



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL-MESTRADO**

MARIA ANGÉLICA CORREIA CRISPIM

**DETERMINAÇÕES DA OBESIDADE NA
POBREZA: REGÊNCIA DA ACUMULAÇÃO DO
CAPITAL**

Maceió

2010

MARIA ANGÉLICA CORREIA CRISPIM

**DETERMINAÇÕES DA OBESIDADE NA
POBREZA: REGÊNCIA DA ACUMULAÇÃO DO
CAPITAL**

Dissertação de mestrado apresentada à
Faculdade de Serviço Social da Universidade
Federal de Alagoas para a obtenção do título
de mestre em Serviço Social

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Valéria Costa
Correia

Maceió
2010

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico
Bibliotecária Responsável: Helena Cristina Pimentel do Vale

C932d Crispim, Maria Angélica Correia.
Determinações da obesidade na pobreza : regência da acumulação do capital / Maria Angélica Correia Crispim. – Maceió, 2010.
124 f.

Orientadora: Maria Valéria Costa Correia.
Dissertação (mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Alagoas. Faculdade de Serviço Social. Maceió, 2010.

Bibliografia: f. 111-121.
Anexo: f. 122-124.

1. Obesidade. 2. Pobreza. 3. Produção alimentícia. 4. Acumulação do capital. I. Título.

CDU: 364.144



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL-MESTRADO



FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL

Membros da Comissão Julgadora de Defesa da Dissertação de Mestrado de **Maria Angélica Correia Crispim**, intitulada **“DETERMINAÇÕES DA OBESIDADE NA POBREZA: REGÊNCIA DA ACUMULAÇÃO DO CAPITAL”**, apresentada ao programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Alagoas, em 12 de agosto de 2010, às 09h30min, na Sala dos Conselhos da Faculdade de Serviço Social (FSSO).

Profª Drª. Maria Valéria Costa Correia
Orientadora da FSSO - UFAL

Profª Drª. Gilmaísa Macedo da Costa
Convidada interna da FSSO – UFAL

Profª Drª. Sandra Mary Lima Vasconcelos
Examinador externo da FANUT/UFAL

Dedico este trabalho aos meus amados pais, Crispim e Marisa, sempre presentes em minha vida, meus maiores exemplos de ética, honestidade, dedicação e generosidade, e que não pouparam esforços no investimento da minha formação pessoal e intelectual. Muito obrigada pelos sábios ensinamentos e por tudo que vocês puderam me proporcionar.

Dedico-o, ainda, aos usuários do Programa de Cirurgia Bariátrica do Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes, que foram fonte de inspiração e estímulo para que eu pudesse perseguir o objeto desta pesquisa. Que este estudo possa contribuir para um entendimento da obesidade para além do aspecto saúde-doença.

AGRADECIMENTOS

A Deus, cuja presença transcende a razão e fortalece a alma;

Ao meu amor, Otávio, pela compreensão de tantas ausências, pela paciência, incentivo, companheirismo e serenidade nos vários momentos em que pensei não ser possível continuar;

À prof^a. Valéria Correia, que desde o início dessa caminhada me acolheu tão gentilmente, agradeço-lhe pela orientação, apoio e estímulo, fatores essenciais ao desenvolvimento deste trabalho;

À banca examinadora, prof^a. Gilmaísa M. da Costa e prof^a. Sandra Mary L. Vasconcelos, pelas contribuições, sugestões e discussões construtivas que se delinearão durante a qualificação desta dissertação;

À equipe do Programa de Cirurgia Bariátrica do Hospital Universitário/HUPAA, em especial, às amigas Alessandra Cansanção e Emília Wanderley, pelo carinho, disponibilidade e incentivo;

Às companheiras do Setor de Serviço Social/HUPAA, pelo apoio e solidariedade durante esses anos em que estive dedicada ao Mestrado; em especial, às queridas Rita e Valéria, que me acompanharam mais de perto nessa caminhada;

Às queridas amigas Patrícia, Aracy, Eunice, Sulamita, Sâmara, e Mônica, pela amizade incondicional, por entenderem minhas ausências e por tantas vezes trazerem alento ao meu coração;

À companheira Roseane Ribeiro, pelo carinho e solidariedade, e por assumir muitas vezes as minhas obrigações, amenizando as minhas preocupações;

À minha família – minhas irmãs, meus cunhados e meus adorados sobrinhos –, por estar sempre ao meu lado, vibrando com minhas conquistas, ajudando nos momentos de dúvidas e sendo um porto seguro nos momentos de desalento;

À prof^a. Vitória Régia, pelas traduções, e ao Sidney Wanderley, pela revisão criteriosa desta dissertação.

À Universidade Federal de Alagoas e ao Hospital Universitário Professor Alberto Antunes, pela oportunidade que me deram para a realização deste mestrado.

“A figura mais comum do pobre, [...] é a da criança esquelética, de barriga inchada, que a mídia divulga quando a fome se espalha num país.

Esta imagem não é falsa, mas não é a única [...]”.

(Salama; Destremau, 1999)

RESUMO

É comum associar a obesidade à abundância de alimentos e a pobreza à escassez de recursos. O aparente paradoxo entre obesidade e pobreza não encontra respaldo na realidade social brasileira, pois pesquisas evidenciam um aumento notável na incidência de sobrepeso e obesidade em populações socioeconomicamente mais pobres. Este trabalho tem como objeto de estudo a relação existente entre o fenômeno da obesidade na pobreza e os interesses do capital na contemporaneidade, e como objetivo geral analisar os determinantes econômicos e sociais da obesidade na pobreza, no contexto da lógica de acumulação do capital. Para o desenvolvimento da pesquisa, utilizou-se como recurso metodológico a pesquisa bibliográfica e a pesquisa documental, além de consultas dos resultados de estudos secundários na área. O estudo bibliográfico domina a investigação, promovendo a identificação dos autores contemporâneos e fornecendo os fundamentos teóricos necessários ao desvelamento dos traços constitutivos do objeto. A pesquisa documental baseou-se em recomendações, políticas e programas do governo brasileiro relacionados à obesidade; bem como nos documentos sobre ações propostas pela Organização Mundial de Saúde acerca da Segurança Alimentar e acordos agrícolas. A abordagem dessa temática partiu de autores que tratam a obesidade numa perspectiva plural, porém aportes teóricos mais amplos foram utilizados para análise do objeto de pesquisa em questão, recorrendo-se a autores de perspectiva teórico-crítica. Realizou-se, inicialmente, um estudo acerca da relevância da obesidade como problema social, o que resultou na compreensão de fatores que vão além do peso corporal físico e individual, ultrapassando a relação saúde-doença e seus aspectos genéticos e emocionais, no intuito de compreender com clareza questões históricas, culturais, sociais e políticas relacionadas à obesidade, resultado das transformações advindas do processo de acumulação do capital. Para qualificar a categoria pobreza recorreu-se ao entendimento de Marx sobre o problema do pauperismo, que está profundamente articulado às formas de superpopulação relativa ou exército industrial de reserva. Em seguida, foram identificadas tendências da produção alimentícia no capitalismo contemporâneo, considerando a relação entre a baixa qualidade nutricional dos alimentos e a lógica do lucro capitalista, bem como a influência dos acordos mundiais na produção de alimentos. Dessa forma, os resultados desta pesquisa permitem perceber que a obesidade em populações pauperizadas é um problema social crescente, sob a regência do capital e em prol dos seus interesses lucrativos, que se fazem presentes na definição e distribuição da produção de alimentos mundialmente.

Palavras-Chave: Obesidade. Pobreza. Produção Alimentícia. Acumulação do Capital.

