exceder ¼ de salário mínimo (LOAS, Art. 2º inciso 5; Art. 20 inciso 5).

vel pelo lar, apesar de, muitas vezes, este não figurar como maior fonte de renda, mas ele segue representando uma imagem associada ao poder. Independente disto, em cerca de 24% das famílias, as mulheres representam a responsabilidade de sustento do lar, levando-se em consideração os casos onde o pai não é presente em casa, como nas situações de divórcio, por exemplo. Para Roudinesco (2003) as necessidades de adaptações no seio familiar são decorrentes de transformações no mundo real, com reflexos diretos neste grupo básico da vida diária.

Em cena: as crianças

Os instrumentos versaram 50,2% sobre crianças do sexo feminino e 49,8% masculino. Observou-se, em relação à procedência, que 92% das crianças eram naturais de Porto Alegre, enquanto que os outros eram provenientes de outras cidades ou Estados, mas que, atualmente, residem na cidade. Apesar da amostra encontrar-se equilibrada entre o sexo masculino e feminino, foi possível estabelecer relação entre gênero e classificação do índice de massa corporal (IMC). Observou-se que as meninas tendem a uma maior prevalência de peso aumentado, confirmando estudos anteriores divulgados sobre isto.

Tabela 6 - Relação entre gênero e classificação do índice de massa corporal – Porto Alegre, 2006.

Variáveis	Baixo Peso (n=38) %		Normal (n=234) %		Sobrepeso/Obeso (n=152) %	
GÊNERO						
Feminino	17	44,7	114	48,7	82	53,9
Masculino	21	55,3	120	51,3	70	46,1

As respostas, quanto à origem étnica geraram desconfortos nos respondentes, retornando, muitos, não preenchidos. Também, foi possível observar o desconhecimento em relação à questão racial, como o telefone da pesquisadora responsável estava presente no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, pessoas telefonaram a fim de esclarecer diferenças entre branco e amarelo, negro e pardo. Ressalta-se que se utilizou a escala do IBGE. A tabela 7 apresenta a tabela representativa dos percentuais acima listados:

Tabela 7 - Características Sociodemográficas da amostra de crianças de Porto Alegre, com idade inferior a 12 anos (n=424), quanto a sexo, idade, cor da pele e local de nascimento, 2006.

Características	n =424	%
Sexo		
Masculino	211	49,8
Feminino	213	50,2
Etnia		
Branca	323	76,2
Negra	31	7,3
Amarela	03	0,7
Parda	56	13,2
Indígena	02	0,5
Não respondeu	09	2,1
Local de Nascimento		
Porto Alegre	390	92,0
Outras cidades	34	8,0
Idade (em anos)		
< 02	51	12,0
03 – 06	99	23,3
07 – 10	172	40,6
>10	102	24,1

Procurou-se conhecer a realidade escolar das crianças da amostra. Mais de 80% das crianças investigadas encontram-se em idade escolar obrigatória, conforme Tabela 8. A Lei nº. 11.274, de 6 de fevereiro de 2006, amplia o ensino fundamental para nove anos, o que significa que toda criança deve ingressar na escola aos 6 anos de idade³¹. Em Porto Alegre, observou-se que 61,3% das crianças menores de 7 anos (atual idade obrigatória para ingressar na escola) freqüentam instituições educativas.

A Tabela 8 a seguir relaciona-se à questão escolar. Observou-se que, para as famílias, vale a classificação de escola pública ou privada, sendo que muitas vezes (cerca de 15%) a procedência da escola, como municipal ou estadual, é desconhecida. Uma vez que a obesidade encontra-se associada ao sedentarismo (OCHMANN, 1998), foram investigados rotinas de educação física e freqüência das atividades:

Tabela 8 - Distribuição de freqüências das crianças, com idade inferior a 12 anos, da amostra da cidade de Porto Alegre, quanto ao aspecto escolar, 2006.

Variáveis	Baixo Peso (n=38)		Normal (n=234)		Sobrepeso/Obeso (n=152)	
Freqüente escola - %						
Sim 83,5	32	84,2	199	85,0	123	80,9
Não 15,6	06	13,2	33	14,1	28	18,4
Tipo de escola						
Pública 50,2	22	68,8	115	56,8	75	61,0
Privada 49,8	16	31,3	85	43,2	48	39,0
Faz educação física na escola						
Sim 72,9	28	90,6	173	86,9	107	85,4
Não 10,6	04	12,5	23	11,6	18	14,6
Freqüência semanal de educação física						
1-2 vezes 84,5	21	72,4	148	85,5	92	85,9
2-3 vezes 13,3	08	24,1	22	12,7	12	11,2
4 vezes ou + 0,3	3	3,4	03	1,7	03	2,8

³¹ A Lei nº. 11.274 prevê um prazo de cinco anos para adaptação ao cumprimento obrigatório de nove anos de ensino fundamental.

Observou-se não haver diferenças significativas em relação ao peso e à prática de atividade física na escola, com tendência aos obesos e gordinhos (sobrepeso) freqüentarem um pouco menos os espaços reservados aos esportes. Mello (2004) e Matsudo (2003) referiram, em seus estudos, que a criança obesa é menos ágil e que tende a apresentar menos estímulo para os esportes. Não foram investigadas as razões que impedem mais de 14% das crianças acima do peso a não praticarem educação física na escola, mas, durante as entrevistas a mãe de D. expõe “quando ela quer correr, cansa logo, perde o fôlego”. Isto sugere que, talvez, o maior prejuízo seja o emocional, na percepção do sujeito acima do peso. Por outro lado, a faixa etária na qual a criança se encontra também representa uma forma peculiar na relação dela com a questão do peso. Quanto maiores, mais a imagem corporal aumentada incomoda, e isto pode configurar-se como elemento de auto-exclusão e isolamento social. A seguir se apresenta a Figura 7, que representa a fotografia da avaliação da classificação índice de massa corporal de acordo com a faixa etária das crianças da amostra:

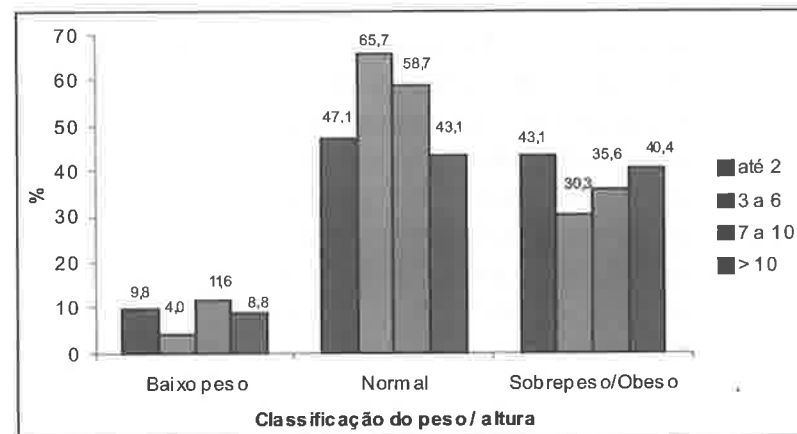


Figura 5 - Avaliação da classificação do peso/altura conforme a faixa etária das crianças, Porto Alegre/ 2006.

Na tentativa de sistematizar os achados da pesquisa, optou-se por apresentar, num primeiro momento, as categorias de análise (qualidade de vida, exposição à mídia, estratégias, sociedade de consumo, qualidade alimentar e sentimentos dos familiares) separadamente. Posteriormente, apresenta-se interlocução destas considerações.

Exposição à Mídia e Sociedade de Consumo

Após investigar o perfil das famílias e crianças, o questionário abordava questões relativas aos hábitos e rotinas infantis. Foi observado que menos de 1% das crianças nunca assistem televisão. Das outras, mais de 99%, cerca de 72% ficam aos cuidados desta "babá eletrônica" com significativa frequência. Nesta pesquisa, mais de 50% dos responsáveis declararam períodos superiores a três horas por dia em relação ao tempo que as crianças ficam em frente à televisão, ao dia.

Nesta exposição, as crianças assistem mais do que programas de televisão. Acentuada pela globalização, a cultura mundial encontra na televisão um meio de propagação e divulgação. Segundo Baudrillard (2005, 1995), novos signos se estabelecem quando novos valores tornam-se conhecidos por uma sociedade diferente. Para este autor, este procedimento é acompanhado de uma dificuldade: frente à variedade de novos conhecimentos, o imaginário pode tomar proporções inusitadas, uma vez que não se tem, de fato, o conhecimento do real, desta forma é possível que se perca o controle da noção da realidade. A isto Baudrillard denomina de empoderamento do simbólico.

As emissoras televisivas possuem um compromisso com a sociedade, tendo em vista que elas são uma concessão do Governo. Por isto, devem ao público uma programação informativa e educativa. No entanto isto não acontece em relação ao consumo de alimentos, na medida em que utilizam espaços de sua

programação determinados para o merchandising, enquanto que deveriam utilizar a divulgação de produtos apenas nos espaços comerciais entre uma programação e outra. Segundo Lipovetsky (2004), as emissoras possuem instrumentos de manipulação da sociedade, tornando-se co-responsável na alienação do público consumidor.

Atualmente, tenta-se convencer o espectador sobre suas necessidades de aquisição, vende-se de tudo: carros, casas, beleza, saúde, brinquedos e comida, entre outros. Segundo Almeida (2002) 27,47% das propagandas que vão ao ar anunciam produtos alimentícios. Nesta pesquisa, a questão nº. 67 solicitava aos pais/responsáveis que indicassem a propaganda preferida das crianças; cerca de 75% estavam relacionadas à alimentação. Entre as justificativas despontava o uso de personagens e o fato de estarem relacionadas à sensação de aventura e força, independente da classificação do índice de massa corporal das crianças. Anteriormente, fizemos referência ao conceito de Baudrillard sobre o empoderamento do simbólico e isto pode ser anunciado como um exemplo de quando a imaginação vence a realidade. Porém, não se pode perder de vista que trata-se de crianças, cujo mundo da fantasia se confunde com a realidade, justificando o gosto da relação entre o consumo de determinado produto e a imagem do super-herói ou a imagem de força, e a projeção em tornar-se tal personagem. As questões nº. 64 a 69 do instrumento de pesquisa investigavam sobre a influência das propagandas e ofertas nas solicitações das crianças, apresenta-se a Tabela 9:

Tabela 9 - Distribuição de frequências quanto a interferência das propagandas na alimentação das crianças conforme o índice de massa corporal, Porto Alegre, 2006.

Variáveis	Baixo Peso	Normal	Sobrepeso/Obeso	P
	n = 38 %	254 %	n = 152 %	
A criança acompanha às compras no supermercado				
Nunca	13,5	7,7	8,6	0,114
Às vezes	37,8	52,6	42,8	
Freqüentemente	18,9	23,5	21,7	
Sempre	29,7	15,4	26,3	
A criança solicita produtos vistos em propagandas				
Nunca	21,6	24,7	19,1	0,793
Às vezes	48,6	50,2	47,4	
Freqüentemente	16,2	16,0	17,8	
Sempre	13,5	6,9	10,5	
As propagandas interferem no tipo de alimentação da criança				
Nunca	64,9	55,0	48,7	0,419
Às vezes	27,0	34,6	32,2	
Freqüentemente	5,4	8,2	8,6	
Sempre	2,7	1,3	5,3	
É hábito da família comprar produtos anunciados em propagandas				
Nunca	36,1	31,4	21,7	0,673
Às vezes	55,6	60,6	66,4	
Freqüentemente	5,6	5,8	4,6	
Sempre	2,8	1,3	1,3	

Segundo estas respostas, as famílias das crianças com baixo peso estiveram sempre nos limiares das respostas. Apenas no caso da interferência das propagandas na alimentação, os familiares dos gordinhos admitiram em maiores percentuais a intervenção. Destaca-se, novamente, a relação das crianças de baixo peso e aquelas acima do considerado saudável. Esta situação as coloca no diagnóstico da nutrição inadequada. O livro organizado por Flandrin e Montanari, (1998), que busca resgatar a história da alimentação, evidencia a forte relação dos povos com a comida, em diferentes culturas. No entanto, esta relação com a comida tornou-se exagerada. Quando convidados a um aniversário, ao invés da comemoração afetiva junto ao aniversariante, pensa-se, somente, no cachorro-quente, docinhos, bolo, etc. sendo estes os “astros” da festa, por exemplo. Alimen-

tar-se é uma necessidade. Mas, as pessoas acima do peso, têm um apreço especial em relação ao ato de comer e por isso desenvolvem uma forte ligação com a comida, muitas vezes, assinalando laços de dependência, já considerados como uma das características da doença. Sendo assim, confere que as propagandas voltadas à alimentação despertam o interesse de todas as pessoas, mas influenciam especialmente aqueles com sobrepeso.

Baudrillard (2005), Lipovetsky (1983), Featherstone (1995) e Pietrocolla (1989) que compuseram a revisão teórica, enfatizam que, na lógica do capitalismo, o consumo aparece como base para a consolidação deste modo de produção. Ainda, Featherstone (1995) e Pietrocolla (1989) sinalizaram que, como o Brasil é um país de pobres, sua população precisa priorizar o que fazer com o salário mensal. Desta forma, o gasto com a alimentação é fundamental. Daí a propaganda de alimentos passa a ser um produto, tanto quanto um carro ou uma viagem é um produto de venda em países ricos.

Identificou-se que a faixa com maior incidência de solicitações, ou seja, com maior influência das propagandas, é a que compreende crianças entre 3 e 6 anos. Segundo Mc Neal (2000), nesta idade as crianças encontram-se no estágio de seleção, onde todas as suas solicitações estão voltadas, ainda de forma egocêntrica, para a satisfação plena de seus desejos. Esta seria uma das razões para que os super-heróis façam tanto sucesso como estimuladores de vendas, como já referido anteriormente.

