

Política alimentar brasileira: fome e obesidade, uma história de carências

Brazilian food policy: hunger and obesity, a history of deprivation

ANDREIA MENDES DOS SANTOS*

PATRICIA TERESINHA SCHERER**



RESUMO – O presente artigo tem como foco o fato de como as políticas sociais vêm atentando, no Brasil, à questão da alimentação. Assim, este artigo pretende analisar a questão da fome, da desnutrição e da obesidade da população brasileira. Historicamente, a luta contra a fome tem sido uma preocupação central e, paradoxalmente, a obesidade atinge índices de epidemia. Ao longo do período brasileiro, ocorreram lutas em torno da fome e, em resposta, foram apresentados planos e ações governamentais, ainda não satisfatórios; a questão ampliou-se da fome à obesidade e hoje se sugere que os debates do Estado brasileiro precisam considerar o caráter especial da política pública: o seu propósito emancipatório. Neste contexto, o Serviço Social tem o compromisso de abordar esta realidade, lançando um olhar para a totalidade do fenômeno, desvendando e compreendendo as contradições inerentes à fome e obesidade.

Palavras-chave – Saúde. Obesidade. Fome. Políticas públicas.

ABSTRACT – This article focuses on the fact of how social policies have been paying attention, in Brazil, the issue of feed. Thus, this paper aims to analyze the issue of hunger, malnutrition and obesity of the population. Historically the fight against hunger has been a central concern and, paradoxically, obesity has reached epidemic levels. Brazil over the period, there were struggles over hunger and in response plans were presented and government actions, still not satisfactory; the question was extended to obesity and hunger and today suggests that the debates of the Brazilian state must consider the special character of public policy: its emancipatory purpose. In this context, the Social Service is committed to address this reality, casting a look at the totality of the phenomenon, uncovering and understanding the inherent contradictions of hunger and obesity.

Keywords – Health. Obesity. Hunger. Public policies.

* Psicóloga. Mestre e Doutora em Serviço Social. PNPd Capes. Professora colaboradora do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PPGSS/PUCRS), Porto Alegre – RS, Brasil.
E-mail: andrea.mendes@pucrs.br

** Assistente Social. Mestre em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PPGSS/PUCRS), integrante do Núcleo de Estudos sobre Políticas e Demandas Sociais – NEDEPS.

Assistente Social, doutoranda do PPGSS/FSS-PUCRS, bolsista CAPES de doutorado, Porto Alegre - RS, Brasil.
E-mail: patriciascherer.as@gmail.com

Submetido em: março/2012. *Aprovado em:* maio/2012.

A questão da fome configura-se como um dos problemas mais graves e antigos da sociedade brasileira, em que milhares de pessoas não consomem, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o mínimo de 1.900 calorias/dia. Muitas vezes, esta deficiência é consequência de uma renda familiar inferior a um salário mínimo mensal e de condições de vida precárias. Uma das causas da fome é a restrição de acesso aos alimentos e não o descompasso entre a oferta e a demanda desses – a fome no Brasil é decorrência de uma questão de distribuição de renda desigual.

Em nível de senso comum, a fome provém da falta de alimentos, da privação à comida, contudo não há uma fonte que comprove ou sinalize para a escassez de ofertas. Ao contrário, a produção brasileira de alimentos é suficiente para atender às demandas da população. O problema de acesso, conforme revela a PNAD (Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio) de 2009, e de outras pesquisas ainda dos anos 1970, como a ENDEF (Estudo Nacional da Despesa Familiar), é determinado pelas assimetrias de renda, ou seja, as causas da fome estão atreladas à persistência de restrições de acesso aos alimentos, motivadas principalmente pela questão econômica.

Por outro lado, o ex-presidente Fernando Henrique Cardoso (1994-2002) afirmou que o problema do Brasil não era a fome, mas a desnutrição.¹ É impossível não reconhecer a desumana condição de vida de milhares de pessoas no país, num quadro de miséria absoluta, que não têm do que se alimentar; mas, por outro lado, é verdadeiro que outra parte da população alimenta-se de forma equivocada e desequilibrada, mesmo que não intencionalmente, motivada essencialmente por desconhecimento e outros condicionantes, gerando um quadro de obesidade e também de desnutrição. Infere-se que esse quadro seja consequência de má alimentação – desequilibrada ou inadequada – e não da restrição de acesso aos alimentos. Segundo a OMS, a obesidade também deve ser considerada como uma forma de desnutrição (REPETTO; CASAGRANDE, 2005) e, nos indivíduos acima do peso, o que se observa é que estão obesos.

A Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) vem atualizando a situação da população em termos de alocação de renda para consumo. O relatório de 2008/2009 mostrou que, dos 95 milhões de adultos que participaram do estudo, 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. Por essa e outras razões, justifica-se a ampliação da luta contra a fome no Brasil e também contra a má alimentação e a obesidade.

Segundo Carlos Augusto Monteiro, professor da Universidade de São Paulo (USP) e diretor do Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde (NUPENS), a má alimentação necessita ser avaliada 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 (MONTEIRO, 2003, p. 4).

A pobreza é, segundo Abranches (1994), a desproteção. E, nesse sentido, a política brasileira de combate à pobreza é específica, combinando ações sociais compensatórias, aspectos das políticas sociais permanentes e elementos de políticas setoriais. Porém, os desdobramentos reais da política brasileira de combate à pobreza ainda não conseguiram atingir as raízes da miséria, cabendo ainda, a esse montante da população, um estado de absoluta carência, que se expressa na dificuldade de acesso às oportunidades de moradia, renda, saúde, vida e bem-estar.

Por outro lado, as respostas do Estado brasileiro (bem como da sociedade civil) em relação à questão da fome tendiam à ideia de que fome se resolve com a ingestão de alimentos. É possível localizar

na história do Brasil uma série de iniciativas em torno do combate à fome, incluindo o lançamento do programa Fome Zero, em 2003, pelo ex-presidente Luiz Inácio Lula da Silva. O programa Fome Zero objetiva investimentos direcionados à segurança alimentar, entendida como uma garantia de acesso a uma alimentação adequada. Assim, inova propondo políticas estruturais que ampliam a questão para além da fome e da pobreza, incluindo a qualidade alimentar, o que significa voltar-se para a questão da nutrição/desnutrição da população brasileira e, conseqüentemente, da obesidade neste país.

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 necessidades de consumo diárias. Na pirâmide, os alimentos são classificados em grupos: energéticos, reguladores, construtores e energéticos extras; 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. Incluem os carboidratos complexos, como farinhas, pães, tubérculos, massas, cereais, trigo, e devem ser consumidos de seis a onze porções ao dia. Os reguladores – legumes, frutas e verduras – fornecem vitaminas, minerais e fibras, devendo ser consumidos de três a cinco porções de vegetais e de duas a quatro porções de frutas ao dia. Já 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, que devem ser consumidos com moderação. As gorduras, por sua vez, são necessárias em uma quantidade mínima ao organismo, pois realizam 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).

Dessa forma, este artigo pretende contribuir para a análise do problema da questão da fome, da desnutrição e da obesidade da população brasileira. Através da revisão das políticas públicas, voltadas ao direito à saúde, à alimentação e aos direitos do consumidor, este artigo pretende fomentar a necessidade da atenção à questão da obesidade. No âmbito das Ciências Sociais, estudos sobre a obesidade são mais recentes; desde 2000, o Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Faculdade de Serviço Social da PUCRS vem sediando pesquisas, realizadas em nível de Mestrado e Doutorado, voltadas ao excesso de peso da população brasileira.

Nestes estudos e em outros se observou que, em 95% dos casos de obesidade, a causa principal do ganho de peso é decorrente de excesso de ingestão calórica em detrimento do gasto energético. Os outros 5% dos casos de obesidade são desencadeados por alterações metabólicas e hormonais (SANTOS, 2007). O Brasil vem buscando alternativas de combate à obesidade, expressas através da elaboração de iniciativas que visem ações preventivas e de tratamento. Primeiramente, as ações encontravam-se no plano das políticas de saúde, mas, recentemente, observa-se a ampliação da questão para as áreas da Educação e do Direito, especialmente contempladas a partir de programas educativos sobre alimentação saudável, a importância da prática de exercícios e a criação do Código de Defesa do Consumidor, em 1990, voltado a coibir e regulamentar a questão do consumo e riscos de excessos.