ABSTRACT

It is a common thing to have either obesity associated to abundance of food or poverty to shortage of resources. This apparent paradox between obesity and poverty has no support within the Brazilian social reality in that surveys show a remarkable increase in the incidence of overweight and obesity among the social and economically poorest populations. The present work has as its object of study the relation between the phenomenon of obesity in poverty and the contemporary interests of capital, and as its general aim to analyze the social and economical indicators of obesity in poverty in the context of the logic of accumulation of capital. The methodology of the work grounded research on bibliography, documentary, and outcomes of secondary studies in the field. The research on bibliography data masters this investigation as it enables the identification of contemporary authors so that providing the necessary theoretical grounds in order to clarify the constitutive traits of the object. The documentary research is based on recommendations, policies and programs of the Brazilian government related to obesity, as well as on the documents on actions proposed by the World Health Organization on Food Security and agricultural agreements. Although the approach of the theme relied on the considerations of authors who address obesity in a plural view, broader theoretical material on a theoretical-critical view were searched to the analysis of the object of this work. Initially, a study on the relevance of obesity as a social problem was held, which resulted on the understanding of the factors beyond the physical and individual body weight, going either beyond the health-disease relation and its genetic-emotional aspects, in order to clearly understand the historical, cultural, social and political issues related to obesity as a result of the transformations coming from the accumulation of capital process. To specify the category *poverty*, studies on Marx were held on the problem of poverty-strickenness, which is deeply associated with the forms of relative superpopulation or industrial army of reserve. Next, tendencies of the food production in the contemporary capitalism were identified, considering the relation between the poor quality nutrition of food and the logic of the capitalist profit, as well as the influence of world agreements on the production of food. In this way, the results of this research allows us to realize that obesity in poverty-stricken populations is an increasing social problem under the regency of the capital and on behalf of its profitable interests present on the definition and distribution of the production of food worldwide.

Key words: Obesity. Poverty. Production of Food. Capital Accumulation.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABIA	Associação Brasileira de Defesa ao Consumidor
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AsA	Acordo sobre Agricultura
BM	Banco Mundial
CCI	Centro de Comércio Internacional
CGPAN	Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição
CONSEA	Conselho de Segurança Alimentar e Nutricional
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
ENDEF	Estudo Nacional de Despesas Familiares
EUA	Estados Unidos da América
FAO	Food and Agriculture Organization
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FMI	Fundo Monetário Internacional
GATT	<i>General Agreement on Trade and Tariffs</i> (Acordo Geral sobre Tarifas Aduaneiras e Comércio)
GM	Gabinete Ministerial
HUPAA	Hospital Universitário Professor Alberto Antunes
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corporal
INAN	Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
MARE	Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado
MS	Ministério da Saúde
OMC	Organização Mundial do Comércio
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas

PARA	Programa de Análise de Resíduos de Agrotóxicos em Alimentos
PIB	Produto Interno Bruto
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNSN	Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição
PND	Plano Nacional de Desenvolvimento
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
POF	Pesquisa de Orçamentos Familiares
PRONAN	Programa Nacional de Alimentação e Nutrição
PRO TESTE	Associação Brasileira de Defesa ao Consumidor
SCN	<i>Standing Committee on Nutrition</i> (Comitê Permanente de Nutrição das Nações Unidas)
SENAI	Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial
SESC	Serviço Social do Comércio
SESI	Serviço Social da Indústria
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SUS	Sistema Único de Saúde
UFAL	Universidade Federal de Alagoas
UNICEF	The United Nations Children's Fund
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	12
1 A RELEVÂNCIA DA OBESIDADE COMO PROBLEMA SOCIAL NO CONTEXTO ATUAL.....	19
1.1 Aspectos Históricos, Culturais e Sociais da Obesidade	19
1.2 O Crescimento da Obesidade no Contexto Atual	28
1.3 O Enfrentamento da Obesidade como Problema de Saúde Pública.....	33
1.3.1 Estado, Política Social e de Saúde	34
1.3.2 A Resposta do Estado Brasileiro à Problemática da Obesidade	39
1.4 A Obesidade como Fenômeno na Pobreza	52
2 DETERMINANTES DO AGRAVAMENTO DA OBESIDADE NA POBREZA NO CAPITALISMO CONTEMPORÂNEO	75
2.1 Tendências da Produção Alimentícia no Capitalismo Contemporâneo: Baixa Qualidade Nutricional X Lógica do Lucro	75
2.2 A Influência dos Acordos Mundiais na Produção de Alimentos	92
CONSIDERAÇÕES FINAIS	106
REFERÊNCIAS	111
ANEXO	122

INTRODUÇÃO

A proposta deste trabalho é fruto, inicialmente, de questionamentos e observações empíricas acumuladas ao longo de sete anos, desde 2002, da atuação profissional como assistente social do Programa de Cirurgia Bariátrica do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes/UFAL, em Maceió/AL, única referência estadual no tratamento cirúrgico da obesidade pelo Sistema Único de Saúde. Este Programa tem como usuários os obesos mórbidos¹ que têm indicação de cirurgia bariátrica².

Embora a etiologia da obesidade não esteja totalmente esclarecida, existe um consenso na literatura em concebê-la como doença complexa e multifatorial, portanto de difícil avaliação de cada um desses fatores e a análise de sua relação com a doença, como também a identificação de um fator isolado como sua causa.

A princípio, uma forma mais simples de perceber a obesidade é entendê-la como um desequilíbrio entre consumo alimentar e gasto energético. Sempre que o consumo é maior do que o gasto ocorre depósito na forma de gordura, e o excesso de gordura caracterizaria a obesidade. Se a equação final é de simples visualização, não se pode dizer o mesmo dos caminhos para se chegar a ela³.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005), mais de dois bilhões de pessoas acima de 15 anos de idade apresentam excesso de peso e, dentre essas, há 400 milhões de obesos. Ter um IMC acima do ideal contribui para 58% dos diabetes, 21% das cardiopatias isquêmicas e entre 8% e 42% de determinados tipos de câncer, como os de mama, cólon, próstata, endométrio, rins e

¹ De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1997, a classificação do Índice de Massa Corpórea – IMC (calculado pela divisão do valor da massa corporal, em quilogramas, pela estatura ao quadrado, em metros), em grupos de indivíduos, dá-se nas seguintes categorias: “pré-obesidade” para a faixa de IMC compreendida entre 25 e 30 kg/m² e obesidade (em três níveis) para os valores acima de 30 kg/m², sendo dividida em obesidade grau I (30,0 – 34,9); obesidade grau II (35,0 - 39,9) e obesidade grau III (igual ou maior a 40). Este último grau de obesidade é denominado obesidade mórbida (ANJOS, 2006).

² A cirurgia bariátrica (gastroplastia redutora) consiste na redução do tamanho do estômago, diminuindo a capacidade que o organismo tem de absorver os alimentos. Ocorre uma mudança radical e redução na ingestão calórica, proporcionando a perda de peso. O tratamento cirúrgico surge como uma alternativa para grande parcela dos obesos graves, frustrada com os resultados insatisfatórios obtidos através dos tratamentos conservadores (dietéticos e farmacológicos), sendo necessário o acompanhamento sistemático com equipe multiprofissional no período que antecede a cirurgia e no pós-operatório.

³ Cf. SICHIERI, 1998.

vesícula biliar. Aproximadamente, 90% das pessoas com diabetes tipo 2 são obesas ou têm excesso de peso. A OMS adverte ainda que a quantidade de pessoas com obesidade ou sobrepeso poderá aumentar 50% até o ano 2015 se a tendência atual persistir, o que elevará o risco de doenças cardiovasculares. O sobrepeso e a obesidade são importantes fatores de risco para doenças cardiovasculares, que constituem a primeira causa de morte no mundo (17 milhões de óbitos por ano)⁴.

Por conseguinte, a obesidade mórbida tem despertado um maior interesse dos governantes no que concerne à elaboração de políticas públicas, entre outros fatores, pelas implicações que esse grau da doença tem trazido aos cofres públicos. O tratamento cirúrgico da obesidade é desenvolvido pelo Sistema Único de Saúde (SUS), com base na portaria nº. 628/GM, de 26 de abril de 2001. No entanto, além da observação empírica, constatam-se diariamente, através dos meios de telecomunicações, as longas e desumanas filas de espera às quais os usuários precisam submeter-se para ter acesso à mencionada cirurgia. Muitos morrem antes mesmo de realizar o cadastro no programa.