Baudrillard (2005), Bauman (2004), Debord (1997), entre outros, preconizam sobre a intensidade do estímulo; quanto maior a exposição, maiores as chances daquela imagem adquirir o significado de imprescindível. Esta mãe relata sobre os pedidos do filho e sobre a fidelidade dele com os produtos oferecidos: – “*agora, a última foi o bolinho da Ana Maria, pra merenda; que é claro que eu não comprei, mas era só o que ele queria que o Cartoon, não parou de oferecer o bolinho da Ana*

Maria que deve ser uma droga!” Identificou-se que os maiores “vilões” dentro do supermercado são os salgadinhos, os refrigerantes, iogurtes, balas e bombons e, também, as degustações. Uma mãe resumiu o que significa para sua filha o supermercado: – “ah! É uma festa!!!”.

“Você é o que você usa”, esta expressão utilizada por William Thourlby, consultor norte-americano, autor do livro com o mesmo título e utilizada por pessoas de todo o mundo, representa a lógica da inclusão, vista pela dialética do consumo. Em meados da segunda metade do século XIX, a economia americana descobriu o sucesso da produção em massa, dando vida aos *fast foods* (CAPATTI, 1998), onda que permanece forte até o momento atual. As redes deste tipo de alimentação (produção em massa, com idênticas características) se constituem em verdadeiros signos, tanto entre a garotada, como para suas famílias. Estas marcas destacam-se, nesta pesquisa, contribuindo para o aumento de peso. De acordo com o declarado pelos familiares sujeitos da pesquisa, 41% das crianças que não apresentam problemas de sobrepeso (IMC = normal e baixo peso) não têm hábito de frequentar estas lanchonetes, em contraponto das 19,4% das crianças com sobrepeso ou obesidade, freqüentemente, fazem uso do serviço, não coincidindo estas informações com o modismo dos serviços *fast food*.

O depoimento desta mãe nos aproxima de algumas razões que podem levar, a nível mundial, estes estabelecimentos ao modismo e à procura demasiada: – “Ela quer o brinde. A principal razão é o brinde. Passeio, para ela, é ir ao... aí a gente pensa assim: tá na hora da comida, mesmo, então, a gente agrada ela e ela também fica alimentada”.

No tratamento das informações, foi considerada, com significância a relação inversa entre o hábito de frequentar *fast food*, qualidade alimentar e prática de dietas. Ou seja, as crianças com maior qualidade na alimentação e aquelas que estão,

ou já recorreram a dietas não são, neste momento, clientes assíduos deste tipo de lanchonete. A seguir se apresenta a Tabela 10, que demonstra o declarado pelos pais e responsáveis, em relação a frequentar lanchonetes:

Tabela 10 - Hábito de frequentar *fast food*, nas crianças da amostra de Porto Alegre, conforme classificação de IMC, 2006.

Variáveis	IMC		P		
	Baixo Peso	Normal	Sobrepeso	Obeso	
	(n=38)	(n=234)	(n=93)	(n=59)	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Frequência de Fast Food					
Nunca	7 (18,4)	54 (23,1)	30 (32,3)	17 (28,8)	0,035
Às vezes	21 (55,3)	152 (65,0)	55 (59,1)	34 (57,6)	
Frequentemente	6 (15,8)	14 (6,0)	7 (7,5)	2 (3,4)	
Sempre	2 (5,3)	6 (2,6)	0 (0,0)	5 (8,5)	

Bauman (2004) assinala que a sociedade moderna age de modo intolerante, corre na busca de um prazer imediato. Os *fast foods* são estabelecimentos rápidos, ágeis e padronizados, onde se sabe que o sabor e a qualidade virão a satisfazer o desejo quando da ingestão dos produtos, alimentando o prazer nesta aquisição. Para Baudrillard (2005), a comida possui um sentido simbólico que a empodera, principalmente, como fonte de prazer imediato.

Foi observado que conforme as crianças vão sofrendo influência das propagandas, a qualidade da sua alimentação³² vai decaindo, numa proporção direta. Sendo assim, nas famílias onde as crianças, seguidamente, solicitam produtos a partir da

³² Baseados em Curvo (2001), considerou-se como parâmetro de boa alimentação o consumo de 2.200 a 2.500 calorias por dia, de forma balanceada. O Brasil, adota o esquema da pirâmide alimentar. Nesta há indicação de consumo de 6 a 11 porções/ dia de carboidratos, 3 a 5 porções de vegetais, 2 a 4 porções de frutas, 2 a 3 porções de leite e derivados, e 2 a 3 porções de carne ou equivalentes ao dia.

mídia, e são atendidos, o tipo de alimentação tende a ser menos nutritivo.

Qualidade Alimentar

O Brasil é um país onde a questão da fome é uma triste realidade; também, o aumento dos casos de obesidade, tanto como as implicações desta doença (despesas de mais de 1,5 bilhões de reais por ano, predisposição às doenças fatais, entre outros) aumenta o leque de preocupações. O combate à fome vem sendo atacado historicamente nas políticas públicas nacionais, atualmente, através do Programa Fome Zero. As questões da fome e da obesidade trazem à tona uma realidade que assola os brasileiros: o não saber comer, o não fazer escolhas saudáveis. Isto contribui para o aumento de peso e a carência nutricional. Desde 1986, o Governo brasileiro tem dispensado mais atenção à questão alimentar.

Um dos problemas identificados se refere ao tipo de alimentos consumidos pela população, distante do modelo de pirâmide alimentar adequado. A pirâmide indica o consumo diário de muitos produtos perecíveis, o que significa pouco prazo de validade, como o caso de frutas, verduras, o leite, etc. Sabe-se que o preço deste tipo de produto é variável, seguindo as tendências da safra, dos insumos.

Boa parte da população brasileira alimenta-se da cesta básica³³ composta quase que totalmente por café, óleo ou banha, arroz, feijão, açúcar, enlatados e farinhas, não atendendo as recomendações da OMS para uma alimentação saudável. Se-

³³ Cesta Básica Nacional: criada a partir do Decreto Lei nº. 399, de 14 de janeiro de 1936, que prevê uma lista de alimentos suficiente ao sustento e o bem-estar do trabalhador adulto, contendo quantidade suficiente de proteínas, calorias, ferro, cálcio e fósforo (DIEESE, 2005).

gundo o DIEESE, o valor da cesta básica no mês de outubro de 2006, na cidade de Porto Alegre foi de R\$ 179,04 (cento e setenta e nove reais, quatro centavos), o que tem levado à população mais carente à privação de alimentação diária correta, decorrente da falta de recursos financeiros. Mais de 24 milhões de brasileiros (MINISTÉRIO DO TRABALHO, 2006) receberam, no mês de novembro de 2006, o salário mínimo nacional de R\$ 350,00 (trezentos e cinquenta reais), comprometendo em torno de 55% deste pagamento para a aquisição da alimentação básica.

Como consequência do elevado valor da cesta básica e o surgimento de restaurantes populares a quilo, a população tende a optar por comer fora de casa. No entanto, é importante observar, que a população não coloca no prato frutas e verduras por preferir alimentos com maior poder de saciação (SANTOS, 2003). A autora ainda contribui com esta análise ao comparar o preço de uma garrafa de refrigerante (2 litros) com um copo de suco natural: "O valor de uma embalagem de dois litros de refrigerante adquirida em supermercado equivale ao consumo de um copo (200 ml.) de suco natural em um estabelecimento alimentício" (p.70).

Para atingir-se a qualidade alimentar, o primeiro quesito é que ela seja balanceada, de acordo com as necessidades diárias de cada indivíduo (KESSLER, 2002). A importância deste conceito apresentado pelo autor é considerada universal entre os estudiosos da área alimentar e nutricional. Porém, como brevemente apontado, neste estudo foi possível observar que a qualidade da alimentação encontra-se inversamente proporcional à idade. Ou seja, conforme nossas crianças crescem, elas adquirem hábitos cada vez menos saudáveis em suas rotinas alimentares.

Inferese que uma das razões reside no fato de que em crianças menores de 2 anos, a alimentação é completamente dependente dos responsáveis. Normalmente, orientado pelo pediatra, conferindo quase nenhuma autonomia pelo que irá

comer. Para os fins da pesquisa, foi considerado que a qualidade da alimentação destas crianças é ótima, incluindo frutas e verduras, diariamente no cardápio. A Tabela 11 representa as freqüências dos alimentos na rotina das crianças.

Tabela 11 - Distribuição de freqüências das crianças quanto aos hábitos alimentares conforme a classificação do índice de massa corporal, Porto Alegre, 2006.

Variáveis	IMC			P
	Baixo Peso (n=38)	Normal (n=234)	Sobrepeso/Obeso (n=152)	
	%	%	n (%)	
Consumo de frutas				0,478
Todos os dias	50,0	43,6	48,7	
3-4 vezes por semana	26,3	29,1	20,4	
1-2 vezes por semana	21,1	18,8	25,0	
Nunca	2,6	5,6	5,9	
Consumo de verduras				0,548
Todos os dias	44,7	36,3	45,4	
3-4 vezes por semana	18,4	23,9	17,1	
1-2 vezes por semana	21,1	23,1	20,4	
Nunca	15,8	13,2	15,8	
Consumo de leite				0,812
Todos os dias	92,1	85,0	85,5	
3-4 vezes por semana	5,3	5,6	3,9	
1-2 vezes por semana	2,6	4,7	4,6	
Nunca	0,0	4,3	5,3	
Consumo de carnes				0,988
Todos os dias	73,7	73,9	76,3	
3-4 vezes por semana	13,2	14,5	13,8	
1-2 vezes por semana	7,9	6,0	5,3	
Nunca	2,6	2,1	3,3	
Consumo de pão / bolo / bolacha				0,664
Todos os dias	92,1	81,6	83,6	
3-4 vezes por semana	5,3	10,7	9,2	
1-2 vezes por semana	2,6	6,0	4,6	
Nunca	0,0	0,0	0,7	

Através do teste Qui-quadrado, não foi apontado significância entre a freqüência no consumo de certos alimentos e o IMC das crianças. Contudo, observou-se que as idades interferiram nesta classificação. À medida que crescem, o uso de frutas e verduras vai se tornando raro, levando crianças em torno de 10 anos a não mais consumirem estes produtos durante toda a

semana. Em compensação, na lógica inversa nos deparamos com os pães e farináceos, que vão tomando proporções aumentadas, valorizadas pelo paladar dos jovens; estes passam a consumi-lo em maior quantidade, o que não era feito durante a primeira infância. Numa proposta de esquema, representa-se essa tendência:

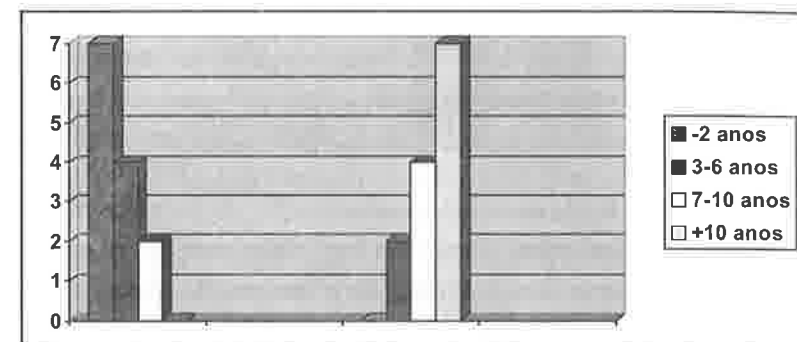


Figura 6 - Consumo alimentar de carboidratos e vegetais durante a infância, nas crianças com idade inferior a 12 anos, na amostra da cidade de Porto Alegre, 2006.

Conforme já referido, quanto menores as crianças, a tendência é que seja maior o controle sobre o que estas comem. Procurou-se conhecer a opinião dos pais/ responsáveis sobre a qualidade alimentar dos jovens e este dado foi cruzado com a classificação do índice de massa corporal. Os resultados não apontam significância, mas demonstram uma tendência dos pais a não considerarem a alimentação das crianças como inadequada. Neste sentido, infere-se que, se os pais não fazem a crítica do que os filhos estão comendo mal, estão pouco disponíveis a rever a alimentação infantil, até porque isto implicaria em rever os hábitos alimentares de toda a família. Em seguida, apresenta-se a Figura 9, que correspondente ao gráfico que demonstra a

opinião dos pais em relação à qualidade alimentar das crianças, agrupados de acordo com a avaliação do IMC:

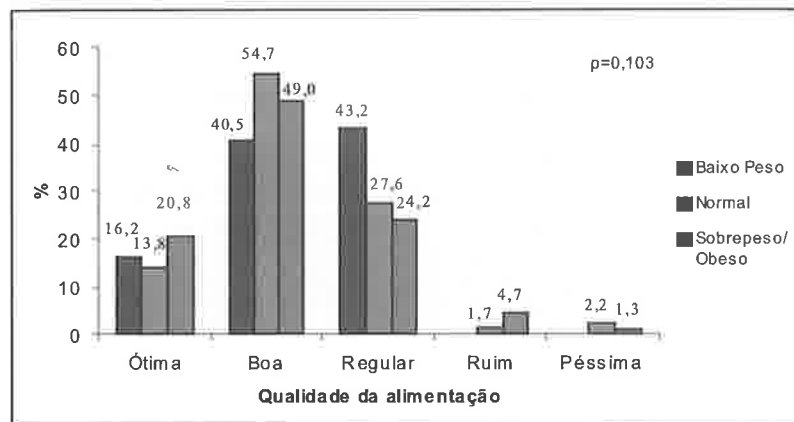


Figura 7 - Avaliação da qualidade da alimentação, pelos pais, conforme o índice de massa corporal das crianças, Porto Alegre, 2006.