O problema do excesso de peso tem se configurado como transversal à questão da renda, sendo diagnosticado nas diversas classes sociais, mesmo que por motivações diferentes. Nas classes menos favorecidas economicamente, um dos agravos é o barateamento da alimentação dos trabalhadores e de suas famílias à custa do consumo de alimentos inadequados. Já nas classes média e alta, o que se observa é o excesso de consumo alimentar instigado pela mídia, em decorrência da ampliação das ofertas de produtos no mercado (SANTOS, 2007).

Para Santos (2003), a dificuldade enfrentada pela população, em virtude da obesidade, é hoje uma das expressões da questão social, na medida em que denuncia sintomas da população brasileira. Para Netto (2001), quanto mais a sociedade se revelar capaz de produzir bens e serviços, mais aumentará

o contingente de pessoas que se veem impossibilitadas de acesso a estes. A obesidade, como sintoma da população brasileira, vem a expressar os agravos do capitalismo, voltado, entre outros, para a necessidade de acumulação de produtos. Iamamoto (2001) e Netto (2001) destacam que esses produtos acabam revestidos por significados para além do que efetivamente são. No caso do obeso, a comida se configura como mercadoria e passa a se acumular no corpo, no caso, na forma de gordura.

A fome e a obesidade refletem na saúde sob a forma de agravos de moléstias graves não transmissíveis, como o diabetes, os derrames cerebrais, o câncer, os infartos, etc., e, sob esse enfoque, também devem ser discutidos no plano dos agravos de saúde, com ênfase na linha do controle e prevenção de doenças. Um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) é o foco na saúde integral, o que possibilita a compreensão da necessidade de um conjunto de condições para que a população goze de boa saúde e qualidade de vida. Assim, no caso da doença da obesidade, que é constituída por inúmeros determinantes, a luta pelo controle da epidemia deve somar esforços com a Medicina e a Nutrição; também passa-se a compreender a importância do papel do psicólogo, do assistente social e de outros trabalhadores da saúde.

Um dos fatores pelos quais as políticas públicas ainda demoram a se desenvolver é a resistência dos setores corporativistas e comerciais. Mesmo identificados os malefícios dos produtos ofertados, 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. São exemplos desta situação o tabaco e a mais popular das drogas: o álcool. O uso do álcool e o tabagismo são hábitos, assim como a obesidade, que significam dano à qualidade de vida das pessoas e risco à saúde (OMS, 2005); mesmo assim, estas indústrias representam, nos Estados Unidos, 100 bilhões de dólares em vendas por ano.

No Brasil, desde 1989, especificamente em relação ao tabaco, o Ministério da Saúde, através do Instituto Nacional de Câncer, coordena as ações do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), desenvolvido 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 morbimortalidade relacionada ao consumo (INCA, 2004). Em 1996, a Lei 9.294 estabeleceu restrições ao uso e à propaganda de produtos derivados do fumo e também sobre bebidas alcoólicas. Ainda hoje foco de muitas discussões, essa 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 às constantes advertências sobre as consequências da ingestão do tabaco. Com isso, os lares se viram livres das invasões (via propaganda) da proposição de rotinas que, fatalmente, seriam geradoras de novas doenças e agravos de saúde, como o câncer de pulmão, por exemplo.

Além disso, em 1990, passou a vigorar no país o Código de Defesa do Consumidor, a fim de estabelecer direitos e deveres dos consumidores e fornecedores, com o objetivo de evitar práticas abusivas, o que foi mais um avanço. A Política Nacional de Relações de Consumo tem por objetivo o atendimento das necessidades dos consumidores, o respeito à 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.

O artigo tem o intuito de contribuir para a compreensão do fenômeno da fome, da desnutrição e da obesidade no Brasil, a partir da hipótese de que se trata de um problema de saúde pública e que a sociedade de consumo confere ao alimento o valor de mercadoria, portanto, possui uma parcela na configuração desta doença. Optou-se por privilegiar a discussão de dois tipos de direitos: os direitos do consumidor e o direito à saúde, mesmo com a certeza de que essas questões não cabem somente nestes recortes.

As políticas sociais brasileiras na área da saúde: o direito à saúde

O direito à saúde é um dos direitos sociais que mais se destaca (COHN; ELIAS, 2003; NOGUEIRA, 2002) e a Constituição de 1988 tornou as políticas sociais voltadas para a área da saúde mais efetivas. Contudo, para falar 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, pois o setor da saúde sofreu influências do contexto político-social e dos momentos econômicos da sociedade brasileira. As ações de saúde propostas pelo governo brasileiro sempre procuraram atender a grupos determinados, em momentos de maior tensão, como nos casos de epidemias.