Entre outras dificuldades enfrentadas pelas pessoas com obesidade, podem-se destacar: os altos preços das frutas e vegetais, como também de outros alimentos com alta qualidade nutricional, tornando-se os alimentos inacessíveis a grande parte dos obesos; a inexistência ou pouca eficácia dos mecanismos de regulação à indústria alimentar, que oferece alimentos dotados de alta concentração de energia (ricos em gorduras e açúcares), mas deficientes em outros nutrientes essenciais; em contrapartida, os alimentos disponíveis mais facilmente à população de baixa renda são aqueles produtos comercializados em massa, não diferenciados e baratos⁵. É importante considerar que o alto preço dos alimentos saudáveis (frutas e verduras) não determina por si só o consumo ou não desses produtos; o conteúdo cultural nas escolhas alimentares bem como a influência da indústria midiática nos padrões de consumo da sociedade devem ser avaliados na análise dessa situação.

⁴ Dados retirados Especial Cidadania: dicas de saúde publicadas no Jornal do Senado. – Brasília: Senado Federal, 2005.

⁵ Cf. ANJOS, 2006.

Conforme o Ministério da Saúde, baseado nas últimas pesquisas, a fome deixou de ser o grande problema de saúde pública do Brasil na área alimentar; atualmente, a obesidade preocupa mais que a desnutrição⁶. Os gastos sociais e públicos com a obesidade vêm se apresentando também de forma preocupante, em um ritmo acelerado em todo o mundo.

O impacto de excesso de peso na saúde dos indivíduos tem sido amplamente demonstrado nas produções científicas. O aumento da prevalência de obesidade nas populações mais pobres tem sido alvo de questionamentos e reflexões, pois sempre se associa obesidade à abundância de alimentos, e pobreza à escassez de recursos. O aparente paradoxo entre obesidade e pobreza não encontra consonância com a realidade social brasileira, quando pesquisas⁷ evidenciam um aumento notável na incidência de sobrepeso e obesidade em populações socioeconômicas mais pobres.

Outrossim, algumas indagações foram suscitadas no decorrer da formação desse objeto de estudo, dentre elas: quais seriam os determinantes econômicos e sociais da obesidade na pobreza? Existiria relação entre o fenômeno da obesidade na pobreza e os interesses mercantis/lucrativos do capital na contemporaneidade? Como a regência da acumulação do capital influencia no fenômeno da obesidade na pobreza?.

A partir dessas questões foi definido como objeto de estudo a relação existente entre o fenômeno da obesidade na pobreza e os interesses do capital na contemporaneidade. Para compreender o significado da categoria pobreza e situá-la na discussão dessa temática foi necessário recorrer a Marx, em sua apreensão da essência do capitalismo, que irá revelar o real problema do novo pauperismo na

⁶ No ano de 2005, durante a 32ª Sessão do Comitê Permanente de Nutrição das Nações Unidas (SCN), em Brasília, houve uma discussão importante que reafirmou a relação entre o problema da obesidade e a má alimentação durante a infância. Durante os debates, os especialistas reforçaram que a criança que sofre de desnutrição, desde o ventre até os dois anos, tem o seu metabolismo afetado. Essa disfunção pode fazer com que no futuro essa criança tenha tendência a desenvolver a obesidade (Disponível em: www.portal.saude.gov.br. Acesso em: em 5 jun.2007).

⁷ Segundo o IBGE (2004), na evolução do estado nutricional da população adulta brasileira nos inquéritos nacionais realizados entre 1975 e 2003, pode-se notar que a prevalência de sobrepeso continuou a aumentar em homens e em mulheres; houve uma estabilização nas prevalências de obesidade encontrada para mulheres do Sudeste, Sul e Centro-Oeste. Já na região Nordeste, há aumento na prevalência do sobrepeso e da obesidade. Tomando-se o Brasil como um todo, o aumento nas prevalências dessas duas categorias só ocorreu nas mulheres mais pobres, nas famílias com rendimento mensal até meio salário-mínimo por pessoa (ANJOS, 2006).

desigualdade de classes e suas raízes materiais enquanto decorrência da Lei Geral de Acumulação Capitalista.

Delimitou-se como objetivo geral analisar os determinantes econômicos e sociais da obesidade na pobreza, no contexto da lógica de acumulação do capital; e três objetivos específicos: identificar os fatores econômicos e sociais que influenciam no desenvolvimento da obesidade na pobreza; investigar a relação entre o fenômeno da obesidade na pobreza e a lógica mercantil de acumulação do capital na contemporaneidade; e verificar como a regência da acumulação do capital influencia no desenvolvimento da obesidade na pobreza.

Destarte, a realização deste estudo pretende contribuir na ampliação do debate sobre a obesidade como reflexo do processo de reprodução social e do desenvolvimento do capital, considerando a restrita produção bibliográfica, ou mesmo, a raridade de pesquisas com essa temática, constituindo assim um acréscimo aos estudos nessa área, ampliando o referencial teórico-conceitual a respeito dessa temática e desvelando questões relacionadas ao tratamento da obesidade como problema social na pobreza.

Ressalta-se que os resultados desta pesquisa poderão contribuir na discussão acerca da desmistificação das ideologias e facetas da reprodução do capital no que concerne aos lucros com essa doença, proporcionando uma perspectiva crítica dos aspectos socioeconômicos e culturais relacionados à obesidade

Para alcançar os objetivos propostos, utilizou-se a pesquisa bibliográfica e documental, consultando também os resultados de estudos secundários⁸ na área.

As fontes bibliográficas foram tomadas como base para análise das diversas posições em torno da problemática, abrangendo o estudo sobre enfrentamento da obesidade como problema de Saúde Pública e como fenômeno na pobreza. Para tanto, foram colhidos em vários autores elementos expressivos para a análise do

⁸ Entende-se por estudos secundários a condução de estudos que visem identificar, avaliar e interpretar todos os resultados relevantes a um determinado tópico de pesquisa, fenômeno de interesse ou questão de pesquisa (KITCHENHAM, 2004 apud MAFRA; TRAVASSOS, 2006).

fenômeno em pauta. Considerando a inexistência de uma perspectiva crítica na abordagem dessa temática, partiu-se dos autores que tratam a obesidade numa perspectiva plural. Entretanto, buscaram-se aportes teóricos mais amplos para análise do objeto de pesquisa em questão, recorrendo-se a autores de perspectiva teórico-crítica, tais como: Marx, Mandel e Chesnais.

A pesquisa bibliográfica teve ainda como referência trabalhos, dissertações, teses, resultados de estudos e análises na área da conjuntura macroeconômica e dos caminhos trilhados pelo capital, especificamente, no campo da saúde, e no agravamento da obesidade na pobreza no capitalismo contemporâneo. Outrossim, enfocou-se a maneira como as políticas definidas pelos organismos financeiros internacionais interferem no tratamento da obesidade hoje. Dessa forma, o estudo bibliográfico domina a investigação, promovendo a identificação dos autores contemporâneos e fornecendo os fundamentos teóricos necessários ao desvelamento dos traços constitutivos do objeto.

A pesquisa documental foi de grande relevância para o estudo – recomendações, políticas e programas do governo brasileiro, relacionados à obesidade; bem como os documentos sobre ações propostas pela Organização Mundial de Saúde acerca da Segurança Alimentar; acordos agrícolas que determinam as regras do mercado mundial acerca da produção e comercialização de produtos; e alguns documentos importantes relacionados às negociações comerciais da Organização Mundial do Comércio.