Frente a estas informações, destaca-se, também, a opinião dos pais em relação à alimentação das crianças com baixo peso: 16,2% dos responsáveis consideram ótima a qualidade do que é consumido. Segundo o conceito utilizado pela OMS, o baixo peso, assim como a obesidade, encontra-se relacionado com o desequilíbrio e carência de certos grupos alimentares.

Em relação aos alimentos ingeridos durante o período do lanche, as questões 43/44 do questionário tinham o objetivo de investigar sobre o consumo na escola. Em Porto Alegre, a rede de ensino pública fornece diariamente merenda escolar³⁴ e, em

³⁴ Porto Alegre distribui alimentação escolar desde 1957, primeiramente fornecendo leite aos alunos, evoluindo gradualmente para "sopão e merendão" O objetivo de Projeto Alimentação Escolar é estimular a promoção

escolas particulares, não há a exigência do fornecimento, porém algumas (principalmente aquelas que atendem a educação infantil – menores de 6 anos) oferecem o lanche. Normalmente, mesmo que a escola forneça o lanche não há impedimento das famílias enviarem opções caseiras e, por isto, no instrumento a resposta comportava múltipla escolha. Foi observada uma tendência ao excesso: quem leva lanche de casa, muitas vezes, complementa a alimentação com compras no bar; muitos dos que utilizam a merenda escolar fornecida pela escola pública³⁵, às vezes também vão ao bar, ou também levam lanches de casa. Apresenta-se a Tabela 12, que indica a procedência dos lanches consumidos na escola:

Tabela 12 - Procedência dos lanches consumidos nas escolas, por crianças menores de 12 anos, na cidade de Porto Alegre, 2006.

Merenda escolar –	n	%
Feita em casa	166	39,2
Comprada no bar	62	14,6
Fornecida pela escola	176	41,5
Não especificado	41	9,7

OBS.: Este dado refere-se apenas às crianças que freqüentam escola – mais de 80% dos entrevistados.

da saúde da comunidade escolar por meio da educação nutricional e ambiental dos alunos. Atualmente, nas escolas de educação fundamental, os alunos recebem duas refeições: os do turno da manhã ganham desjejum e almoço, e os do turno da tarde, almoço e lanche. O projeto recebeu o Prêmio Gestor Eficiente da Merenda Escolar, categoria Eficiência Nutricional, oferecido pela organização não-governamental Ação Fome Zero, em parceria com o Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação, em 9 de agosto de 2006. (PMPA).

³⁵ Escola Pública é a instituição sob a regência do Município ou Estado, de acesso gratuito.

O lanche escolar é recomendado por especialistas devido à necessidade da regularidade da ingestão de alimentos, com o propósito de “educar” o organismo e não “provocar a fome” (KESLER, 2002). Porém, este lanche deve ser equilibrado (CURVO, 2001), não comprometendo o total ingerido no dia. O excesso é contra-indicado. As respostas indicaram que comumente as crianças têm mais de uma fonte para a merenda. Quando a merenda é oferecida pelas escolas, ela é bem equilibrada, de acordo com o Programa Nacional de Alimentação Escolar³⁶, dispensando a necessidade de complementação. Os lanches mais enviados à escola foram: bolachas, “todynho®”, enroladinho de salsicha, refrigerante, salgadinho, chocolates e balas. Um dos fatores a ser destacado é que estes lanches são industrializados, ou, no caso do enroladinho de salsicha, parte do industrializado, que depois é frito, facilitando as tarefas de quem é responsável por organizar o lanche a ser enviado à escola.

Em relação aos produtos adquiridos no bar, na maioria são balas, refrigerantes e chicletes, as conhecidas “porcarias³⁷”. Aqui se questiona se as crianças adquirem estes porque desejam o produto, ou porque levam dinheiro de casa e aí passam a “desejar” consumir algo no bar. Pode-se inferir que entre os 9,7% daqueles que não especificaram sobre a procedência do lanche, encontram-se situações de desconhecimento dos pais e casos onde as crianças não consomem nada neste horário. Para fins de melhor demonstrar a qualidade dos lanches enviados à escola, apresenta-se a Figura nº 10, que corresponde ao gráfico:

³⁶ O Brasil conta com o Programa Nacional de Alimentação Escolar, cujo objetivo é suprir parcialmente as necessidades nutricionais dos alunos, com vistas a garantir a implantação da política de Segurança Alimentar e Nutricional e contribuir para a formação de bons hábitos alimentares (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO).

³⁷ São considerados “porcarias” lanches muito calóricos e pouco nutritivos.

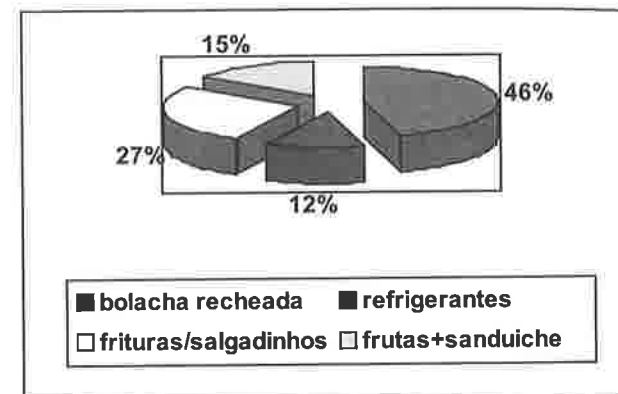


Figura 8 - Gráfico demonstrativo da merenda escolar enviada de casa, de acordo com as crianças da amostra da cidade de Porto Alegre, com idade inferior a 12 anos, 2006.

Qualidade de Vida

Foram investigadas atividades esportivas, rotinas de uso do videogame e computador, preferências de atividades e hábitos de televisão. A literatura existente relaciona a exposição a estes aparelhos com a falta de atividade física e, conseqüentemente, ao aumento dos casos de obesidade. Os familiares das crianças porto-alegrenses declararam em relação a estas variáveis:

Tabela 13 - Avaliação das variáveis relacionadas à diversão e entretenimento de acordo com a classificação do índice de massa corporal das crianças, com idade inferior a 12 anos, na amostra da cidade de Porto Alegre, 2006.

Variáveis	Baixo Peso (n=38) %	Normal (n=234) %	Sobrepeso/Obeso (n=152) %	P
Pratica algum esporte?				
Sim	42,1	43,2	40,1	0,784
Não	47,4	50,4	54,0	
Não especificado	10,5	6,4	5,9	
Joga videogame				
Nunca	28,9	38,0	39,5	0,682
Poucas	36,8	35,9	32,2	
Muitas	15,8	15,8	16,4	
Sempre	13,2	5,6	5,9	
Não sabe	5,3	4,7	5,9	
Quantas horas/dia joga videogame				
1-2 horas	84,6	76,3	81,7	0,828
3-4 horas	15,4	20,7	17,1	
5-6 horas	0,0	1,5	0,0	
Mais de 6 horas	0,0	1,5	1,2	0,173
Assiste televisão				
Nunca	0,0	1,3	0,7	
Poucas	21,0	24,4	25,7	
Muitas	42,1	44,0	28,9	
Sempre	31,6	28,6	40,8	0,406
Não sabe	5,3	1,7	3,9	
Quantas horas/dia assiste televisão				
1-2 horas	45,7	45,8	48,3	
3-4 horas	48,6	45,4	38,8	
5-6 horas	2,9	8,4	10,9	0,566
Mais de 6 horas	2,9	0,4	2,0	
Tipo de programação assistida				
Infantil	76,3	81,2	82,9	
Novela	26,3	25,6	27,6	0,911
Filmes	34,2	32,9	26,3	

A preferência dos meninos em relação a esportes se dá pelo futebol, seguido pelo judô e natação. Já no caso das meninas, elas preferem atividades como balé ou vôlei. O diferencial em relação às crianças com peso aumentado surge na modalidade freqüentada. As crianças estão, em sua grande maioria, reali-

zando atividade esportiva já por recomendação médica (a fim do controle de peso), e esportes como as hidroginásticas estão entre os praticados regularmente.

A atividade profissional da mãe foi um fator que mereceu atenção no tratamento dos dados. Foi averiguado que 27% do total de mães não exercem atividade profissional remunerada e, destas, 5% estão desempregadas. Em relação às crianças com sobrepeso/ obesidade 8,3% das mães estão desempregadas temporariamente e mais de 17% não trabalham fora de casa. Estes dados apontam que as crianças que se encontram com peso satisfatório têm a mãe mais disponível no lar. Além disto, a situação de desemprego contribui para o tensionamento no lar e a comida se constitui num verdadeiro símbolo de alívio de ansiedade (KESSLER, 2002; CURVO, 2001).

O desenvolvimento infantil necessita de constante acompanhamento e, quando não possível aos pais fazê-lo, devem confiar a tarefa para alguém de muita confiança. O observado é que as famílias buscam cumprir esta recomendação. Os pais declararam em relação ao acompanhamento das crianças durante as refeições:

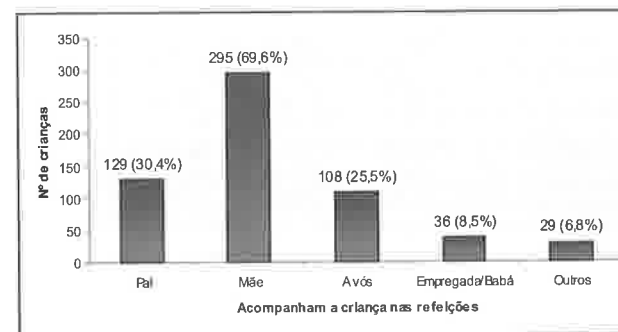


Figura 9 - Distribuição de frequências da amostra quanto a acompanhar as crianças nas refeições, com idade inferior a 12 anos, na amostra de Porto Alegre, 2006.

Independente da condição corporal da criança foi averiguado que mais de 60% das crianças comem a mesma refeição dos pais. Sendo assim, investigou-se a condição corporal dos progenitores, a partir da auto-imagem relatada pelos mesmos. Apesar de não haver significância, atenta-se à informação dos próprios familiares de que mais de 30% dos homens e acima de 40% das mulheres consideram-se acima do peso ou obesos, indo ao encontro das afirmações de que a genética é um fator importante para a predisposição à obesidade, pois pais obesos tendem a gerar crianças obesas ou pela repetição de hábitos alimentares pouco saudáveis, ou pela tendência genética aumentada (SIGULEM, 2001; KLISH, 1998). A seguir apresenta-se a Tabela 14, que demonstra a auto-imagem dos pais.

Tabela 14 - Associação entre os IMCs dos pais e crianças, Porto Alegre, 2006.

IMC dos pais	IMC da Criança				P
	Baixo Peso n (%)	Normal n (%)	Sobrepeso n (%)	Obeso n (%)	
Pai					
Magro	6 (16,2)	51 (22,4)	19 (21,6)	10 (17,5)	0,637
Normal	19 (51,4)	91 (39,9)	41 (46,6)	29 (50,9)	
Gordinho	10 (27,0)	75 (32,9)	21 (23,9)	14 (24,6)	
Gordo	2 (5,4)	11 (4,8)	6 (6,8)	4 (7,0)	
Muito gordo	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,1)	0 (0,0)	
Mãe					
Magro	9 (24,3)	30 (12,8)	8 (8,6)	8 (13,6)	0,450
Normal	15 (40,5)	121 (51,7)	46 (49,5)	26 (44,1)	
Gordinho	10 (27,0)	71 (30,3)	28 (30,1)	20 (33,9)	
Gordo	3 (8,1)	10 (4,3)	10 (10,8)	4 (6,8)	
Muito gordo	0 (0,0)	2 (0,9)	1 (1,1)	1 (1,7)	

A auto-imagem reflete a percepção do próprio sujeito. As questões nº. 71/ 72 solicitavam que os pais pensassem sobre a percepção da criança em relação ao seu corpo e, também, a opinião dos pais em relação aos filhos. As figuras 12 e 13 apresentam, respectivamente, estas percepções. Observou-se que à me-

da que o peso aumenta a família passa a divergir em relação à condição corporal.

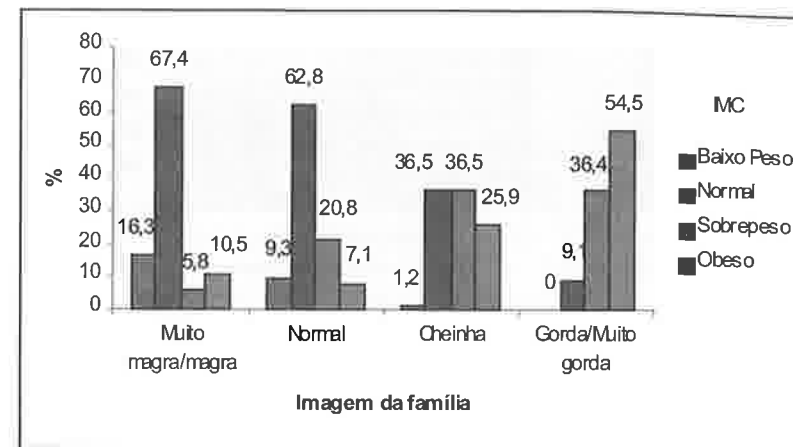


Figura 10 - Percepção dos familiares das crianças com idade inferior a 12 anos, da amostra de Porto Alegre, quanto à magreza, normalidade, sobrepeso e obesidade, em relação ao seu IMC, 2006.

Um dos dados que despertou atenção especial, refere-se a auto-imagem das crianças com baixo peso. A situação parece bastante preocupante, visto uma tendência, muito acentuada, mais de 10% das crianças, apesar de estarem abaixo das medidas de referência para peso (IMC= baixo peso), ao espelharem-se, se consideram acima do peso, o que pode nos indicar índices significantes de correlação com outras doenças de distúrbios alimentares, como a anorexia nervosa ou a bulimia. Por outro lado, cerca de 10% das crianças com obesidade foram retratadas pelas famílias como magras, refletindo a negação da família e a desvalorização de como a doença é encarada.