Com a Constituição de 1988, o campo da saúde se fortalece e passa a ser regido pelo SUS, o qual 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), apontando na direção da garantia do pleno acesso aos serviços, sem quaisquer critérios de exclusão ou discriminação. A partir daí, é proposto à saúde 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, p. 32).

Este fato significou um marco importante em termos de reforma na qualidade da saúde da população. Desde então, outras novas mudanças têm ocorrido, algumas com o incremento do Banco Mundial, do Banco Interamericano de Desenvolvimento e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Assim, as políticas de saúde no Brasil 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, p. 154).

O contexto histórico, marcado pela democratização do país, torna mais compreensível a vigência do processo de construção das viabilidades da sociedade no controle sobre o Estado. Isso demanda efetivação do protagonismo, exercício da cidadania e autonomia, e deve ser almejado e posto em prática pela sociedade como um todo. O papel das políticas sociais deveria se transformar em instrumento de empoderamento (FALEIROS, 1997), de processos de subjetivação e de equidade.

Em torno das políticas sociais, uma questão central é a compreensão de que elas se estabelecem no centro de uma relação entre concessões e conquistas. Muitas vezes, dentro da concepção das políticas sociais como concessão, elas são compreendidas como tendo um “compromisso em manter acumulação e reproduzir a força de trabalho, buscando a legitimação do sistema capitalista”. Por outro lado, configurando-as como conquistas, as políticas sociais situam-se num campo contraditório, dando visibilidade às demandas dos trabalhadores e às disputas para ampliar seus direitos civis (COUTO, 2004, p. 60). Segundo Potyara Pereira (1996, p. 130), as políticas sociais podem ser definidas como:

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 envolvem relações de reciprocidade e antagonismo entre estas duas esferas.

A atual Constituição 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 disso, o SUS tem sido marcado por intensa presença de interesses antagônicos em relação à sua consolidação, tanto como política pública calcada na universalidade, equidade, integralidade, participação da população e dever do Estado, quanto às dificuldades para construir modelos assistenciais baseados na concepção ampliada de saúde, que foi a base do próprio processo de proposição do SUS (MIOTO; NOGUEIRA, 2011). Os embates das posições antagônicas tornaram as contradições entre as propostas mais acirradas e isso contribuiu para a desmobilização de grupos ligados ao setor da saúde, retardando e favorecendo a atuação dos grupos vinculados ao ideal privatista.

Alerta-se que, desde 2000, o direito à saúde vem perdendo seu caráter social, sendo cada vez mais tratado como um bem privado (NOGUEIRA, 2002), o que já pode ser considerado como 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. Segundo Nogueira, “A saúde vem sendo cada vez mais tratada como um bem privado e não como estatuto de um bem público” (p. 10).

Com a tendência da privatização da saúde, surgem fragilidades que se apresentam na esfera econômica e boicotam a própria política de saúde pública do Brasil, que coloca a saúde para além da dicotomia saúde-doença (PROMED, 2005). Não se deve esquecer que, segundo o Ministério da Saúde, às diretrizes do setor saúde compete: “atender a desnutrição, as carências específicas, a obesidade, o diabetes mellitus, as dislipidemias e as associações com outras doenças crônicas de reconhecida relevância epidemiológica”. Além disso, a atenção à alimentação está prevista no Sistema Único de Saúde: o art. 3º da Lei 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. O direito à saúde deve ser compreendido sob duas esferas: uma que se relaciona ao acesso às condições propriamente ditas de saúde, ou seja, ao tratamento e enfrentamento das doenças, e outra que corrobora com qualidade, prevenção, educação e informação em saúde.

Os direitos à alimentação e do consumidor

O direito à alimentação é parte das competências do setor saúde. O art. 6º, que trata das atribuições do SUS, aponta para a necessidade da atenção à alimentação da população: “a vigilância nutricional e orientação alimentar e o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo” (BRASIL, 1990, p. 4).

Para complementar todo esse aparato, que ainda não responde a todas as necessidades, direitos e carências com relação à alimentação, têm-se a Política Nacional das Relações de Consumo. Esta tem o objetivo de 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 art. 6º do Código de Defesa do Consumidor confere ao 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 (BRASIL, 1990).