No que concerne aos estudos secundários usaram-se como referência os dados e percentuais fornecidos pela Organização Mundial da Saúde, Ministério da Saúde do Brasil, os três grandes inquéritos nutricionais brasileiros – Estudo Nacional de Despesas Familiares/ENDEF (1975), Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição/PNSN (1989) e Pesquisa de Orçamentos Familiares/POF (2002/2003) - realizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Associação Brasileira das Indústrias da Alimentação – ABIA (2009), Associação Brasileira de Defesa ao Consumidor, e outras pesquisas, como a VIGITEL, que se fizeram importantes para o desenvolvimento deste estudo.

Nessa direção, esta dissertação foi estruturada em duas seções: a seção I representa o ponto de partida do estudo, onde se fundamentou a relevância dessa temática, desenvolvendo uma análise da obesidade nos seus aspectos históricos, culturais e sociais – aspectos estes que influenciaram na forma como se tem concebido a obesidade ao longo do tempo; posteriormente, serão apresentados dados epidemiológicos que evidenciam o crescimento da obesidade no contexto atual; na seqüência, será abordado o enfrentamento da obesidade como problema de saúde pública, direcionando o estudo ao cenário nacional, enfatizando as questões que perpassam a Política de Saúde na sociedade brasileira contemporânea, o SUS e a sua crise, bem como a influência do neoliberalismo nesse processo, descortinando assim as formas de acesso dos usuários obesos às políticas e serviços públicos, bem assim a resposta do Estado brasileiro à problemática da obesidade.

Ainda na referida seção, haverá o enfoque da obesidade como fenômeno na pobreza, refletindo acerca do aumento significativo na incidência de sobrepeso e obesidade em populações socioeconômicas mais pobres, e a relação contraditória entre os altos níveis de miséria e fome no Brasil e no mundo, com o crescimento da obesidade. O entendimento da pobreza está associado à totalidade histórica da realidade, pautado na contradição existente no sistema capitalista, e na sua incapacidade de redistribuir adequadamente o excedente econômico gerado, congregando ao mesmo tempo, oásis de riqueza e bolsões de pobreza em uma sociedade cada vez mais desigual. A concepção de pobreza em Marx vem subsidiar este estudo à medida que o problema do pauperismo se faz presente enquanto decorrência da lei geral de acumulação capitalista. Assim, todos os mencionados itens serão de grande importância para analisarmos a relevância da obesidade como problema social no contexto atual.

Na Seção 2 serão identificadas tendências da produção alimentícia no capitalismo contemporâneo, enfocando a relação entre a baixa qualidade nutricional dos alimentos e a lógica do lucro capitalista; dando continuidade, tratar-se-á da influência dos acordos mundiais na produção de alimentos. A compreensão dessa seção será fundamental para que se entenda a relação entre o fenômeno da

obesidade na pobreza e os interesses do capital em busca do lucro na contemporaneidade.

1 A RELEVÂNCIA DA OBESIDADE COMO PROBLEMA SOCIAL NO CONTEXTO ATUAL

O estudo da obesidade enquanto problema social tem sido subestimado nas reflexões acerca dessa doença. Quando se estuda a obesidade, a tendência é pensar apenas sob a ótica da doença crônica e suas comorbidades (doenças associadas à obesidade), e muito raramente se faz uma relação da doença com o processo de reprodução do capital e o desenvolvimento do sistema capitalista.

A presente seção tem o propósito de tratar a obesidade no aspecto social, o que significa a compreensão de fatores que vão além do peso corporal físico e individual, ultrapassando a relação saúde-doença e seus aspectos genéticos e emocionais, tendo em vista compreender com clareza questões históricas, culturais, sociais e políticas relacionadas à obesidade, resultado das transformações advindas do processo de acumulação do capital.

Serão abordados aspectos históricos, culturais e sociais da obesidade – com o intuito de entender a complexidade dessa doença, possibilitando uma compreensão da totalidade social que envolve a pessoa com obesidade.

Os elevados índices de obesidade chamam atenção para um importante problema de saúde pública, que demanda compreender com clareza o alcance da discriminação, preconceito e proteção social em relação a esse segmento. Assim, no presente estudo, foi desenvolvida uma análise de como o poder público vem respondendo à problemática da obesidade no Brasil. Para tal, fez-se necessário refletir sobre a política de saúde brasileira e o SUS (Sistema Único de Saúde).

Por conseguinte, não se poderia deixar de apresentar pontos esclarecedores sobre o fenômeno da obesidade na pobreza, realidade que tem suscitado inúmeros questionamentos e escassa produção científica.

1.1 Aspectos Históricos, Culturais E Sociais da Obesidade

Para compreender o crescimento e avanço da obesidade hoje, faz-se necessário considerar os aspectos históricos, culturais e sociais que influenciaram na forma como se tem concebido a obesidade ao longo do tempo.

Na Pré-história, a escassez de alimentos era comum; os homens naquele período eram nômades, ou seja, se deslocavam constantemente de um local para outro em busca de água e alimentos, uma vez que havia grande dificuldade para conseguir alimentos e mais ainda para estocá-los; o que se produzia destinava-se à sobrevivência do grupo. Sendo assim, a própria natureza encarregou-se de dotar o corpo humano de um mecanismo para armazenar energia. Esse mecanismo consistia em impulsionar o homem, por meio da fome, a ingerir uma grande quantidade de calorias, levando o seu organismo a transformar o excesso em gordura, armazenando-a para os períodos de carência de alimentos.

No entanto, com a evolução da agricultura e da indústria de alimentos, especificamente após a Revolução Industrial, a obesidade tornou-se um fenômeno social. Com a disponibilidade de alimento⁹, as pessoas passaram a comer bem mais do que o necessário¹⁰. Durante muito tempo na história da humanidade, o ganho de peso e o acúmulo de gordura eram considerados prenúncios de saúde e prosperidade. O excesso de peso e a obesidade fizeram parte dos padrões de beleza da sociedade no decorrer dos anos.

Na Pré-história, mulheres com seios fartos e ancas bem definidas tinham a preferência masculina. Suas formas mostravam que eram bem alimentadas e capazes de gerar filhos saudáveis¹¹. Os artistas do paleolítico superior realizaram trabalhos em escultura onde predominavam figuras femininas, com a cabeça surgindo como prolongamento do pescoço, seios volumosos, ventre saltado e grandes nádegas. Destaca-se a estatueta da Vênus de Willendorf (25.000 a 20.000 a.C. - escultura mais antiga de que se tem conhecimento), com seus traços volumosos, que era símbolo de fertilidade e maternidade¹²; quanto mais volumosa era a mulher, mais fértil e mais atraente era considerada. Várias foram as deusas e as figuras míticas representantes da fertilidade e agricultura, que continuaram a ser cultuadas na Antiguidade e admiradas por seus seios, quadris e coxas obesos¹³.

⁹ A relação entre escassez e abundância será aprofundada no subitem 1.4 deste trabalho.

¹⁰ Cf. FÉLIPPE, 2004.

¹¹ MARMO, A. Corpo feminino ideal. **Aventuras na História**. 2007. Disponível em: <<http://historia.abril.com.br/comportamento/corpo-feminino-ideal-435353.shtml>>. Acesso em: 10 abr 2010.

¹² Cf. MARTINS; IMBROISI, 2005.

¹³ Cf. SOBREIRA, 2009.

Até a Idade Média, durante os grandes períodos de miséria e fome, as mulheres que sobreviviam à gestação costumavam ser aquelas que tinham reservas adiposas para garantir o seu sustento e o do bebê. Diante disso, as mulheres obesas eram vistas como modelo ideal para perpetuação da espécie, no entendimento dos homens¹⁴. A Idade Média é ainda conhecida como um período em que toda e qualquer preocupação com o corpo era proibida. Pellegrini (2004) comenta que o homem medieval era extremamente contido, e seus impulsos individuais eram proibidos. A presença da instituição religiosa limitava qualquer manifestação mais criativa. A moral cristã tolhia qualquer tipo de prática corporal que visasse ao culto do corpo.