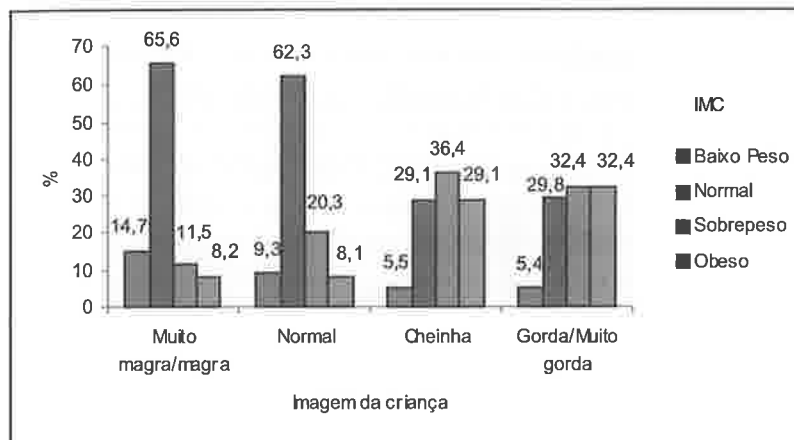


Figura 11 - Auto-imagem referida pelos pais em relação às crianças com idade inferior a 12 anos, na cidade de Porto Alegre (n=424), quanto à magreza, normalidade, sobrepeso e obesidade, em relação ao seu IMC, 2006.

Foram mapeados os sentimentos que os pais/responsáveis consideravam marcantes na personalidade das crianças. Para fins de análise, nos limitamos às crianças acima do peso, uma vez que a alegria e facilidade de comunicação, entre outros, demonstravam o esforço pela inclusão no grupo de colegas e amigos próprio da faixa etária. Ao mesmo tempo, sentimentos como os de ansiedade e indecisão denunciavam o sofrimento e o esforço para esta conquista. Entre os sujeitos obesos, os familiares identificavam os seguintes sentimentos como marcantes da personalidade:

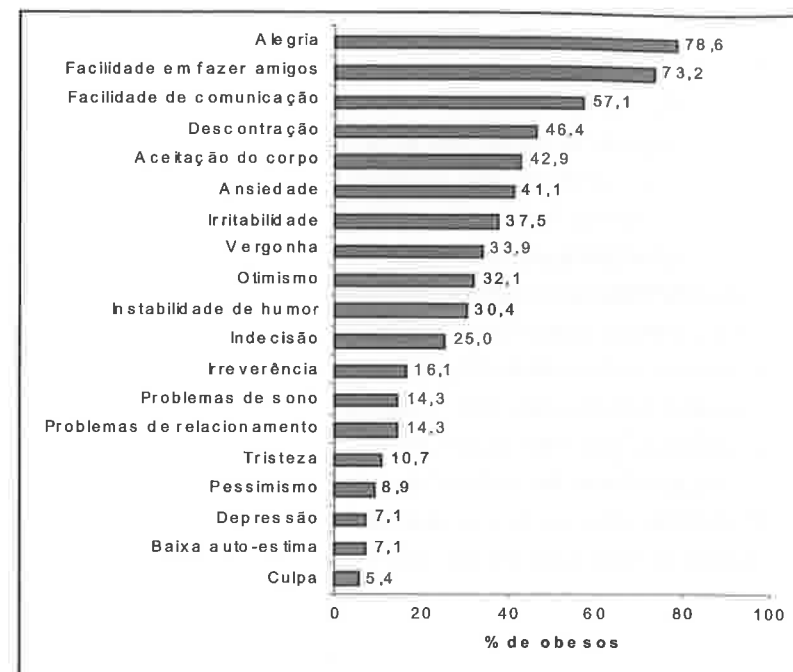


Figura 12 - Sentimentos identificados pelos familiares da amostra de crianças com idade inferior a 12 anos, na cidade de Porto Alegre, em percentual de referenciamento, 2006.

Se fizermos um recorte de acordo com a evolução da infância, significativamente pode-se situar maior incidência de casos de baixa auto-estima, ansiedade, culpa e indecisão em jovens com idade a partir dos 10 anos; fator este que associamos com uma maior valorização do corpo e da aparência física. É por volta desta idade que mais de 50% das crianças que já fizeram dieta tiveram a primeira experiência para emagrecer. O fator idade relaciona-se à obesidade com significância, cerca de 48% das crianças com este diagnóstico possuem idade superior a 10 anos. Em escala menor, a primeira infância (< 02 anos) vem se configurando como um período crítico para o peso infantil.

Cerca de 85% dos pais já foram alertados sobre o sobrepeso das crianças, principalmente, por outros familiares, pediatra e pela escola. As informações coletadas demonstram que, apesar do sobrepeso, se configura uma resistência para a alteração dos hábitos alimentares das crianças.

As respostas, atribuídas no questionário demonstraram que estas crianças (com sobrepeso) são consideradas pelos pais como tendo rotinas e hábitos alimentares muito parecidos com aquelas crianças consideradas com peso adequado, segundo os critérios da OMS e adotado pelo Ministério da Saúde. Infere-se que, se não informadas e se continuarem perpetuando as mesmas condutas que vêm tomando, estas crianças estarão sujeitas a logo engordarem os índices de crianças obesas da cidade de Porto Alegre. Ora, se os comportamentos são semelhantes aos das crianças sem problemas com relação ao peso, não se está cuidando destas crianças com o cuidado e a educação alimentar necessários para a satisfação da necessidade básica da alimentação. Mais do que isto, percebe-se a negação das famílias pela situação de sobrepeso das crianças. Se os familiares responderam que seus hábitos são normais, é porque não estão conscientes dos excessos praticados e do descontrole alimentar dos seus.

A tomada de consciência é um processo lento, que, no caso da obesidade infantil, precisa atingir tanto os familiares como as crianças. Nos questionários, percebeu-se uma diferença entre o comportamento dos pais e familiares de crianças com sobrepeso em relação aos pais de obesos: no primeiro caso as famílias desconhecem, ou tendem a negar os problemas com relação ao peso; enquanto que no caso das crianças obesas, os familiares normalmente já foram alertados sobre o problema. Estes dados nos levam a refletir sobre o tempo da família no processo de intervenção, reforçando a necessidade do acompanhamento familiar, como indicado pela literatura.

Conversando sobre Obesidade Infantil, entrevistas com quem conhece o assunto: a Família

Os moradores de Porto Alegre foram receptivos quanto à pesquisa sobre obesidade infantil. Poucas vezes, houve negativas em responder o questionário, que era oferecido em espaços privados e públicos, como praças, bares, hospitais, entre outros. Tão logo a temática era comunicada, as pessoas prontificavam-se em participar, o que demonstra o interesse e a preocupação da comunidade em relação à obesidade. Em um dos questionamentos, indagava-se sobre o interesse em “conversar mais sobre a obesidade infantil” (questão 96) e cerca de 56% dos entrevistados em geral acenaram positivamente sobre a possibilidade. Entre os familiares dos obesos, o percentual aproximou-se dos 83%; e as famílias das crianças com sobrepeso não participaram das entrevistas.

Foram realizadas oito entrevistas, a fim de dar voz às famílias das crianças com obesidade. Mesmo passados alguns meses da época em que preencheram o questionário³⁸, as famílias tinham lembrança da pesquisa e foram disponíveis a dar continuidade ao processo de coleta de dados. As entrevistas foram agendadas em horário e local de melhor conveniência aos entrevistados que, algumas vezes, telefonaram a fim de confirmar se as crianças podiam participar, visto que estas demonstraram interesse. A seguir apresenta-se a tabela demonstrativa das famílias que foram entrevistadas, conforme gênero das crianças, idade, tempo de sobrepeso e o grau de parentesco do entrevistado.

³⁸ Cerca de 4 meses após o início da aplicação dos questionários, procedeu-se a realização das entrevistas.

Tabela 15 - Demonstrativo das Famílias que foram entrevistadas em relação à obesidade infantil, Porto Alegre, 2006.

IDENTIFICAÇÃO	sexo	idade (anos/meses)	Tempo de sobrepeso*	Entrevistado (Grau parentesco)
V	fem	10,8	7 anos	Mãe adotiva
F	mas	6,9	Desde o nascimento	Tia
D	fem	5,8	Desde o nascimento	Mãe
G	mas	8,4	Desde o nascimento	Mãe
J	mas	5,8	2 anos	Mãe
L	mas	2,6	Há 2 meses	Avó
M	fem	4,3	Desde o nascimento	Mãe
FR	fem	9,5	Desde o nascimento	Mãe

* O dado tempo de sobrepeso refere-se ao declarado pelo familiar.

Observou-se que em todos os casos, as famílias tinham conhecimento prévio sobre o excesso de peso das crianças. Independentemente da idade em que foi diagnosticado o problema, para as famílias existe relação ou com o nascimento “*bom, ela já nasceu gorda*” (FR) ou com alguma moléstia que desencadeou o excesso de peso, conforme a mãe de V. “*Olha eu acredito que tenha sido uma troca na alimentação quando pequena, ainda. Ela tomava tudo diet né, quer dizer, tomava só guaraná diet. Como ela apresentava um problema de convulsão que depois ficou comprovado que era convulsão emocional, o médico achou ruim o aspartame e suspendeu o guaraná diet, e aí ela passou a tomar guaraná comum. Eu acredito que ali tenha dado, provocado um choque no organismo e ela deu uma disparada. Depois ficou comprovado que não tinha nada a ver [com o guaraná] e ela voltou a tomar o guaraná diet, só que aí o estrago já estava feito né, e nós estamos lutando até hoje. Certamente despertou, despertou um genzinho que tava lá quietinho...*”

Das entrevistadas (seis mães, uma tia e uma avó), três não consideram que o peso esteja interferindo nas rotinas das crianças “*Não está afetando em nada porque ele continua, como é que eu vou dizer.. ele continua brincando, correndo, sabe, joga*

bola. Não alterou em nada a rotina dele” (L). As demais – 62,5% – percebem dificuldades físicas e emocionais: “*eu acho que na prática de educação física, na escola, eu acho que ele se sente prejudicado, ele é o único gordinho da sala de aula. Criança sem maldade faz algum tipo de comparação...*” (F).

Apesar da tia referir-se às dificuldades motoras, percebe-se que o fato da comparação entre os colegas também se apresenta como um componente forte. A mãe de V. fala sobre a questão emocional “*Eu acho que emocionalmente atinge, atinge porque... na escola, como por exemplo, quando começou sempre tem piadinhas né; aquelas piadinhas desagradáveis. Depois ela mesma, agora que está crescendo, uma roupa, quer botar determinada roupa, a calcinha que não fica na cintura, vai para baixo, pois é isto aí tudo interfere emocionalmente*”.

As entrevistas revelaram que as famílias preocupam-se com a pressão psicológica que a criança obesa sofre. O lar e a escola configuram-se como os ambientes mais freqüentados pela criança e, nestes espaços surgem as primeiras referências ao peso. No caso das crianças com obesidade, muitas vezes, a discriminação surge, na forma de apelidos que começam a calejar a estrutura do sujeito. Muitos apelidos relacionam-se ao nome das crianças, mas foram identificados outros, relacionados à obesidade, como: “*gordinho*”, “*baleia*” ou “*massinha*”. Além destes, surgem outros apelidos que se calcam nas características das crianças, com uma peculiaridade: não são elogios: *branquelo, nariguda, feia...* São alguns que revelam o desconforto (principalmente da família) em relação ao corpo obeso.

Se na família, os apelidos são inerentes e a criança convive com eles, quando esses chegam ao grupo social (como na escola), as crianças reclamam. Uma menina (V), que acompanhava a entrevista com a mãe, não resistiu e esbravejou quando indagada sobre apelidos relacionados ao seu peso: – “*Na escola [já a chamaram de apelidos] umas 6.347 mil vezes... Eu fico braba*”..

Para as famílias, o peso não chega a interferir no rendimento escolar, *“só mesmo com atividade física né” (F)*; mas a relação com o grupo pode ser muito cruel. Quando nos referimos especificamente à convivência com os colegas, escuta-se o desabafo da mãe: – *“Há problemas sérios de preconceito no meio escolar, que constituem parte do bullying³⁹ em relação aos alunos gordos ou gordinhos, que recebem apelidos de baleia e outros”*. (J)

E também desta: – *“Acho que sim. É, acho que essa vivência assim do sobrepeso leva a algum tipo de sentimento de inadequação pra criança, estes dias ele me disse que todo mundo no colégio dele tem namorada, mas que ele não tem porque ele é gordo,... gordinho, não me lembro como é que ele disse”*.

De acordo com Santos (2003), a realidade do obeso envolve permanentemente a questão da ambigüidade, sendo eles alvo de críticas e, ao mesmo tempo, de pena por parte dos familiares. Já em relação ao grupo social externo, estes são menos compreensivos: eles são percebidos como responsáveis pela situação e, por isso, são alvejados de críticas e ironias, sem perdão. Os jovens obesos, principalmente aqueles que se aproximam do início da puberdade, apresentam sentimentos negativos. Vários autores (FELIPPE, 2001; STENZEL, 2000; ARIÈS, 1981; SANTOS, 2003) já aventaram quanto à imprecisão dos sentimentos, inclusive associando ao gordo papel de engraçado (palhaço) ou relacionado à força física.

Estes fatores demonstram que as crianças obesas encontram-se vulneráveis às cicatrizes de uma infância com excesso de peso. Mesmo que em dimensões variadas, as crianças já têm noção de que o peso interfere em suas vidas, mas a relação com

³⁹ Bullying – palavra em inglês que é usada com o sentido de zoar, gozar, tyrannizar, ameaçar, intimidar, humilhar, isolar, perseguir, ignorar, ofender, bater, ferir, discriminar e colocar apelidos maldosos.

a comida encontra-se tão reforçada que é difícil a escolha. A tia de F sinaliza que a resistência do menino é uma das dificuldades para controlar seu peso: – *“vem se tentando mudar a alimentação dele, mas como ele não está acostumado a isto, ele tá tendo uma resistência bem grande e isto não ajudou para a perda de peso dele”*.