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, qualidade, quantidade, composição, preço, garantia, prazos de validade, 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, do artigo 36 ao 38, condenando a propaganda enganosa e abusiva.

Por outro lado, nascido no berço da publicidade, em 1980, foi criado o CONAR,² Conselho Nacional de Autorregulamentação 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, o Código Brasileiro de Autorregulamentação 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 CONAR, atento às discussões sobre hábitos alimentares saudáveis que ocorrem em nível global, principalmente fruto da epidemia da obesidade, e que começaram a ganhar força junto às autoridades, sente-se ameaçado por projetos de lei que visam à restrição e até à 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 Autorregulamentação 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 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 da sociedade de consumo. As novas recomendações preveem 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 constituir fatores coadjuvantes junto aos pais, educadores, autoridades e comunidades pela formação positiva dos jovens;
- Não deve desmerecer valores sociais positivos;
- Devem refletir restrições técnicas e eticamente recomendáveis.

Nesse 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 apoia estas resoluções. Segundo o Observatório de Políticas de Segurança Alimentar e Nutrição da UnB, o Brasil é 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 Viana (PT – AC/2003) propôs o Projeto de Lei 25/2003 prevendo que as embalagens dos alimentos e as declarações de qualidade ou características nutritivas deveriam ficar contidas exclusivamente no espaço reservado à rotulagem nutricional obrigatória e 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 entre 21h e 6h. Além disso, tais propagandas ficariam proibidas nos meios eletrônicos, inclusive *internet*, na forma fixa ou móvel, em estádio, pista, palco ou local similar, e também na forma de propaganda indireta contratada, 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 induzissem diretamente ao seu consumo; sugerir seu consumo exagerado; 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, desde a simples advertência até a suspensão da propaganda por até 30 dias e multa de R\$ 5 mil a R\$ 100 mil, conforme a capacidade econômica do infrator.

Certamente houve muitos avanços. 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 obesidade com práticas de educação. Atualmente, conta-se com campanhas de esclarecimento dirigidas a empresas e escolas. Em conjunto, os Ministérios da Saúde e Educação têm exibido, através do projeto TV Escola, vídeos educativos sobre alimentação saudável e prática de exercícios físicos. Já em 2006, foi sancionada a Lei 11.265 sobre a regulamentação da comercialização de alimentos para lactantes e crianças. Porém, mesmo assim, a epidemia da obesidade segue assustadora.

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, p. 2). 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.

Segundo o mesmo autor, algumas datas, órgãos e iniciativas governamentais da política de nutrição brasileira são marcas importantes na história das políticas voltadas à questão da alimentação. Com destaque, em 1936 – através do Decreto-Lei 399 – foi criado o Programa de Cesta Básica Alimentar, que previa uma lista de alimentos suficientes ao sustento e ao bem-estar do trabalhador adulto, e era voltada à compreensão de que se fazia necessário que o trabalhador fosse bem alimentado e estivesse forte para o rendimento profissional. Nesta mesma perspectiva, em 1940, foi 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.

Em 1945, foi criada a Comissão Nacional de Alimentação (CNA), com a missão de propor uma política nacional de nutrição. Essa comissão corroborou para que, em 1946, o governo brasileiro solicitasse ajuda à recém-criada UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância), a fim de buscar soluções para a alimentação das crianças. Dez anos depois, em 1954, foi criado o Programa Nacional de Alimentação Escolar no Brasil.

Em 1962, foram criados os seguintes 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), todos com funções superpostas e futuramente avaliados ineficazes no combate aos problemas de alimentação dos brasileiros.

No ano de 1972 foi criado o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), para elaborar uma política nacional de alimentação e nutrição; isso possibilitou que, em 1973 e 1974, fossem criados o I e o II Programa Nacional de Alimentação e Nutrição, para alimentar os grupos materno-infantis, escolares e trabalhadores.

Outra iniciativa observada foi a criação do Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT), em 1976, visando proporcionar alimentação aos trabalhadores, principalmente aos de baixa renda, que recebiam até cinco salários mínimos. De 1984 a 1988 (Nova República), o Brasil contava com cinco programas de alimentação: o Programa de Alimentação Popular (PAP), o Programa Nacional do Leite (PNL), o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), o Programa de Nutrição e Saúde e o Programa de Complementação Alimentar (PCA). Não obstante terem aumentado a distribuição de alimentos e incluído associações de moradores na distribuição, tais programas serviram mais a propósitos clientelistas, em que predominava a noção de favor, não favorecendo a cidadania.