O Renascimento foi um período em que as mulheres das classes dominantes se distinguiram das que lhes eram socialmente inferiores pelas suas formas mais nutridas. A opulência, até então sinônimo de saúde, virou moda depois de a peste negra ter eliminado quase dois terços da população europeia no fim da Idade Média. O corpo e a beleza física ganharam importância histórica a partir do final da Idade Média com o Renascimento. Nos finais do século XV e durante o século XVI, o padrão estético estava relacionado a um modelo de beleza feminina mais roliça, de ancas largas e seios generosos, que se iria manter até finais do século XVIII¹⁵.

No entanto, não se pode deixar de ressaltar que já no século XVII, a partir do Barroco, o ideal de beleza feminina foi exigindo formas frágeis. A cintura, considerada o maior objeto de desejo, foi afinando cada vez mais à custa de espartilho e até de cirurgia para remoção da última costela. No fim do século XIX, o corpo perfeito tinha cintura de 40 cm¹⁶. Conforme Teixeira (2006), a magreza só se estabeleceu efetivamente como padrão de beleza na virada do século XIX para o XX – na mesma época em que as mulheres se libertavam do sufocante espartilho e as roupas começavam a exibir as verdadeiras formas do corpo. Pellegrini (2004) observa que na lógica de produção capitalista o corpo mostrou-se tanto oprimido quanto manipulável sendo percebido como uma “máquina” de acúmulo de capital.

¹⁴ Cf. PELEGRINI, 2004.

¹⁵ PARISOTTO, 2009. As Vênus do Renascimento. Disponível em: <http://www.uel.br/eventos/eneimagem/anais/trabalhos/pdf/Parisotto_Giovanna%20Chaves.pdf>. Acesso em: 14 abr 2010.

¹⁶ MARMO, A. Corpo feminino ideal. **Aventuras na História**. 2007. Disponível em: <<http://historia.abril.com.br/comportamento/corpo-feminino-ideal-435353.shtml>>. Acesso em: 10 abr 2010.

No século XX houve uma grande mudança nos padrões de beleza, principiada por parte da classe média americana e francesa, cultuando a magreza. O emagrecimento era visto como representação de aceitação e prestígio. Stenzel (2003) refere-se ao ano de 1890 como o início das mudanças nos padrões estéticos. Até aquela data, as mulheres com corpos arredondados eram apresentadas como exemplos de beleza e valorização feminina, mas a partir de então, a obesidade começou a ser alvo de preocupação e discriminação.

No final do século XX foram muitas as transformações sociais ocorridas no cenário mundial – a tecnologia em avanço constante, e um mundo com capacidade de produzir bens e serviços em grande variedade; a revolução nos transportes e nas comunicações, que diminuiu as distâncias; a globalização das economias, com predomínio das grandes empresas multinacionais; a economia cada vez mais dominada pelas grandes corporações etc. Tudo isso provocava mudanças profundas nos relacionamentos pessoais e a desintegração dos velhos padrões de relacionamento social humano¹⁷.

Hobsbawm (1995?)¹⁸ afirma ainda sobre aquele período, que havia

[...] além das incertezas da economia e da política mundial, uma crise social e ética. Uma crise de crenças, uma crise de teorias humanistas, uma crise de todas as formas de organizar as sociedades. Perdemos nossas referências, não sabemos para onde vamos. As novas gerações perdidas, à deriva.

Nas últimas décadas do século XX assistiu-se à crise do capitalismo monopolista e à forte recessão da economia capitalista internacional; um novo padrão de acumulação surge como resposta do capital a sua crise, baseado na desregulação estatal via privatizações, redução de direitos sociais e trabalhistas, cortes nas políticas de proteção social e o aprofundamento da liberdade do mercado – com o corte do pacto social-democrata e do Estado intervencionista¹⁹.

As grandes mudanças ocorridas nesse período aconteceram no campo socioeconômico e político, bem como no campo da cultura, da ciência e da

¹⁷ Cf. HOBBSAWM, 1995.

¹⁸ HOBBSAWM, E. **As grandes transformações do Século XX** [1995?] Disponível em: <http://cesarmangolin.files.wordpress.com/2010/02/hobsbawm-a-era-dos-extremos.pdf>. Acesso em: 2 mar. 2010.

¹⁹ Cf. CORREIA, 2006.

tecnologia. Tais mudanças também refletiram na desintegração dos antigos padrões de relacionamento social, provocando mudanças. O individualismo burguês exacerbado, a busca apenas da própria satisfação (o prazer, o lucro etc.), o acolhimento a outras culturas e, conseqüentemente, os novos produtos que advêm da abertura de fronteiras, entre outras ocorrências, têm ressonância na forma como homens e mulheres se relacionam com os alimentos.

De um lado, os benefícios que a globalização das comunicações, da cultura e da tecnologia traz à sociedade, permitindo no dia a dia uma integração jamais vista de pontos distantes do planeta; do outro lado, a mundialização da economia traz a lógica imperativa dos mercados - a esfera financeira é quem determina a repartição e a destinação social da riqueza gerada na produção. O poder do capital financeiro é propalado pelos Estados mais poderosos do mundo e pelas instituições financeiras internacionais.

A obesidade envolve múltiplos fatores - mesmo que este trabalho considere a primazia do aspecto econômico, não se pode negar a importância dos fatores culturais e sociais juntamente com a transição nutricional²⁰ global, que estão impulsionando a epidemia da obesidade. As práticas alimentares envolvem não somente a seleção, o preparo e o consumo dos alimentos; elas são determinadas por influências culturais, pelo modo de vida, pela introdução de novos alimentos à dieta habitual, através dos meios de comunicação, associadas a fatores econômicos e sociais, e por regras que são impostas pelo processo de “globalização”, que em prol do crescimento econômico e da “modernização”, impõem seus ditames na cultura alimentar da população mundial.

Willians (1997 apud Fernandes 2008) defende que

[...] são inúmeras as razões que envolvem a escolha de alimentos, entretanto estas escolhas são permeadas pelo poder aquisitivo dos segmentos sociais e por oscilações entre aquilo que é ditado pela cultura e aquilo que é entendido como saudável. Os hábitos alimentares baseiam-se inicialmente, na disponibilidade alimentar, na

²⁰ Processo que se caracteriza pela “substituição do consumo de alimentos tradicionais, *in natura*, por alimentos altamente processados, produzidos por grandes indústrias de alimentos, boa parte deles de alta densidade energética e pobres em nutrientes” (MONTEIRO apud DE LAVOR, 2007).

economia e nas crenças e significados que cada pessoa confere aos alimentos.

A “globalização” alimentar cresce rapidamente no Brasil através da chamada *junk food*²¹, os lanches e outros alimentos rápidos. Os *fast food*²² representam uma alternativa rápida de refeição, no entanto, na maior parte das vezes com carência de nutrientes. Carneiro (2005, p. 75) define bem o fenômeno dos *fast food* quando afirma que:

Vários analistas têm identificado uma corrosão dos hábitos alimentares familiares, como as refeições partilhadas, o que leva à substituição da alimentação em casa pelos sistemas de restaurantes ou lanchonetes. A expansão da lanchonete, especialmente de algumas cadeias construídas sobre certas marcas, traz consigo um sistema alimentar específico baseado na substituição dos carboidratos complexos (cereais, amidos) por carboidratos simples (açúcares e gorduras), com conseqüências daninhas para a saúde pública e para a ecologia global.

Peña e Bacallao (2006) relatam que o processo de aculturação – como consequência da relação com padrões culturais de países desenvolvidos - na América Latina, durante todo o século XX, adotou certas particularidades em decorrência dos rápidos avanços na ciência e nas comunicações. Segundo os autores:

Esta aculturação à distância, manipulada habilidosamente pela indústria do consumidor, tende a despertar nas pessoas a necessidade de incorporar alguns elementos da imagem projetada e as leva a adotar hábitos e estilos de vida impróprios (PEÑA; BACALLAO, 2006, p. 9) .