A resistência das crianças, na palavra dos familiares, virá a engordar o sofrimento futuro, visto que a obesidade é uma doença crônica (OMS, 2003), cuja atenção à manutenção será necessária ao longo da vida. A mãe de J fala a respeito: – *“eu acho que esta que é a grande questão, eu sofro mais do que ele, eu acho; porque nós somos uma família com sobrepeso, eu tenho esta dimensão das conseqüências, eu acho que ele não alcança, acho que ele deve ter é claro sofrimento no momento quando chamam ele de “baleia”, ou quando ele tem algum tipo de intimidação, mas ele também tem um temperamento assim.. muito especial, ele não é uma criança rancorosa, ele não é introspectivo, ele é muito falante, muito alegre então acho que neste momento ainda não, mas a gente sabe que as marcas ficam né, ele está numa etapa do desenvolvimento dele, que é muito importante, então imagina que a médio prazo ele vai ter repercussões”*.

Na sua maioria, descrevem a obesidade como doença, ou preocupam-se com o que ela pode gerar de complicações como demonstrado nas falas:

– *“Não, para mim ela não chega a ser uma doença, mas ela pode provocar doenças” (LF)*.

– *“Olha, eu acho que dá prá considerar como um problema de saúde, porque isto certamente vai acarretar posteriormente, na estrutura física, articulações, o próprio colesterol, quer dizer tudo vai, o excesso, o corpo dela vai necessitar de muito mais energia, vai ter muito mais trabalho, prá funcionar, ela sendo gordinha” (V)*.

Para Santos (2003), os obesos têm uma tendência a desvalorizarem o que comem; no caso das crianças, é necessário incluir a família nesta afirmação. A mãe de V comenta sobre a alimentação da menina: – *“Uma alimentação boa, saudável, talvez tivesse que comer mais verduras. Tá eu gostaria que ela comesse mais, mas ela não gosta, então eu acho que o que ela come é o tolerável pra ela... se ela conta, acho que a única resvalada mais séria que se dá aqui é o sorvete, sorvete é a única coisa que eu não cortei. Não tirei, sofre... é muito sofrimento, sofre por ser gordinha, mas também sofre por tirar tudo que gosta”*. A filha, que acompanhava a entrevista interrompe: – *Há posso falar a verdade? Agora não estou te pedindo bolacha rechada, nem sorvete!*

A discussão das duas expressa uma das contradições presentes na obesidade, pois além de desvalorizar as quantidades do que a filha come, a mãe elege alguns alimentos que, apesar de não-nutritivos, como as bolachas e o sorvete (que são ricos em gorduras do tipo trans⁴⁰) não podem ser cortados do cardápio, para não “fazer a menina sofrer”. Neste caso questiona-se se a menina sentiria mais ou seria sua mãe? Independente da condição nutricional dos pais, o que se estabelece é que a família passa a comportar-se como obesa (SANTOS, 2003). Quando isto ocorre nas famílias, a comida, além do sentido alimentar, ganha novos significados, como expressa esta outra mãe: – *“Acho que é um momento em que a pessoa se reúne, é um momento que a pessoa pode conversar tem que saber que o alimento é que*

⁴⁰ A gordura *trans* é um tipo específico de gordura formada por um processo de hidrogenação natural ou industrial. Estão presentes principalmente nos alimentos industrializados. São utilizadas para melhorar a consistência dos alimentos e também aumentar a vida de prateleira de alguns produtos, como: sorvetes, batatas fritas, salgadinhos de pacote, pastelarias, bolos, biscoitos, entre outros; bem como as gorduras hidrogenadas e margarinas, e os alimentos preparados com estes ingredientes.

traz energia, é um momento importante né, e que não pode haver brigas né, discussões. A criança ao mesmo tempo que tem que tá se alimentando bem, ela tem que tá gostando, a comida tem que ser uma coisa prazerosa né, tu não pode olhar pra um prato e fazer aquela cara de nojo” (F).

Ou, o sentido social da alimentação, como manifesta a família de J: – *“A gente tem um espaço de convivência né, é onde tem cozinha junto com a sala, que é junto com o estar. A gente mora num apartamento meio diferente, muito antigo e a gente construiu esta peça aí que é tudo é imensa, então tudo acontece ali, desde cozinhar, até ver televisão, até ali tem a mesa e se a TV estiver ligada ele pode assistir, a gente tem hábito de desligar na hora que senta à mesa pra comer”*.

A refeição é considerada um momento importante para as famílias e encontra-se fortemente associada com prazer e, também, a refeição é carregada de cultura e tradição, o que imobiliza algumas transformações nas rotinas: – *“Olha, eu venho de uma tradição, né, então, isto é uma coisa cultural muito forte, pra nós a comida é motivo de encontro, eu acho que é meio parecido com a tradição dos italianos, eu não sei bem como é mas a gente se junta em volta da mesa; todas as festas e festas inclusive de cunho religioso são envolvendo a questão dos alimentos, alimentos têm função de socialização”*.

As famílias demonstraram crítica ao modelo estético vigente, – *“É, estética, o nosso padrão realmente é a pessoa magra, isto aí. À medida que ela vai crescendo se vivencia isto, ela sente, reclama, está constantemente dizendo se ela perdesse 20 kg, 30 kg será que estaria bom né; será que assim estaria bom?”* Historicamente as mulheres sempre foram mais voltadas às preocupações com a beleza, principalmente porque o modelo estético era sempre rígido (SANTOS, 2003; FELIPPE, 2001; STENZEL, 2000). Segundo Ariès (1981), antigamente as crianças eram adultos em miniatura, vestidas como homens e lhes era espera-

do um comportamento exemplar. Estas exigências foram sendo modificadas ao longo dos tempos, de forma mais liberal em algumas culturas, como a nossa. Hoje se observa a valorização da infância e o respeito por esta fase de formação da personalidade. Por outro lado, percebe-se o crescimento da busca incessante pela juventude, por parte dos adultos (SANTOS, 2001). Para Ariès (1981) estas transformações na família passaram a inspirar sentimentos novos, alterando o funcionamento destes grupos.

Apesar das entrevistas serem realizadas com os adultos, chamou atenção o interesse das crianças em participar, muitas vezes, em busca de maiores conhecimentos sobre a sua problemática. Não raras as vezes, elas interrompiam e tinham questionamentos, como este: – *“tia, posso fazer uma pergunta? Roer unha engorda?”* A obesidade é uma doença de dependência (FELIPPE, 2001; VIUNISKI, 1999; HERSCOVICI, 1997) e assim sendo, infere-se a tendência da menina em substituir seu forte vínculo com a alimentação para o hábito incorreto de roer unhas. No fundo, os motivos que hoje a faz comer demasiadamente, amanhã a fará engolir pedaços do seu corpo. Quem sabe ela inclusive vencerá o sobrepeso, mas poderá prosseguir com a tendência de engolir suas emoções.

A obesidade é uma doença psicossomática, crônica e multifatorial (FELIPPE, 2001). Isto significa que a moléstia é composta por várias razões e que, na maioria das vezes é impossível identificar os fatores determinantes, após investigar origens hormonais e genéticas (MAHAN; ESCOTT-STUMP, 1996). Para as mães, a obesidade associa-se com algum fator desencadeante, muitas vezes relacionado com perdas, lutos ou alterações na rotina da criança e da família. A seguir apresenta-se algumas falas referentes a algumas associações:

– *“Minha mãe faleceu há cinco anos. Acho que teria sido ao contrário porque a vó é que estimulava as benditas bolachinhas. Olha, porque ela engordou”...*

Atribuindo à falta de limites do familiar a obesidade da filha. Para a outra, coincide com: – *“Nascimento do irmão.”*

Esta declara: – *“Olha na verdade, este fato que a avó dele está num processo que, enfim é uma figura de referência importante,... ele nasceu ela já estava começando com este processo que é degenerativo, ela já morava comigo, já morava por causa da doença dela, e ela vem progressivamente, acho que este ano, este ano passado 2005 ela decaiu; hoje a babá do meu filho é babá dela, e isto aconteceu nos últimos cinco meses, que ele está cedendo a babá dele pra vó, porque ela hoje anda de muleta; porque toda uma situação adversa né, acho que vem progredindo este problema”.*

As razões atribuídas pelas famílias ao excesso de peso possuem múltiplas raízes, mas como já referido, normalmente há uma associação com a qualidade da alimentação. – *“Aos hábitos alimentares da família, porque desde pequeno né, ele foi submetido a uma dieta hipercalórica, a comida era a recompensa de tudo né, todo mundo queria agradá-lo com comida” (F).* Desvelou-se que um dos fatores que levam à queda da qualidade na alimentação é a redução no consumo de frutas e verduras e o aumento de carboidratos. Agora, nos cabe responder: por que esta substituição vem sendo feita freqüentemente a partir dos 3 anos?

A modernidade surge para responder esta questão, e na fala das famílias, o sentimento em relação à ausência da mãe é muito sentida. A saída da mulher para o trabalho é analisada pelas famílias entrevistadas como um dos fatores que contribuíram com a obesidade infantil. Para esta mãe, sua ausência tem reflexos no peso e na rotina do filho: – *“se eu fosse uma mãe que trabalhasse meio período, e trabalhasse o período que ele está na escola, o período que ele não está na escola, (ham) eu poderia estar mais atenta se ele está muito parado, se né... Por exemplo, pra ele ir no parque com a babá ele tem que ir caminhando,*

é longe não tem uma pracinha do lado de casa que ele possa ir sem risco, então é trabalhoso, tudo é muito trabalhoso, a gente tando disponível tu leva e busca de carro aí ele vai, tudo isto é mais difícil, nossa ausência, acho que isto tem interferência sim”.

Apesar da rotina atribulada, as mães têm consciência que o trabalho não é o único fator que levou a obesidade das crianças, mas contribuiu também por acentuar sentimentos na família em relação à ausência, principalmente da mãe e uma compensação por este distanciamento, que se dá pela comida. A falta de controle sobre as rotinas e a convivência diária com os avós também foram apontados pelos entrevistados:

– “a vó ficava com ela, mas é aquela coisa,... na sobremesa dela em vez de comer um danoninho, ela comia três, só que eu só fui saber, quando a coisa estava bem adiantada mesmo. Um dia a minha secretária me falou que a vó dava três danoninhos né”.

O consumo em excesso, que se encontra diretamente relacionado, na maioria dos casos, à obesidade e à preferência por certos produtos ficam claros na análise dos familiares. A fórmula que resulta dos sentimentos provocados na família pela ausência da mãe, somando-se culpa e compensação e, quando os avós se encontram com novas funções, agora de cuidadores temporários, mantenedores e, logo, educadores, vem resultando no aumento das estatísticas da obesidade infantil. Isto porque para esta reestruturação familiar, a televisão passou a ser utilizada como mais um recurso de passatempo, resultando na diminuição das atividades físicas e numa “arma” capaz de criar novos signos (BAUDRILLARD), através de produtos e programas que adquirem significados na rotina das crianças. A mãe de V. nos ajuda nesta explicação: – *“as crianças ficam por conta da TV e a TV é um apelo constante”.*

O problema de pesquisa, que versa sobre a influência das ofertas e, principalmente das propagandas televisivas, entra no

centro da discussão. As famílias demonstram desconforto em relação às ofertas e a diversidade dos produtos disponíveis e a postura de negar uma solicitação das crianças. A mãe de FR assim nos fala: – *“vê bem... ela me pede uma bicicleta nova... eu não posso dar. Mas, pô, se eu não puder dar um Mc Donald's, que custa menos de 10 reais...”*

O depoimento da mãe de FR está carregado de culpa, frustração em não atender o desejo da menina. Estes sentimentos são comuns às famílias das crianças obesas entrevistadas. Numa lógica de proteção, as entrevistadas procuraram justificar que algumas concessões não têm, como foco principal, a comida. Como exemplo, podemos ouvir a mãe de J: – *“por exemplo, ele não vai lá pelo lanche, são os bonequinhos [brindes] o que ele quer, ele nem dá bola para o lanche”.* Como referido, em 2006 o Ministério Público, engajado na questão da obesidade infantil, determinou que as redes de alimentação desvinculassem a venda de lanches a brindes, o que há muito é utilizado em alguns países..

O que se percebe é que através das propagandas, os produtos ganham significado para as crianças e elas passam a “necessitar” deste determinado objeto. Não era objeto do estudo analisar precisamente o que mais chama atenção das crianças nas embalagens ou nas propagandas, mas segundo a mãe de D. a associação do produto com a imagem de super-heróis contribui muito para a preferência da garotada: – *“eles acham que se comerem aquele bolinho vão se tornar iguais ao personagem, eles acham que aquele bolinho foi feito pelo super-herói e porque ele come aquilo ele é tão poderoso... então, eles querem comer”.*

As crianças têm preferências e o paladar não se configura como quesito básico para o consumo, percebeu-se que o fato de consumir determinado produto tem sido caracterizado como elemento de inclusão para as crianças. Este fenômeno não é novo,

entre os adolescentes o uso de determinadas marcas de roupas, acessórios, etc. sempre figuraram como representantes do pertencimento ao grupo. O fato do deslocamento do esforço da inclusão, que por consequência demonstra a sensação de exclusão, ainda durante a infância alerta para a prematuridade da tendência ao sofrimento emocional e a depressão na sociedade dos jovens que, tempos atrás, estariam brincando pelas ruas e correndo livremente. Alojada numa fome por comer, que é uma necessidade básica do homem, a comida ganha novo sentido: o de engordar o vazio interno da frustração, já os produtos, passam a significar o ter, o ser e o poder.