Apesar da história de investimentos no controle da fome, em 1993 o presidente Itamar Franco declara a questão como prioridade absoluta, propondo uma política nacional de segurança alimentar, através do mapeamento da fome no País (Mapa da Fome); da elaboração de um Plano de Combate à Fome e à Miséria e a criação do Conselho Nacional de Segurança Alimentar (CONSEA). Observa-se uma transformação na forma de abordar o problema, considerando-se, explicitamente, a questão da segurança alimentar. Em decorrência do plano, em 1994 foi realizada a I Conferência Nacional de Segurança Alimentar. Em 2000, a obesidade começa a ser considerada questão de segurança alimentar, assim como a fome e a desnutrição. Neste ano foi criada a Força Tarefa Brasileira de Obesidade, por iniciativa do então ministro da saúde José Serra.

Em 2003, durante o governo Lula, foi lançado o programa Fome Zero, um dos primeiros programas de impacto social, 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, p. 16).

Sendo assim, é dever do Estado garantir os direitos básicos dos cidadãos, respeitando, protegendo e, assim, facilitando 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, em 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 o 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 da 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 é constituída pelos programas de distribuição de alimentos em caráter suplementar ou emergencial, dirigidos a grupos populacionais específicos.

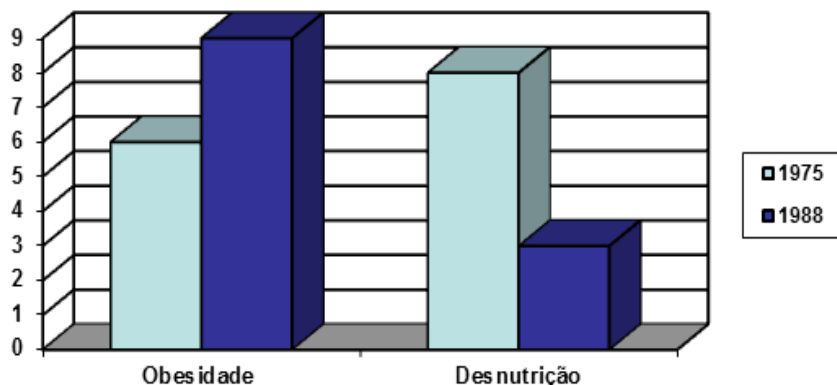
Para o alcance do propósito da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, foram criadas diretrizes assim definidas:

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 era estabelecer um conjunto de orientações e recomendações para políticas e ações nas áreas da saúde, agricultura e desenvolvimento social; além de recomendar ações que aumentassem o conhecimento dos indivíduos sobre quais seriam as escolhas alimentares mais saudáveis.

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:

Gráfico comparativo da situação da obesidade e da desnutrição no Brasil.³



Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE apud SANTOS, 2007.

A realidade brasileira de hoje exige um posicionamento forte para o combate à exclusão. Há a necessidade de 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 dá substância às propostas da área. Sem isso, mantendo-se a desarticulação, mesmo um programa como o Fome Zero tem a tendência de 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, p. 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, p. 84). Para o autor, uma política social precisa ser emancipatória,⁴ e terá esse caráter a política social que contribua para a cidadania.⁵ 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”. Já a cidadania ativa seria “aquela que institui o cidadão como portador de direitos e deveres, mas essencialmente criador de direitos para abrir novos espaços de participação política” (BENEVIDES, 1994, p. 9).

Demo (1995, p. 6) afirma: “Por conta da reprodução da pobreza política das maiorias, não ocorre, suficientemente, consciência crítica e competência política para sacudir a tutela”. Já a cidadania assistida “expressa a 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, p. 6). 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 maquiagem 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).

Considerações finais

A luta contra a fome tem sido, historicamente, uma preocupação central na política brasileira. Paradoxalmente, a obesidade atinge índices de epidemia, instigando a reflexão a uma questão para além de ter o que comer, mas com a qualidade do que a população brasileira vem se alimentando. A obesidade é hoje considerada uma forma de desnutrição e a questão supera o conceito reduzido de que o “gordo” é assim porque come demais. As transições iniciadas nos anos 70, entre as quais a alimentar e a nutricional,

se consolidaram a partir do modelo de urbanização tardio no Brasil, das mudanças no mundo do trabalho, da fragmentação do indivíduo e do espaço onde habita e trabalha.