É nesse contexto que a obesidade tornou-se uma preocupação e passa a ser vista de forma negativa – as pessoas começaram a se preocupar com a forma do seu corpo, com seu peso e com a escolha do que comer. Existe nos novos tempos um verdadeiro culto às dietas, exercício físico, fórmulas que adiem o envelhecimento [...]. “Pode-se dizer que a mídia, a publicidade e a indústria do emagrecimento são precursores do culto à magreza” (KILBOURNE apud STENZEL, 2003, p. 42), e por que não dizer, da forma agressiva com que a obesidade muitas vezes é abordada.

²¹ Expressão pejorativa (“comida lixo”) para designar os alimentos com alto teor de gordura e baixo valor nutricional.

²² Mais adiante será tratado este segmento do setor de alimentação.

Pode-se afirmar que a relação intrínseca e contraditória entre a lógica do mundo capitalista e o fenômeno da obesidade é cada vez mais evidente. Uma das principais causas para o crescimento da obesidade no Brasil é a “americanização” dos hábitos alimentares, que vem sendo absorvida por uma cultura, cujos “*nutrientes econômicos*” são mais valorizados que o cuidado com a nutrição e a saúde²³. Mesmo difundindo-se a ideia de que a modernidade e a pós-modernidade permitem a pluralidade de escolhas, os padrões de estilo de vida não são tão amplos como se propala, considerando que a oferta de estilos de vida é cada vez mais padronizada²⁴.

Dessa forma, aqueles que não seguem os estilos de vida padronizados, estão à margem da sociedade, por serem “diferentes”, sendo rechaçados e desprezados no convívio social. Estudo publicado no periódico americano "*New England Journal of Medicine*" e noticiado com destaque na imprensa mundial, de alguma forma reforça a exclusão e preconceito contra a pessoa obesa, quando sugere que a obesidade é uma doença transmissível, contagiosa²⁵.

É evidente que se sabe dos riscos à saúde que a pessoa com obesidade carrega sobre si, enquanto doença que tem levado milhões de pessoas à morte, juntamente com outras doenças associadas. No entanto, o fenômeno da obesidade tem outros aspectos a considerar, que vão além da relação saúde/doença. Na contemporaneidade, o corpo está em evidência, está em moda; existe uma pressão comercial intensa obrigando mulheres e homens a seguir um padrão de beleza. O valor cultural da magreza é revestido de representações, provocando uma busca desenfreada por um modelo estético a ser seguido, o que vem criando ambientes favorecedores para o desenvolvimento dos transtornos alimentares²⁶.

A obesidade não é classificada como um transtorno psiquiátrico²⁷. O indivíduo obeso parece ter uma morbidade psiquiátrica próxima da população em geral, não evidenciando um tipo de personalidade típica do obeso²⁸. Entretanto, nas pessoas

²³ Cf. GASPAR, 2003.

²⁴ Cf. MITJAVILA; JESUS, 2004.

²⁵ FIRMINO, 2007.

²⁶ A obesidade difere dos Transtornos Alimentares, pois não é considerada uma patologia psiquiátrica *per se*, por estar intensamente ligada a causas orgânicas.

²⁷ Cf. SEGAL; CARDEAL; CORDÁS, 2002.

²⁸ Cf. SUPLICY, 2002.

obesas que procuram tratamento, existe uma prevalência de sintomas psicológicos, tais como sintomas depressivos, ansiosos e alimentares²⁹. Em decorrência disso, os obesos são submetidos a uma pressão psicológica importante e passam a ter perturbações específicas da obesidade, como os transtornos da imagem corporal³⁰³¹. Assim, a obesidade, longe de ser uma “fraqueza de caráter”, é uma doença que afeta o homem nos seus aspectos físico, psíquico e social.

A sociedade constantemente discrimina a pessoa obesa, como se ela fosse a única responsável por seu estado. Os níveis de discriminação e preconceito contra esse segmento social apresentam-se como uma das formas perversas das contradições existentes no desenvolvimento da sociedade capitalista; sociedade esta contraditória por natureza, que ora estimula o consumo crescente de novos produtos alimentícios não essenciais, ora relega à sátira social e sofrimento psicológico aqueles que não estão dentro dos padrões estéticos ditados pelo capital. A discriminação contra pessoas obesas dá-se de forma tão generalizada quanto o preconceito. Estatísticas mostraram que as pessoas obesas cursam um menor número de anos na escola, têm menor chance de ser aceitas em escolas e, posteriormente, em empregos mais concorridos, têm salários mais baixos, e menor chance de desenvolver um relacionamento afetivo estável³².

Recentemente, uma companhia aérea norte-americana determinou que o passageiro obeso que não couber, confortavelmente, num assento normal terá de pagar por dois lugares ou optar por um bilhete na classe executiva – isto quando não houver dois assentos juntos e vagos para acomodar o viajante³³. Outro exemplo do descaso e discriminação aos obesos diz respeito à impossibilidade de realizar

²⁹ Cf. SEGAL; FANDIÑO, 2002.

³⁰ A distorção da imagem corporal (DIC) pode ser definida como “preocupação exacerbada com o excesso de peso, freqüentemente causando a exclusão de qualquer outra característica pessoal e avaliação do corpo como sendo grotesco e até repugnante, com a conseqüente sensação de que as demais pessoas só podem olhar para ele/ela com horror ou desprezo” (STUNKARD; MENDELSON apud SEGAL; CARDEAL; CÔRDAS, 2002).

³¹ Cf. SUPLICY, 2002.

³² LAURENT-JACCARD et al. (apud SEGAL, CARDEAL; CÔRDAS, 2002)

³³ ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA Empresa área penaliza passageiros obesos 2009. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br/lenoticia/257/empresa-aerea-penaliza-passageiros-obesos.shtml>>. Acesso em: 4 abr. 2010.

alguns exames médicos (como tomografia) ou os exames perderem a exatidão diagnóstica em obesos.

De acordo com Dr. Marcio Mancini (2009), presidente da Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO),

[...] sem dúvida, existe um problema eminentemente 'físico' com os grandes obesos, mas alerta que mais problemático que o assento do avião é a impossibilidade de realizar alguns exames médicos (como tomografia) ou os exames perderem a exatidão diagnóstica em obesos (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA, 2009).

Ainda acerca dos densitômetros, ele comenta que

[...] são calibrados para a avaliação de pacientes com até 125 kg e/ou 28-30 cm de diâmetro sagital abdominal, o que exclui os indivíduos com obesidade severa. O exame de composição corporal, portanto, não pode ser realizado em pacientes com obesidade mórbida. Os aparelhos utilizados em Medicina Nuclear são desenhados para pacientes com peso não superior a 150 kg. Aparelhos de Raios-X também não apresentam bom resultado nesta população, enquanto os de aferição da pressão arterial comumente não têm a braçadeira adequada à circunferência do paciente obeso. Ou seja, são múltiplos os obstáculos que estes pacientes ainda têm que enfrentar (MANCINI, 2001, p. 599).

Ao lançar uma análise das questões relacionadas à obesidade, pode-se afirmar que a obesidade demanda uma compreensão de aspectos complexos, em que as questões políticas e econômicas extrapolam o significado do peso corporal físico e individual. O peso social da obesidade diz respeito à relação entre as pessoas, envolve estigmas, discriminação, preconceito, na produção e reprodução dos indivíduos. O social envolve ainda a rede de relações do indivíduo em relação ao mundo e aos outros, relações de trabalho, familiares, comunitárias, estendendo-se a prazeres e lazeres³⁴.