O mercado é farto em opções e os pais sentem-se impotentes para gerenciar novas demandas: – “ah, eu não levo ele no mercado junto. Não precisa, eu sei o que ele gosta, daí eu compro tudo, quando chego em casa, é uma festa” (Mãe G). Esta mãe, pela sua declaração, prefere ela mesma comprar os produtos que a criança tem preferência, não apresentando nenhum tipo de resistência ao consumo do filho. Para esta mãe, o fato de o filho não participar das compras já é um ganho, visto que – “pelo menos ele não pede nada novo”. A estratégia utilizada pelas famílias em relação às compras no supermercado não foi nada unânime. Para a tia, o melhor é fugir: – “ah, a gente foge dele, a gente vai fugido e, quando ele descobre, fica chorando”. Por sua vez, fazer lista de compras, mandar mensagens para o celular e e-mails para o trabalho são as estratégias das crianças para que as famílias não esqueçam seus desejos.

Desejos... os produtos passaram a significar mais que um alimento para as crianças e suas famílias, eles possuem afeto, projetam sonhos, são compensações e por isto são indispensáveis tanto para os pequenos, quanto para os adultos. Os brinquedos estão virando comida! Os brinquedos tinham a função lúdica de satisfazer estas lacunas e permitir as crianças vivenciar o mundo da fantasia. As artimanhas do consumo estão apri-

morando esta experiência. A mãe de V. nos explica: – “eu tô muito preocupada sabe por quê? Porque eu estou vendo propaganda de brinquedos que são a fábrica de sorvete, de bolacha, pirulito, milk-shake, de suco... sabe no que isto vai dar? Ela vai querer... quer coisa melhor: ela brinca e depois come a brincadeira (risos)”.

Por fim, as famílias das crianças que estão com diagnóstico de obesidade percebem que as propagandas chamam mais a atenção das crianças que a própria programação televisiva: – “a televisão fica sempre ligada, desde que ela acorda. A primeira coisa é ligar a televisão. Mas ela não fica ali, sentada o dia todo, ela brinca com bonecas, de fazer comidinha, ela adora desenhar. Às vezes ela nem liga para o que tá dando... mas quando aparece alguma propaganda que ela gosta.... ah! Ela fica ali, hipnotizada, parece que o mundo parou. Ela sabe tudo, a música, os personagens, até o que eles vão falar”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As notícias sobre a alarmante situação da obesidade em todo o mundo vêm, cada vez mais, ocupando espaço na mídia nacional. Durante a realização deste estudo, foram veiculados pelos meios de comunicação, incontáveis reportagens relacionadas à temática, demonstrando o interesse e a preocupação com a situação da obesidade. Especialmente a obesidade infantil foi alvo dos órgãos públicos, através de propagandas informativas e com fins educacionais.

Este estudo, cuja metodologia foi baseada no referencial epidemiológico, teve a intenção de avaliar a cidade de Porto Alegre em relação à situação corporal das crianças que aqui habitam, principalmente, em relação à obesidade infantil. Os resultados deste estudo apontam que 35,8% da população infantil está com excesso de peso; e, destas, aproximadamente 14% estão obesas. Por outro lado, identificou-se que cerca de 9% da população na faixa entre 0 e 12 anos incompletos encontram-se aquém do IMC mínimo – abaixo de 18,5 – para a relação entre peso e altura. A Organização Mundial da Saúde considera a obesidade como uma das formas de desnutrição, uma vez que estes sujeitos comem de forma desequilibrada e excessiva. Assim, cerca de 45% da população infantil portoalegrense encontram-se fora das condições satisfatórias em relação ao seu estado nutricional e, conseqüentemente, fora de peso.

O problema do baixo peso há muito é alvo de políticas públicas no Brasil e, desde 2003, foi reforçado com a implantação do Programa Fome Zero, pelo governo do Presidente Luiz

Inácio Lula da Silva. As intenções do Fome Zero estão para além da questão da fome, abordando as desigualdades e a exclusão social, entre outros. Como divulgado pelo IBGE e alertado pelo Conselho Federal de Serviço Social “não é por escassez de alimentos ou por problemas na sua distribuição que cerca de 44 milhões de pessoas passam fome no Brasil”.

Além do problema da fome, que é um grave retrato da população mundial, a relação que se estabeleceu entre as pessoas e a comida, principalmente nas sociedades capitalistas, caracteriza-se como um sério problema social. A comida deixou de ser, para muitos, um meio de subsistência e passou a significar uma fonte de prazer ou foco de uma condição social. Muitos não têm o que comer, mas outros tantos têm optado por restrições alimentares na intenção de um corpo perfeito.

Os transtornos alimentares caracterizam-se pelos desvios de comportamento que levam ao emagrecimento ou a obesidade, refletindo uma distorção de imagem, que valoriza além da imagem do corpo; nos casos da anorexia e bulimia nervosa; ou a deprecia, no caso da obesidade e dos riscos associados. Sant’Anna é um dos autores que aborda a função do corpo como um elemento de “voz” dos sujeitos. O corpo fala, com seus gestos, seu jeito, postura; assumindo a responsabilidade pela comunicação do íntimo com o social. Muito mais do que manifestações somáticas, o corpo demonstra as relações dialéticas entre o indivíduo e a sociedade.

Os elevados índices da obesidade em termos globais e a crescente preocupação em relação à anorexia e a bulimia – que entre as maiores preocupações figura os elevados índices de mortalidade; entre 15 e 20% dos casos – alertam para o provável desconforto na relação do indivíduo com a sociedade. Não se pode reduzir os impactos que as transformações modernas acarretam na vida dos sujeitos, levando as famílias a buscarem novas estratégias de sobrevivência, como o trabalho feminino,

o distanciamento do lar e a necessidade dos avós residirem na mesma casa que os netos. Este foi um achado da pesquisa, a partir das informações coletadas, verificou-se que mais de 20% das famílias dependem os recursos da aposentadoria dos avós, ou do salário deles, para as despesas do lar. Netos passam a repartir o espaço doméstico com os avós, que se configuram como funcionais, à medida que são necessários tanto para a composição da renda familiar, como nas responsabilidades do lar, como cuidadores das crianças.

Além das novas situações da contemporaneidade, o anti-go também ganha nova roupagem nos tempos modernos, a globalização possibilitou a modernização dos costumes, sendo, também, fator de readaptação. A sociedade de consumo – foco desta tese – a cada dia ganha novos aliados. São novas necessidades que se criam no imaginário dos indivíduos, mas que são frutos da lógica capitalista para estimular o capital. O final do século XX e início do XXI são sendo marcados pelo “remédio” do consumo. Adquirir, possuir, acumular, enfim, consumir transformou-se no que Baudrillard define como signo para a sociedade moderna, ou seja, através de objetos, os homens procuram atingir a estabilidade emocional e a auto-afirmação. Através dos objetos que possuem, as pessoas apresentam-se à sociedade e, desta forma, pretendem conquistar amigos e posição social. Mais do que isto, o afeto tem sido substituído por presentes que significam os sentimentos.

Especificamente, Featherstone (1995) e Pietrocolla (1989) sinalizam ser particular das economias em desenvolvimento, a tendência a canalizar o consumo para produtos de bens primários, pela necessidade evidente de aquisição. Dessa forma, no Brasil a alimentação encontra-se dentre os bolsões de consumo. Alimentar-se é inerente à vontade e, pensando-se na lógica capitalista, esta área deve ser melhor explorada a fim de “engordar” os lucros das indústrias alimentícias ou relacionadas a estas.

Uma das estratégias de marketing para alavancar as vendas é a propaganda que, se dirigida às crianças, pulverizam uma onda de consumo muito mais eficaz (LINN, 2006). Menos de 1% das crianças da amostra nunca assistem televisão e, pode-se dizer, 50% da totalidade fica por períodos superiores a três horas em frente aos aparelhos televisivos. Em comunicado recente, a Organização Mundial de Saúde (2006) aponta que apenas 30 segundos de propaganda já são suficientes para exercer forte influência sobre as crianças. Em observação nas duas maiores redes de televisão aberta do país, constatou-se uma média de 10 propagandas durante um intervalo de programação. Já uma pesquisa desenvolvida pela Unifesp avaliou o conteúdo das propagandas veiculadas nos intervalos de alguns programas infantis de televisão (nas duas principais emissoras de TV) e constatou que: para cada 10 minutos de propaganda, um minuto tem objetivo de promover o consumo de produtos alimentícios, contribuindo para gerar hábitos nem sempre saudáveis.

Independente do peso, as famílias apontam que as propagandas capturam as crianças, pois estas solicitam os produtos anunciados com regularidade. A discussão aponta que a mídia interfere nos valores, hábitos e gostos da criança, deixando outro viés a ser aprofundado. Então, por que alguns consomem a mais e outros não?

Não é fácil a resposta, mas os indicativos nos remetem a questões de limites, de continência, de cuidado, de resistência, de criatividade e de fragilidade no seio familiar, as quais resultam no consumo alimentar exagerado e, conseqüentemente, no aumento de peso dos infantes. Quando a comida deixa de ter um enfoque de sobrevivência e passa a facilitar as emoções, o corpo toma a vez e começa a manifestar-se, neste caso, com o excesso de peso. Porém, os demais tipos de transtornos alimentares também denunciam que a relação com a comida evoluiu para o caminho da dependência, passando a circular

no pensamento durante todo o dia. O obeso pensa no que comer, já nos demais transtornos alimentares – anorexia nervosa e bulimia –, o pensamento é igualmente voltado à comida, porém, ao invés da ingestão, fica-se “maquinando” como fazer para não engordar.

Tempos atrás, ouviam-se de longe as mães gritando pelos filhos mais ou menos assim: “*fulano, vem comer*”, “*fulano, tá na hora da comida*”. Estas falas não são tão freqüentes, visto que as crianças encontram-se mais dentro dos lares. Os índices de violência e criminalidade assustam nas cidades, os pais estão fora para trabalhar. Comer virou brincadeira. O perfil identificado nesta pesquisa aponta índices de obesidade e sobrepeço desde crianças menores de 2 anos, mas foi possível identificar que a faixa entre 3-6 anos corresponde às maiores solicitações por produtos anunciados e que isto se deve à associação dos produtos com brindes, super-heróis, coleções e prêmios. Mc Neal (2000), Gomes (2001) e Almeida (2002) contextualizam que esta faixa etária ainda é muito egocêntrica e vive a plenitude da imaginação.

As estratégias adotadas para não sucumbir aos apelos são, normalmente, as privações. Os pais praticamente “fogem” dos filhos para irem ao supermercado com o medo de engordarem ainda mais o carrinho de compras. Por outro lado, esta conduta não tem surtido efeito no peso das crianças que, se deixassem de comer “porcarias”, deveriam reverter à condição de sobrepeço. Os pais/responsáveis, eles mesmos, encarregam-se de adquirir aquilo que eles acreditam como verdade em relação à saúde, ou daquilo que lhes bate ao coração: “*não dá para cortar tudo*”, como nos disse a mãe de V.

A obesidade possui a característica da exclusão, os sujeitos acima do peso não são bem-vistos pela sociedade. As famílias sofrem com a obesidade infantil, mas acreditam que somente as crianças têm a decisão da mudança. Por volta dos 10 anos,

considera-se que o fato de estar gordo passa a pesar para os pequenos. Mudanças corporais, interesses emocionais e mais uma vez a sociedade de consumo estão presentes nesta transformação. O corpo mais desenhado, associado à moda da ditadura estética faz aflorar sentimentos negativos como a tristeza, a depressão, a ansiedade e a culpa.

A infância sumiu! As crianças que antes interferiam nas compras do lar, manipulavam o gosto, o poder e as rotinas das famílias, agora, com menos de 12 anos – e, portanto não ainda adolescentes – precocemente exigem do corpo um comportamento mais maduro. A erotização e a valorização do corpo, frutos da sociedade de consumo, que vende beleza, magreza e juventude – tudo isto associado ao poder –, acaba de cevar as necessidades para além da comida, mas também para toda forma de consumo que significa prazer. Ora, estas crianças estão obesas, possuem uma relação de dependência em relação à comida. Quando se sentem excluídas do padrão de beleza do grupo, tendem a buscar consolo na própria alimentação, caracterizando a situação como um círculo vicioso, visto que não conseguem atingir o padrão estético ideal.

A tomada de consciência é gradual, com significância, e não apontando culpados, as crianças que fazem dietas evitam frequentar lanchonetes tipo *fast food*. A obesidade encontra-se diretamente relacionada com qualidade alimentar e a reversão da situação impõe uma mudança nos hábitos diários. Os achados da pesquisa demonstram que, à medida que crescem, o consumo de frutas e verduras diminui. De acordo com Duarte (2001) as recomendações são de três a cinco porções de vegetais e duas a quatro porções de frutas ao dia. Inversamente, observou-se o aumento no consumo de farináceos, cereais, doces e tubérculos. Estes dados são considerados como indicadores do aumento de peso infantil e chama-se atenção para o fato destes produtos serem encontrados nos salgadinhos industrializados, refri-

gerantes, balas, chicletes, bolachinhas recheadas, cujos produtos lideram as incidências de propagandas.

Na mesma medida que, em relação às crianças com diagnóstico de obesidade, é necessária atenção aos casos de sobrepeso. Durante a fase de coleta e análise dos dados, evidenciou-se semelhança de comportamento entre as crianças com baixo peso e obesidade, assim como entre aquelas com IMC normal e sobrepeso. No exame de Qualificação, a Banca sugeriu que fosse trabalhada a variável acima do peso, acatando a esta indicação, percebeu-se que os dados se desqualificavam à medida que o sobrepeso e a obesidade fossem somados em uma só categoria. Por esta razão, optou-se em preservar, quando significativas, as variáveis separadamente. As afinidades nos comportamentos indicam o desconforto em relação à privação, crianças com baixo peso comem pouco, já os obesos, estão passando por penúria na tentativa de reverter e controlar o peso.