Este artigo procurou contribuir para a análise do problema da questão da fome, da desnutrição e da obesidade da população brasileira. Em comum, observa-se que esses enfrentamentos visavam à garantia do direito da vida e favoreceram o início de uma reforma no conceito de qualidade de vida da população. Como exemplo, cita-se a ampliação do conceito de saúde, que passa a abranger uma referência superior à ausência de doenças e, assim, a busca pela saúde integral tornou-se o foco dos agentes de saúde.

Apesar destes avanços, ainda enfrentam-se resistências, principalmente de alguns setores, como aqueles corporativistas e comerciais, pois se as medidas recomendadas para a tão visada qualidade de vida significam dano, ou redução de lucro, se estabelece um conflito entre os gigantes do capital e o Estado, como citados os exemplos do tabaco e do álcool. Como reflexo, adverte-se que o direito à saúde vem perdendo seu caráter social e sendo, cada vez mais, tratado como um bem privado. A efetivação do direito à saúde necessita da compreensão das políticas públicas que circundam o âmbito das Ciências Sociais, da Ciência Política e da Economia Política. Especificamente, uma questão central das políticas sociais é a compreensão de que elas se estabelecem no centro de uma relação entre concessão e conquista e, por isso, situam-se num campo contraditório, dando visibilidade às demandas dos trabalhadores e às disputas para ampliar seus direitos civis.

Certamente ocorreram muitos avanços. Ao longo do período brasileiro, diversos planos e ações governamentais foram implantados. Entre os de maior destaque, elencam-se: a criação do órgão para tabelar gêneros alimentícios de primeira necessidade, a grande repercussão do programa Fome Zero e, mais recentemente, o aumento de iniciativas voltadas para o cuidado à obesidade. Ainda que em ações mais isoladas, em nível dos estados, surgem projetos de controle alimentar.

Dentro deste contexto, o Serviço Social tem o compromisso de abordar esta realidade, lançando um olhar para a totalidade do fenômeno, desvendando e compreendendo as contradições inerentes à fome e à obesidade. Somente desta forma, os assistentes sociais poderão propor e intervir, tendo como norte o Código de Ética, o projeto ético-político da profissão e a garantia dos direitos dos usuários, acessados através das políticas públicas. Não se pretende aqui encerrar essa discussão, o que se pretende é suscitar maiores possibilidades de problematizar acerca das políticas públicas brasileiras, voltadas para a questão da alimentação, que contém, no seu seio, outras faces dos problemas da população brasileira.

Referências

- 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. *Cadernos Adenauer*, São Paulo, Fundação Konrad Adenauer, n. 1, p. 12, 2000.
- BENEVIDES, Maria Victoria de Mesquita. Cidadania e democracia. *Lua Nova*, São Paulo, CEDEC-Marco Zero, n. 33, p. 5-16, 1994.
- BONFIM, J. B. B. *O discurso da mídia sobre a fome*. Dissertação de Mestrado. Brasília: UnB, 2000.
- BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1988.
- _____. Lei n. 9.294, de 15 de julho de 1996. Dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal. *Diário Oficial da União*, Brasília, 16 jul. 1996.
- _____. Lei n. 11.265, de 3 de janeiro de 2006. Regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e também a de produtos de puericultura correlatos. *Diário Oficial da União*, Brasília, 04 jan. 2006.
- _____. Lei n. 8.078, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Código de Defesa do Consumidor. *Diário Oficial da União*, Brasília, 12 set. 1990.
- _____. Ministério da Saúde. Obesidade e desnutrição. Departamento de Atenção Básica, Alimentação e Nutrição. Brasília: 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/obesidade_desnutricao.pdf>. Acesso em: 5 maio 2009.
- _____. Presidência da República Federativa do Brasil. Programa Fome Zero, 2003. Disponível em: <<http://www.fomezero.gov.br/>>. Acesso em: 5 out. 2011.