As medidas e ações pontuais em relação à obesidade no Brasil reafirmam a desvalorização das políticas sociais relacionadas a esse segmento de classe. Tais políticas, que serão tratadas mais adiante, encontram-se fragmentadas e subordinadas à lógica econômica, negligenciando a dimensão social e política dessa doença, e conseqüentemente, agravando as condições de saúde de grande parte da

³⁴ Cf. FELLIPE, 2004.

população brasileira que se encontra vulnerável às investidas das grandes multinacionais e indústrias alimentares³⁵.

1.2 O Crescimento da Obesidade no Contexto Atual

A obesidade é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma doença caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal que traz repercussões à saúde. A obesidade é um problema de alta magnitude, cuja velocidade de evolução em vários países do mundo tem sido definida como uma pandemia³⁶, atingindo tanto países desenvolvidos como em desenvolvimento, inclusive o Brasil³⁷. Embora a etiologia da obesidade não esteja totalmente esclarecida, existe um consenso na literatura em concebê-la como doença complexa e multifatorial, portanto de difícil avaliação, considerando que vários fatores atuam em conjunto na determinação clínica da doença. Existem causas de natureza emocional, cultural, genética e endócrina, o que a torna uma doença de causa multifatorial³⁸. A OMS afirma ser a obesidade um reflexo da interação entre fatores dietéticos e ambientais, com uma predisposição genética, na maioria das vezes. Estilo de vida sedentário e o consumo de dietas inapropriadas são dois dos principais fatores determinantes³⁹.

Em estudos epidemiológicos, o diagnóstico da obesidade é feito a partir do Índice de Massa Corporal – IMC, obtido pela divisão entre o peso (medido em quilogramas) e o quadrado da altura (medida em metros) (WORD HEALTH ORGANIZATION, 2000). De acordo com a ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1998), cujas recomendações também são reconhecidas pelo Consenso Latino-Americano de Obesidade (1998) e pelo Ministério da Saúde (1999), são considerados três níveis de classificação: obesidade classe I - IMC 30,00 a 34,99 kg/m²; obesidade classe II - IMC 35,00 a 39,99 kg/m²; obesidade classe III - IMC ≥

³⁵ De acordo com a portaria nº. 710, de 10/6/99, que aprova a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, no Brasil, conta-se atualmente com cerca de 100 mil produtos alimentícios e 20 mil empresas cadastradas. Registra-se também, um fluxo crescente de alimentos importados, que requer uma complexa ação da vigilância sanitária. Disponível em: <<http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=91>>. Acesso em: 13 jun. 2007.

³⁶ A pandemia é uma epidemia que atinge grandes proporções, podendo se espalhar por um ou mais continentes ou por todo o mundo, causando inúmeras mortes ou destruindo cidades e regiões inteiras.

³⁷ Cf. BRASIL, 2006.

³⁸ Cf. CUPPARI, 2002.

³⁹ MONTEIRO; CONDE; POPINK, 2004; SICHIERI, 2002.

40,00 kg/m². Essa mesma classificação foi adotada em 2000 pela *North American Association for the Study of Obesity* (NAASO) e *National Heart, Lung and Blood Institute* (NHLBI), porém com nomenclatura diferente: obesidade I, obesidade II e obesidade mórbida, esta última correspondente à classe III, seguidas dos seus índices de massa corpórea⁴⁰.

A obesidade é considerada uma doença crônica que tem desencadeado outras tantas doenças crônicas com igual gravidade. As Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DCNT – representam grandes desafios de saúde para o desenvolvimento da comunidade global nas próximas décadas. Essas doenças, além de ameaçar a qualidade de vida de milhões de pessoas, apresentam grande impacto econômico para os países, em especial, os de baixa e média renda. Diante dessa realidade, a Organização Mundial de Saúde propôs aos países membros um compromisso para a redução das taxas de morbimortalidade por DCNT⁴¹. De acordo com a OMS, um pequeno conjunto de fatores de risco responde pela maioria expressiva das mortes por DCNTs e por fração substancial da carga de doenças devida a essas enfermidades. Dentre esses fatores, destacam-se o tabagismo, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, a obesidade, as dislipidemias (determinadas principalmente pelo consumo excessivo de gorduras saturadas e gorduras trans), a ingestão insuficiente de frutas, legumes e verduras, e a inatividade física⁴².

Dados da Organização Mundial de Saúde (1998) indicam ser a obesidade relativamente incomum nos países da África e Ásia, com prevalência mais elevada na população urbana em relação à rural. Nas Américas, estudos demonstram que o padrão de obesidade para ambos os sexos vem aumentando, tanto em países desenvolvidos, como em desenvolvimento. Na Europa, verificou-se em 10 anos um aumento entre 10 % e 40 % de obesidade na maioria dos países, destacando-se a Inglaterra, com um acréscimo superior ao dobro, entre os anos 1980 e 1990⁴³.

A região oeste do Pacífico, compreendendo a Austrália, o Japão, Samoa e China, também apresentou aumento. Ressalta-se que China e Japão, apesar do

⁴⁰ LIMA; SAMPAIO, 2007.

⁴¹ Cf. BRASIL, 2006.

⁴² Cf. WORD HEALTH ORGANIZATION, (apud BRASIL, 2008, 2009).

⁴³ Cf. PINHEIRO; FREITAS; CORSO, 2004.

aumento da obesidade em comparação com outros países desenvolvidos, apresentam as mais baixas prevalências: na China, 0,36% para mulheres e 0,86% para homens de 20 a 45 anos em 1991; no Japão, 1,8% para homens e 2,6% para mulheres maiores de 20 anos, em 1993⁴⁴.

Sobrepeso e obesidade alcançam proporções epidêmicas nos Estados Unidos da América (EUA), afetando, aproximadamente, 65% (ou cerca de 130 milhões) de adultos⁴⁵, com 33,4% de prevalência em mulheres adultas e 27,5% em homens⁴⁶.

O número de mortes por ano nos EUA e Europa relativo à obesidade está em torno de 300.000 a 200.000, respectivamente, constituindo-se na segunda causa de morte nos EUA⁴⁷.

Na Inglaterra, a obesidade severa atinge 2,0% da população⁴⁸. Já nos EUA, dados do *National Health and Nutrition Examination Survey for United States* (1999-2002) indicam taxas de 4,4% de obesidade severa entre americanos de ambos os sexos, com idades de 20 anos ou mais; decrescendo para 3,1%, quando considerada a população adulta americana em 2005. A prevalência americana de obesidade severa quadruplicou entre 1986 e 2000, crescendo dois percentuais entre 2000 e 2005; enquanto a superobesidade aumentou cinco e três percentuais, respectivamente, no mesmo período.

No Brasil, os principais dados são resultantes da análise de três grandes inquéritos nutricionais brasileiros – Estudo Nacional de Despesas Familiares/ENDEF (1975), Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição/PNSN (1989) e Pesquisa de Orçamentos Familiares/POF (2002/2003) - realizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), destacando que a incidência de obesidade é de 60 milhões de brasileiros, dos quais 20% são crianças, com prevalência em torno de 12,4% para mulheres e 7,0% para homens. Segundo dados do ENDEF (1975), PNSN (1989) e POF (2002/2003), no intervalo de quinze anos, a proporção de

⁴⁴ Cf. PINHEIRO; FREITAS; CORSO,

⁴⁵ Cf. GUIDELINES THE BARIATRIC SURGERY PATIENT, 2008.

⁴⁶ Cf. DRENICK et al., (1980 apud REPETTO; RIZZOLLI; BONATTO, 2003).

⁴⁷ Cf. MARTINS-FILHO et al., 2008.

⁴⁸ Cf. NHS, (2006 apud SANTOS et al., 2008).

adultos obesos quase dobrou (5,7% para 9,6%) e mulheres excederam homens, tanto na desnutrição como na obesidade.

Santos et al. (2008) relatam um aumento de 255% na obesidade severa do Brasil entre 1974 e 2003, com valores aumentados de 0,18% em 1975/1976 para 0,64% em 2002/2003; enquanto a obesidade aumentou de 4,4% para 11,1% no mesmo período, correspondendo a 152%. Este valor torna-se modesto, quando comparado às taxas de obesidade severa de 4,9% nos Estados Unidos e de 2,0% na Inglaterra.