Um dos elementos que deve ser destacado em relação aos obesos é a consciência dos familiares em relação à doença, situação esta não observada nos casos de sobrepeso. Se as crianças com sobrepeso comportam-se (em termos alimentares, principalmente) como crianças na faixa de peso saudável, de forma coerente, há de se pensar que em breve estarão reforçando as estimativas de obesidade infantil da cidade de Porto Alegre.

Ao mesmo tempo, o comportamento das crianças com excesso de peso e de suas famílias foi marcado pela contradição. Além da doença ser caracterizada pelo consumo excessivo de alimentos, as famílias negam o abuso. Desqualificar o que come é uma das características dos sujeitos obesos, mas neste cenário também se reporta ao cansaço e descrédito que os familiares sentem em relação à doença. A família está com excesso de peso, nem sempre corporal, mas significando que sente-se sobrecarregada frente às demandas do dia-a-dia e controlar o que as crianças comem e lutar contra as propagandas constitui-

se num processo de muito desgaste emocional no controle da alimentação.

A imagem corporal surge como um forte indicador de controle em relação ao peso. Somente após a conscientização do excesso é que medidas são tomadas na tentativa de controlá-lo. Por outro lado, observou-se que muitas situações referem-se à obesidade e a criança é descrita como “magra”. Na infância, a criança deve desenvolver sua autonomia, nesta pesquisa constatou-se um viés perigoso em relação à auto-imagem das crianças: entre aquelas que se encontram com baixo peso, 11,5% se enxergam como “cheinhas” e mais de 8% como obesas, alertando sobre possíveis transtornos alimentares futuros.

Respondendo às inquietações que motivaram esta pesquisa, concluiu-se que:

- A prevalência de crianças acima do peso na cidade de Porto Alegre/ RS é de 35,8%, sendo que 14% destas estão com diagnóstico de obesidade.
- Não de modo determinante, mas de acordo com as características da personalidade da criança e de suas experiências diárias – em especial a mídia – pode desencadear um processo ansioso com relação ao consumo dos produtos ali apresentados. As estratégias utilizadas passam a permear o imaginário social, com signos e símbolos associados a personagens, marcas e produtos, que passam a ser adquiridos ou utilizados como modelos para a obtenção de um status ou identidade e senso de pertencimento ao grupo.
- As propagandas desempenham papel importante nas escolhas e até no gosto das crianças em relação à alimentação, contribuindo para que frutas e verduras (que não têm espaço na mídia televisiva) sejam substituídas por produtos industrializados, contribuindo para a ma-

nutenção e desenvolvimento da sociedade de consumo e do sistema capitalista.

- A qualidade alimentar constitui-se em elemento básico para a condição nutricional das crianças. Quando ocorre uma ruptura na lógica de alimentar-se de forma saudável, e a comida ganha o significado de instrumento de prazer, carinho, lazer ou compensação, aumentam-se os riscos dos transtornos alimentares.
- Não é fácil para as famílias e para as próprias crianças resistirem às ofertas dos produtos disponíveis no mercado. A melhor opção entendida pelas famílias é a exclusão das crianças nas incursões ao supermercado e aos demais estabelecimentos alimentares.

A obesidade infantil é uma doença de caráter crônico, multicausal, onde o indivíduo estabelece uma relação de dependência em relação à comida. As consequências da doença são de caráter físico, emocional e social. Os sujeitos obesos sentem-se desajustados e tendem a ser excluídos de grupos sociais, ora porque não acompanham as atividades do grupo, ora porque “dão prejuízo, comendo demais”, ou porque não correspondem ao modelo estético e de beleza vigente. A exclusão pode ocorrer em casa, na escola, no clube, no prédio onde mora, enfim, nos mais variados lugares de convívio social da criança.

O papel do Estado aparece no perfil adquirido por esta pesquisa, através das 83,5% das crianças matriculadas regularmente em escolas públicas (50,2%) ou privadas (49,8). Por outro lado, a comunidade em geral demonstra desconhecimento em relação a programas para o tratamento e prevenção da obesidade infantil, estando estes mais veiculados ao combate à fome e à desnutrição, sem ainda reconhecer a doença da obesidade como integrante da lista de necessidades básicas da população.

Porto Alegre conta com alguns serviços que atendem esta demanda, porém, a tendência é de que a obesidade seja reconhecida como questão para os serviços privados, expressando o preconceito dirigido ao sujeito gordo.

A doença da obesidade é um problema para a área da saúde, mas também deve ser “atacado” e “acatado” pela educação, que já está com iniciativas através de programas nas escolas. É bom lembrar que recentemente o Ministério da Saúde veiculou uma propaganda alertando para os riscos da obesidade infantil. A melhor forma de controlar o excesso de peso é ensinando a comer, de forma equilibrada e saudável. Para isto, é necessário ter o que comer, e que esta alimentação seja composta por produtos saudáveis, exigindo do Estado mais atenção na proposição de políticas públicas no intuito da prevenção e controle da questão do peso.

Ainda, indica-se a necessidade de pensar políticas voltadas à prevenção – especificamente – para a faixa etária entre 3-6 anos, quando as crianças estão mais vulneráveis aos apelos da sociedade de consumo através da mídia; e ações de tratamento para jovens próximos à puberdade, cujo sofrimento incide no desgosto pelo corpo e a dificuldade de emagrecer. Em relação aos excessos, da mídia televisiva mais especificamente, sugere-se a inclusão de políticas de proteção à criança frente às exaustivas incursões ao consumo.

Comparando-se ao tabagismo, desde 1999 foram proibidas propagandas de cigarros em revistas, jornais e televisão e por um acordo entre as indústrias de fumo e o Governo, as embalagens dos produtos contêm mensagens de advertência em relação aos malefícios que o uso do cigarro pode ocasionar a saúde. Quem sabe, este seria um caminho a ser conduzido. Finalizando, acredita-se não ser o caso de procurar vilões, mas parceiros na luta e controle da epidemia mundial da obesidade e da obesidade infantil.

Ressalta-se a importância da discussão desta temática, especialmente, a infantil, o valor da identificação de fatores de risco e a compreensão do papel da família na prevenção e enfrentamento da doença. Este assunto deve fazer parte da agenda política do SUAS – Sistema Único de Assistência Social, que pretende garantir a centralidade da família nas políticas sociais.

Destaca-se a importância do Serviço Social, da Psicologia e das áreas afins, através de intervenção interdisciplinar e na tentativa de potencializar estratégias de resistência que auxiliem as famílias a enfrentar a obesidade infantil, visto que este fenômeno não pode estar deslocado da teia de relações que o constitui. Este estudo conclui que a obesidade infantil encobre necessidades familiares não atendidas, o que nos remete a pensar: as famílias realmente têm fome de quê?

Com isto, destaca-se a importância da intersetorialidade nas políticas públicas no que tange ao enfrentamento da obesidade infantil, articulando as políticas de saúde, educação e assistência, entre outros. É urgente a criação de programas eficazes que contemplem as necessidades e demandas das famílias, uma vez que a obesidade também é reflexo da questão social.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, S.S. et al. Quantidade e Qualidade de Produtos alimentícios anunciados na televisão brasileira. In: *Revista Saúde Pública* 2002; 36 (3): 353-5.
- ALVES, J.A.L. *Os Direitos Humanos como tema Global*. São Paulo: Perspectiva, 1994.
- ARIÈS, P. *História Social da Criança e da Família*. 2 ed. Rio de Janeiro: LTC, 1981.
- AURÉLIO. DICIONÁRIO ELETRÔNICO Século XXI. Versão 3.0: MGB Informática, 1999.
- AYRES, J.R.C.M; JUNIOR, I.F; CALAZANS, G.J; FILHO, H.C.S. O Conceito de Vulnerabilidade e as Práticas de Saúde: novas perspectivas e desafios. In: *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências* (Czeresnia, D) Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
- BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa – Portugal: Edições 70, 1979.
- BARROS, F.; VICTORA, C.G. *Epidemiologia da Saúde Infantil*: um manual para diagnósticos comunitários. São Paulo: HUCITEC – UNICEF, 1991.
- BARROS, R.H.; MENDONÇA, R. Evolução Recente da Pobreza e da Desigualdade: Marcos Preliminares para a Política Social no Brasil. In: Pobreza e Política Social. In: *Cadernos Adenauer*, nº. 1. São Paulo. Fundação Konrad Adenauer, 2000.
- BAUDRILLARD, J. *A Sociedade de Consumo*. Edições 70, 2005.
- _____. *Para uma crítica da economia política do signo*. Lisboa: Edições 70; Rio de Janeiro: Elfos, 1995.
- _____. *À sombra das maiorias silenciosas*. São Paulo: Brasiliense, 1985.
- BAUMAN, Z. *Amor Líquido*: sobre a fragilidade dos laços humanos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004.

BEHRING, V. P. Natureza e desenvolvimento das políticas sociais no Brasil. In: *Capacitação em Serviço Social e Política Social, módulo 3*. Brasília: Unb, Centro de Educação Aberta, Continuada a Distância, CFESS, ABEPSS, CEAD/NED, UnB, 2000.

BIZ, O. Mídia e Ética. In: GUARESCHI, P (org.). *Uma nova comunicação é possível: mídia, ética e política*. Porto Alegre: Evangraf, 2002.

BOBBIO, N. *A Era dos Direitos*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

BONFIM, J.B.B. *O Discurso da Mídia sobre a Fome*. Dissertação de mestrado, UnB, 2000.

BRASIL. Lei nº. 8742. LOAS – *Lei Orgânica da Assistência Social*, 07/12/1993.

_____. *I Conferência Nacional de Alimentação e Nutrição*, 1986.

_____. *I Conferência Nacional de Segurança Alimentar*, 1994.

_____. *Estatuto da Criança e do Adolescente*: Lei Federal 8.069/1990. Porto Alegre: CEDICA-RS – Secretaria do Trabalho, Cidadania e Assistência Social. Rio Grande do Sul, 1990.

_____. LEI Nº. 8.078 – *Código de defesa do consumidor*, 1990

_____. *Cartilha do SUS* – Prefeitura Municipal de Porto Alegre, Secretaria Municipal da Saúde, Departamento de Vigilância da Saúde. Porto Alegre, 2004.

_____. *Guia Trabalhista*, 2004.

_____. *Conselho Nacional de Saúde*, Resolução nº. 96/1996.

_____. *Ministério da Saúde*. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição. Condições nutricionais da população brasileira: adultos e idosos. Brasília: INAN; 1993.

_____. *Ministério da Saúde*. Departamento de Atenção Básica, Alimentação e Nutrição. Brasília.

_____. LEI Nº. 8080 – *Lei Orgânica da Saúde*.

_____. *Pesquisa de Orçamento Familiar 2002-2003*. IBGE, 2005.

_____. *Ministério da Saúde*. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília, 1999.

Brites, C.; BARROCO, M. *A Centralidade ética na formação profissional*. Temporalis. Brasília: ABEPSS v. 1, n. 2 jul./dez.2000.

BUJES, M. I. E. *Infância e maquinarias*. Rio de Janeiro: DP & A, 2002.

CALLIGARIS, C. Essas crianças que amamos demais. In: CALLIGARIS, C. *Crônicas do Individualismo Cotidiano*. São Paulo: Ática, 1996.

CAMPOS, F. E. et al. *Legislação Básica do SUS*. Belo Horizonte: Coop-med, 1998. 161. (cadernos de Saúde nº. 2)

CAMPOS, C.E.A. *O desafio da Integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família*. Ciências e saúde coletiva, 8(2): 569-584, 2004.

CAMPOS, R. Comedores de Emoções. In: *Revista Viver*, n. 105, out. 2001.

CAPATTI, A. O Gosto pelas Conservas. In: *História da Alimentação*. São Paulo: Estação Liberdade, 1998.

CHARLOT, B. *A mistificação pedagógica*. Rio de Janeiro: Guanabara, 1986.

COELHO, V.P. *Fome de Ser Feliz*. PUCSP/NEPI – Núcleo de Estudos e Pesquisa sobre Identidade. Cadernos 2. São Paulo, 1996.

COHN, A.; ELIAS, P.E. *Saúde no Brasil*: Políticas e organização de Serviços. 5 ed. São Paulo: Cortez: CEDEC, 2003.

COUTINHO, D.C.; MONTEIRO, C.A. A Estratégia Global para alimentação Saudável, Atividade Física e saúde: afinal, qual é a posição do Governo Brasileiro? In: *Revista Abeso*: Associação Brasileira para o estudo da Obesidade. Agência interna Roche. Ano V, n.19, abril de 2004.

COSTA, J.F. Folha de São Paulo, *Caderno Mundo*, 01/04/2003.

COUTO, B.R. *O Direito Social e a Assistência Social na sociedade brasileira: uma equação possível?* São Paulo: Cortez, 2004.

CURVO, J. *As Cinco Estações do Corpo*. Rio de Janeiro: Rocco, 2001.

CURY, C.J. *Educação e Contradição*. São Paulo: Cortez, 1992.

DEBORD, G. *A Sociedade do Espetáculo*. Tradução: Estela dos Santos Abreu. Rio de Janeiro: Contraponto, 1997.