- _____. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 20 set. 1990.
- COHN, A.; ELIAS, P. E. *Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços*. 5. ed. São Paulo: Cortez-CEDEC, 2003.
- CAMPOS, F. E. et al. Legislação básica do SUS. *Cadernos de Saúde*, Belo Horizonte, Coopmed, n. 2, 1998.
- CONAR. Conselho Nacional de Autorregulamentação Publicitária. Código brasileiro de autorregulamentação publicitária, 2006. Disponível em: <<http://www.conar.org.br>>. Acesso em: 30 jan. 2011.
- COUTO, B. R. O direito social e a assistência social na sociedade brasileira: uma equação possível? São Paulo: Cortez, 2004.
- 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. p. 57-70.
- 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.
- IAMAMOTO, M. V. *Trabalho e indivíduo social*. São Paulo: Cortez, 2001.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. PNAD – Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios, 2009. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>> Acesso em: 20 set. 2010.
- _____. POF – Pesquisa de Orçamento Familiar 2008-2009. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 10 jul. 2010.
- INCA. Instituto Nacional de Câncer. O controle do tabagismo no Brasil. Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>>. Acesso em: 15 ago. 2011.
- LUIZ, D. E. C. Capacitação e emancipação: uma relação possível. *Textos & Contextos*, Porto Alegre, v. 8, n. 1, p. 68-88, jan./jun. 2009.
- NETTO, J. P. Capitalismo monopolista e serviço social. São Paulo: Cortez, 2001.
- NOGUEIRA, V. M. R. Direito à saúde na sociedade contemporânea: um convite à reflexão. *SER Social – Revista do Programa de Pós-Graduação em Política Social*, Universidade de Brasília, Departamento de Serviço Social, v. 1, n. 1, 2002, p. 9-31.
- NOGUEIRA, V. M. R.; MIOTO, R. C. T. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os Assistentes Sociais In: MOTTA, Ana Elisabete et al. (Org.). *Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional*. Disponível em: <http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-4.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2011.
- 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.
- OMS. Organização Mundial da Saúde. Ações sobre os determinantes sociais da saúde. Secretaria da comissão sobre determinantes sociais da saúde. 2005. Disponível em: <<http://www.who.int/social>>. Acesso em: 10 maio 2008.
- OPAS. Organização Pan-americana da Saúde. *Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde*. Brasília, 2003.
- PEREIRA, P. A. P. *A assistência social na perspectiva dos direitos: críticas aos padrões dominantes de proteção aos pobres no Brasil*. Brasília: Thesaurus, 1996.
- 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: 17 jun. 2005.
- 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*, São Paulo, ano 5, v. 22, mar. 2005.
- SANTOS, A. M. dos. *Obesidade infantil: a família com excesso de peso*. 2003. Dissertação (Mestrado em Serviço Social), Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.
- _____. *Sociedade do consumo: criança e propaganda, uma relação que dá peso*. 2007. Tese de Doutorado (Programa de Pós-Graduação em Serviço Social), Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2007.
- SANTOS, B. de S. *Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade*. São Paulo: Cortez, 1997.

¹ 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).

² O Conselho Nacional de Autorregulamentação Publicitária (CONAR) 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 apoiam o CONAR o fazem livremente, sem uma obrigação legal.

³ 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.

⁴ Emancipação Social – processo molecular de elevação da consciência crítica e do protagonismo social autônomo das classes subalternas. A elevação de uma situação de subalternidade à de protagonismo social (que desencadeia ações políticas de caráter crítico-democrático no espaço público) é o indicador de análise do desenvolvimento do processo de emancipação social vivido pelo grupo ou classe, sem perder de vista a proposição teleológica de um novo projeto ético-político e cultural de sociedade (LUIZ, 2009, p. 78).

⁵ Boaventura de Sousa Santos afirma que a cidadania: “[...] é constituída por diferentes tipos de direitos e instituições; é produto de histórias sociais diferenciadas protagonizadas por grupos sociais diferentes. Os direitos cívicos correspondem ao primeiro momento do desenvolvimento da cidadania; são os mais universais em termos de base social que atingem e apoiam-se nas instituições do direito moderno e do sistema judicial que o aplica. Os direitos políticos são mais tardios e de universalização mais difícil e traduzem-se institucionalmente nos parlamentos, nos sistemas eleitorais e nos sistemas políticos em geral. Por último, os direitos sociais só se desenvolvem no nosso século e, com plenitude, depois da Segunda Guerra Mundial; têm como referência social as classes trabalhadoras e são aplicados através de múltiplas instituições que, no conjunto, constituem o Estado-Providência” (SANTOS, 1997, p. 244).