DEGENNSZAJH, R. R. Organização e Gestão das políticas Sociais no Brasil. In: *Capacitação em Serviço Social e Política Social, módulo 3*. Brasília: Unb, Centro de Educação Aberta, Continuada a Distância, CFSS, ABEPSS, CEAD/NED, UnB, 2000

- DEMO, P. *Cidadania tutelada e cidadania assistida*. Campinas: Autores Associados, 1995.
- DUARTE, V. *Nutrição e Obesidade*. 2 ed. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 2001.
- FALEIROS, V.P. *Estratégias em Serviço Social*. São Paulo: Cortez, 1997.
- FEATHERSTONE, M. *Cultura de Consumo e Pós-modernismo*. Trad. Julio Assis Simões. São Paulo: Studio Nobel, 1995.
- FELIPPE, F.M. *O Peso Social da Obesidade*. Tese de Doutorado em Serviço Social – PUCRS: Porto Alegre, 2001.
- FILHO, N.A.; ROUQUAYROL, M.Z. *Introdução à Epidemiologia*. 3 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2002.
- FISBERG, M. *Obesidade na Infância e Adolescência*. São Paulo: BYK, 1995.
- FISCHLER, C. A. "McDonalldização" dos Costumes. In: *História da Alimentação*. São Paulo: Estação Liberdade, 1998.
- FLANDRIN, J.; MONTANARI, M. *História da Alimentação*. Tradução: MACHADO, L.; TEIXEIRA, G. São Paulo: Estação Liberdade, 1998.
- GADOTTI, M. *Concepção Dialética da Educação: um estudo introdutório*. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1993.
- GAMBOA, A. *Dialética na Pesquisa em Educação: elementos de contexto*. Cap. 7 In: FAZENDA, I. *Metodologia da Pesquisa Educacional*. São Paulo: Cortez, 1991.
- GOHN, M.G. *História dos Movimentos e Lutas Sociais – a construção da cidadania dos brasileiros*. São Paulo: Loyola, 1995.
- _____. A ação da cidadania contra a miséria e pela vida ou Quando a fome se transforma em questão nacional. In: GAIGER, L.I. (Org.). *Formas de combate e resistência à pobreza*. São Leopoldo: Unisinos, 1996. p. 23-57
- GOMES, M.A.M. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. UERJ-IMS-Abrasco, Rio de Janeiro, 2003. In: PINHEIRO, Roseni; CAMARGO JR., Ruben Mattos Kenneth R. (org.). *Ciência saúde coletiva*, vol.9, nº. 4, Rio de Janeiro Oct./Dec., 2004.
- GOMES, P.B.M.B. *Mídia, Imaginário de Consumo e Educação*. In: *Revista Educação & Sociedade*, ano XXII, nº. 74, abril 2001:191-207.

- GREEN, M.; HAGGERTY R.J. *Pediatric Ambulatorial*. Porto Alegre: Artes médicas p.440-445, 1992.
- GROEBEL, J. O Estudo Global da UNESCO sobre Violência na Mídia. Relatório apresentado ao diretor geral da UNESCO. In: CARLSSON, U.; FEILITZEN, C.V. *A Criança e a Violência na Mídia* (org.) São Paulo: Cortez; Brasília: UNESCO, 2000:217-242.
- GUIDDENS, A. *O Mundo em Descontrole*. Rio de Janeiro: Record, 2000.
- HALPERN, A. *Pontos para o Gordo!* Rio de Janeiro: Record, 1999.
- HERSCOVICI, C.R. *A Escravidão das Dietas: um guia para reconhecer e enfrentar os transtornos alimentares*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- IAMAMOTO, M.V. *O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional*. São Paulo: Cortez, 1998.
- _____. *Trabalho e Indivíduo Social*. Cortez, 2001.
- INCA. O controle do tabagismo no Brasil. (Instituto Nacional do Câncer) Programa Nacional de Controle do Tabagismo. *Ministério da Saúde*, 2004. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/tabagismo.pdf>>.
- JOVCHELOVITCH, S. *Mídia e Consumo*. POA. PUCRS INFORMAÇÃO nº124, maio-junho 2005:26.
- JURUENA, M.F.P. et al. *Obesidade: aspectos Biopsicossociais*. Acta Médica, 1987.p.198-206.
- KERN, F.A.J. *As Mediações em redes como estratégias metodológicas do Serviço Social*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003.
- KESSLER, M.; HALPERN, A.; ZUKERFELD, R. *Emagrecer Mudando o Corpo e a Cabeça*. 3 ed. Rio de Janeiro: Record, 2002.
- KLISH, W.J. Obesidade Infantil. In: *Pediatrics in Review*, v. 19, n.10, dez. 1998.
- LEVENSTEIN, H. *Dietética contra Gastronomia: tradições culinárias, santidade e saúde nos modelos de vida americanos*. In: *História da Alimentação*. São Paulo: Estação Liberdade, 1998.
- LINN, S. *Crianças do Consumo: infância roubada*. Trad: Cristina Tognelli. São Paulo: Instituto Alana, 2006.
- LIPOVETSKY, G. *A Era do Vazio: ensaio sobre o individualismo contemporâneo*. Relógio d'Água, 1983.

_____. *Metamorfoses da Cultura Liberal: ética, mídia e empresa*. Tradução: Silva, JM. Porto Alegre: Sulina, 2004.

MACHADO, C.G. *Anorexia nervosa na adolescência: aspectos da interação familiar*. Dissertação de Mestrado em Psicologia, PUCRS. Porto Alegre: PUCRS, 1998.

MAHAN, K.L.; ESCOTT-STUMP, S. *Krause's food, Nutrition and Diet therapy*. 9 ed. USA: Saunders Company, 1996.

MARTINELLI, M. L. *O Uso de Abordagens Qualitativas na Pesquisa em Serviço Social: um instigante desafio*. Seminário sobre metodologias qualitativas de pesquisa. PUCSP – NEPI, 1994.

_____. O Serviço Social e a Transição para o Terceiro Milênio. In: *Serviço Social & Sociedade*. São Paulo: Cortez, n°. 57, julho de 1998.

MARTINS, J.S. *O Poder da imagem: o uso estratégico da imagem criando valor subjetivo para a marca*. São Paulo: Intermeios, Comunicação e Marketing, 1992.

MATSUDO, S. M. M.; MATSUDO V. K. R. *Consumo alimentar, atividade física e percepção da aparência corporal em adolescentes*. Centro de estudos do laboratório de aptidão física de São Caetano do Sul. CELAFISCS, 2003.

Mc NEAL, J.U. *Children as Consumers of Commercial and Social Products*. Pan American Health Organization, 2000.

MEDEIROS, E. M. *Cartilha do Gordo*. São Paulo: Ícone, 1994.

MELLO, E.D; LUFT, V.C; MEYER, F. *Obesidade Infantil: como podemos ser eficazes?* J Pediatr (Rio J). 2004; 80(3):173-82.

MONTEIRO, C.A. *A dimensão da pobreza, da desnutrição e da fome no Brasil*. Estudos Avançados. São Paulo: v.17, n.48, p.7 – 20, 2003.

NARODOWSKI, M. *Adeus à infância (e à escola que a educa)*. In: SILVA, Luiz Heron, (org.). Porto Alegre: SMED, p.172-177, 1998.

NETTO, J.P. *Capitalismo Monopolista e Serviço Social*. Cortez, 2001.

NOGUEIRA, V.M.R. *Direito à Saúde na Sociedade Contemporânea: um convite à reflexão*. In: *Revista Ser Social: revista do Programa de Pós-Graduação em Política Social/ Universidade de Brasília*. Departamento de Serviço Social – v.1, n. 1. Brasília, SER Social UnB, 2002.

NUNES, M.L. et al. *Concepções e atividades emergentes na psicologia clínica: implicações para a formação*. In: *Conselho Federal de Psicologia, Práticas emergentes e desafios para a profissão*. Coord: Achcar, R. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994.

OCHMANN, L. *Depressão versus Resultados de Tratamento da Obesidade*. 1998. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre.

OMS. *Ações sobre os determinantes sociais da saúde. Secretaria da comissão sobre determinantes sociais da saúde*. 2005. Disponível em: <<http://www.who.int/social>>.

_____. *Estratégia Global para a promoção da Alimentação Saudável e Atividade Física e Saúde*. Secretaria da comissão sobre determinantes sociais da saúde. 2002. Disponível em <<http://www.who.int/social>>.

OPAS. *Doenças Crônico-degenerativas e obesidade: Estratégia Mundial sobre Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde*. Organização Pan-americana da Saúde. Brasília, 2003.

PEDROCCO, G. *A Indústria Alimentar e as novas Técnicas de conservação*. In: *História da Alimentação*. São Paulo: Estação Liberdade, 1998.

PEREIRA, P. A. P. *A Assistência Social na perspectiva dos direitos: críticas aos padrões dominantes de proteção aos pobres no Brasil*. Brasília: Thesaurus, 1996.

_____. *Necessidades humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais*. São Paulo: Cortez, 2000.

PEREIRA, M. G. *Epidemiologia: Teoria e Prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

PIETROCOLLA, L.G. *Sociedade de Consumo*. São Paulo: Global, 1989.

PINHEIRO, R.; MATTOS R. A. *Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à Saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001.

PIZZINATO, V. *Obesidade Infantil: Processo Psicossomático Evolutivo*. São Paulo: Servier, 1992.

POLIGNANO, M.V. *História das Políticas de Saúde no Brasil*. Disponível em: <http://www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saude_no_brasil.pdf>. Acesso em: 06/2005.

PRATES, J. *Possibilidade de mediação entre a teoria marxiana e o trabalho do assistente social*. Tese de Doutorado em Serviço Social. Porto Alegre: PUCRS, 2003.

PROJETO FOME ZERO. Versão 3. *Uma Proposta de Política de Segurança Alimentar para o Brasil*. <www.icidadania.org.br> <www.FOMEZERO.gov.br>

PROMED. Conhecendo a realidade do Distrito Leste: abordagem epidemiológico-espacial e estado de saúde da população. In: *Diagnóstico de Saúde do Distrito Leste de Porto Alegre/ PROMED*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2005.

REPETTO, G.; CASAGRANDE, D.S. Desnutrição X Obesidade. In: *Revista Abeso: Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade*. Ano V, v. 22, São Paulo, março de 2005.

ROUDINESCO, E. *A Família em desordem*. Trad. André Telles. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

SANT'ANNA, D.B. (org.) *Políticas do Corpo*. São Paulo: Estação Liberdade, 1995.

SANTOS, A.M. *Obesidade Infantil: a Família com Excesso de Peso*. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2003.

_____. *Obesidade infantil e mídia: as ofertas da televisão alimentando a doença* Revista Digital Comunicação & Saúde – COMTEXTO. Volume 1, nº 1, outubro 2004.

SANTOS, A.M.; FELIPPE, F.M. Novas Demandas profissionais: obesidade em foco. *Revista da ADPPUCRS – Associação dos Docentes e Pesquisadores da PUCRS*, n. 5, dez. 2004.

SANTOS, A.M.; GROSSI, P.K. Mídia e Consumismo na Infância: crivagens da violência invisibilizada. In: *Revista Serviço Social e Sociedade*, nº. 83. São Paulo: Cortez, 2005.

SARAIVA, J.B.C. *Adolescente em conflito com a Lei: da indiferença à proteção integral*. Uma abordagem sobre a responsabilidade penal juvenil. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2003.

SARLO, B. *Cenas da Vida Pós-Moderna: intelectuais, arte e videocultura na Argentina*. Tradução: Sérgio Alcides. 3ª ed. Rio de Janeiro: Editora UFRGS, 2004.

SAWAIA, B. (org.) *As Artimanhas da Exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social*. Petrópolis: Vozes, 1999.

SEGAL, A. *Obesidade não tem Cura, mas tem tratamento*. São Paulo: Lemos, 1998.

SETÚBAL, A.A. Análise de Conteúdo: suas implicações nos estudos das comunicações. In: MARTINELLI, ML (org.). *Pesquisa Qualitativa: um instigante desafio*. São Paulo: Veras, 1999.

SICHERI, R. *Epidemiologia da obesidade*. Rio de Janeiro: EDUERJ, 1998.

SIGULEM, D. M. et al. Obesidade na Infância e na Adolescência. In: *Revista Compacta* v.2, n.1, jun. 2001.

SOARES, L.E. Juventude e Violência no Brasil Contemporâneo. In: NOVAES, R.; VANUCCHI, P. (orgs.). *Juventude e Sociedade: Trabalho, Educação, Cultura e Participação*. SP: Instituto Cidadania; SP: Editora Fundação Perseu Abramo, 2004:130-159.

SOLÁ, J. *Manual de Dietoterapia do Adulto*. 6 ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 1988.

SORCINELLI, P. Alimentação e Saúde. In: *História da Alimentação*. São Paulo: Estação Liberdade, 1998.

SPINK, M. J. (org.) *Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2000.

STENZEL, L.M. *A Dialética Obesidade/Magreza: um estudo em representações sociais com adolescentes*. 2000. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e da Personalidade) – Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre.

STRASBURGER, V.C. *Os Adolescentes e a Mídia: impacto psicológico*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

VICTORA, C. et al. *Pesquisa qualitativa em Saúde: uma introdução ao tema*. Porto Alegre: Tomo, 2000.

VIUNISKI, N. *Obesidade Infantil: guia prático*. Rio de Janeiro: EPUB, 1999.

WARREN-SCHERER, I. *Cidadania sem fronteiras: ações coletivas na era da globalização*. HUCITEC, 1999.

SITES CONSULTADOS

1. Endereço eletrônico oficial da Abeso: dados epidemiológicos
www.abeso.org.br
2. Endereço eletrônico AMBULIM
www.ambulim.org.br
3. Endereço eletrônico do CFESS
www.cfess.org.br
4. Endereço eletrônico oficial do CONAR
www.conar.org.br
5. Endereço eletrônico DIEESE
www.dieese.org.br
6. Endereço eletrônico oficial do Fome Zero
www.FOMEZERO.ORG.BR
7. Endereço eletrônico oficial da Gastronet: Aspectos Endocrinológicos da Obesidade.
www.gastronet.com.br/endocrin.htm.
8. Endereço eletrônico oficial do IBGE
www.ibge.gov.br
9. Endereço eletrônico NUPENS
www.fsp.usp.br/NUPENS
10. Endereço eletrônico Prefeitura Municipal de Porto Alegre
www.pmpa.gov.br
11. Figura Pirâmide Alimentar
www.forumbtt.net