No terceiro ano de operação (2008), realizada por telefone pelo Ministério da Saúde no Brasil, do sistema VIGITEL - Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas, em todas as capitais dos 26 estados brasileiros e do Distrito Federal, o excesso de peso e o sedentarismo apresentam-se em níveis preocupantes, com destaque para os seguintes resultados: entre o conjunto da população adulta das 27 cidades, a frequência do excesso de peso foi de 43,3%, apresentando-se maior entre homens (47,3%), e 39,5% entre mulheres. Em ambos os sexos, a frequência dessa condição tende a aumentar com a idade, declinando apenas a partir dos 65 anos. No que concerne à escolaridade e sua relação com o excesso de peso, o resultado é diferente entre homens e mulheres. No sexo masculino, a frequência de excesso de peso aumenta com a escolaridade, chegando a 44,2% no estrato de até oito anos de escolaridade e 57% no estrato de 12 ou mais anos de escolaridade. Já no sexo feminino, a relação é inversa: 47,7% no estrato de menor escolaridade e 29,4% no estrato de maior escolaridade.

Ainda na pesquisa VIGITEL no ano de 2008, com relação aos adultos obesos, a frequência variou entre 9,5% em São Luís e 15,9% em Porto Alegre. Diferentemente do excesso de peso, que apresentou maior frequência entre homens, a obesidade oscila entre o sexo masculino e feminino⁴⁹.

⁴⁹ Conforme os achados de Lima e Sampaio (2007) e de Porto et al. (2005), a obesidade é prevalente em mulheres. Segundo Gigante et al. (1997), os determinantes da maior frequência de obesidade entre as mulheres são ainda desconhecidos. Entretanto, as mulheres têm menos massa magra e mais tecido adiposo do que os homens, com maior porcentagem de gordura das mulheres (25 a 30%) que os homens (15 a 20%) (UEHARA; MARIOSIA, 2005).

Os maiores índices de obesidade foram observados, no caso de homens, em Boa Vista e João Pessoa (16,6%), Porto Alegre (15,6%) e Recife (15,4%), e no caso de mulheres, em Macapá (17,1%), Aracaju (16,3%) e Porto Alegre (16,0%). Os menores percentuais de obesidade ocorreram, entre homens, em São Luís (8,1%), Salvador (9,2%) e Goiânia (9,6%), e entre mulheres, em Teresina (9,3%), Palmas (10,2%) e Vitória (10,3%)⁵⁰.

No conjunto da população adulta das 27 cidades, a frequência de adultos obesos foi de 13%, sendo ligeiramente menor entre homens (12,4%) do que entre mulheres (13,6%). No sexo masculino, a frequência da obesidade aumenta mais de três vezes entre 18-24 e 45-54 anos, declinando nas faixas etárias subsequentes. Entre mulheres, a frequência da obesidade aumenta mais de seis vezes entre 18-24 e 55-64 anos e declina apenas a partir dos 65 anos. A relação entre frequência de obesidade e escolaridade é fortemente inversa no sexo feminino: 18% das mulheres são obesas no estrato de menor de escolaridade e 8,5% são obesas no estrato de maior escolaridade. No sexo masculino, a frequência de obesos é semelhante (em torno de 12-13%) em todos os estratos de escolaridade⁵¹.

Estudos têm demonstrado que o nível de escolaridade também influencia no hábito alimentar. Enquanto as mulheres que têm o maior risco de obesidade são as que se encontram na menor faixa econômica da população e com menor escolaridade, as mulheres que vivem nas áreas urbanas, que apresentam além de um bom nível de escolaridade, acesso a informações (medido a partir do hábito de ler jornais e assistir a programas educacionais transmitidos por canais de televisão), mostram-se significativa e inversamente associadas ao risco de obesidade⁵².

Na primeira edição da pesquisa VIGITEL, em 2006, foi revelado que 11,4% dos brasileiros estavam obesos. Em 2007, o índice aumentou para 12,9%, e em 2008, os dados indicaram que 13% dos adultos eram obesos, índice liderado pelas mulheres (13,6%) e um pouco menor entre os homens (12,4%). Tal progressão se torna ainda mais preocupante quando se comparam dados da pesquisa supracitada

⁵⁰ Cf. BRASIL, 2008.

⁵¹ Cf. BRASIL, 2008.

⁵² Cf. MONTEIRO et al., 2003.

com aqueles obtidos no Estudo Nacional de Despesa Familiar (ENDEF) de 1975, que indicavam obesidade em 2,8% dos homens e 7,8% das mulheres.

A obesidade coexiste com a subnutrição nos países em desenvolvimento. Na verdade, um paradoxo nutricional está surgindo – observam-se, na mesma família, pessoas com peso acima e abaixo do ideal. Estima-se que a porcentagem de domicílios com esse fenômeno é de 7% nos EUA e de 8% no Brasil⁵³.

O Brasil vem, rapidamente, substituindo o problema da escassez pelo problema do excesso dietético. Vários estudos com adultos, realizados em diferentes períodos no país, demonstram resultados semelhantes, sugerindo a inversão nas prevalências de sobrepeso/obesidade e baixo peso nas últimas décadas, conforme achados descritos por Pinheiro, Freitas e Corso (2004).

Considerando o agravamento da obesidade e o fato de ser uma realidade que atinge a todos os segmentos de classe em números expressivos, faz-se necessário entendê-la na atualidade como um dos maiores problemas de Saúde Pública, e concomitantemente, identificar quais as ações do Estado brasileiro no enfrentamento dessa doença.

1.3 O Enfrentamento da Obesidade como Problema de Saúde Pública

Tratar da obesidade como problema de saúde pública requer que se façam breves considerações sobre como o Estado intervém no campo da saúde. Desta forma, esta seção objetiva retratar a política pública de combate à obesidade no Brasil, pretendendo trazer à tona elementos que permitam uma breve reflexão crítica sobre o Estado, no contexto do capitalismo monopolista, e sobre as políticas sociais decorrentes. Em seguida, destacam-se as questões que perpassam a Política de Saúde na sociedade brasileira contemporânea, o SUS e a sua crise, bem como a influência do neoliberalismo nesse processo, descortinando assim as formas de acesso dos usuários obesos às políticas e serviços públicos. Por fim, descreve-se como o Estado brasileiro vem respondendo à problemática da obesidade, a partir dos anos 1970.

⁵³ Cf. LANCHÁ JÚNIOR, 2006.

1.3.1 Estado, Política Social e de Saúde

Nos fins do século XIX, o capitalismo experimentou profundas modificações no seu ordenamento e na sua dinâmica econômica, social e política. Período caracterizado pela passagem do capitalismo concorrencial para o capitalismo monopolista, evidenciada por diversas mudanças, como: modificação nas formas de gestão das empresas; nas regras de competição; maior domínio dos mercados locais pelo capital monopólico; nova estruturação da divisão internacional do trabalho.

Com a consolidação da fase monopólica, o papel do Estado muda funcionalmente, passando a intervir direta e efetivamente nos mercados e na economia. Na era do monopólio, “[...] a intervenção estatal incide na organização e na dinâmica econômicas, desde de dentro, e de forma contínua e sistemática. [...] No capitalismo monopolista, as funções políticas do Estado imbricam-se organicamente com suas funções econômicas” (PAULO NETTO, 1992, p. 21).

Para Paulo Netto (1992), a importância dessas políticas torna-se evidente, no sentido de assegurar as condições necessárias ao desenvolvimento monopolista. No campo político, as políticas sociais operam, ainda, como um vigoroso suporte ao oferecer um mínimo de respaldo concreto à imagem do Estado como mediador de interesses conflitantes.

A intervenção do Estado sobre a “questão social” se realiza com políticas sociais fragmentadas e parciais (focalizadas), pois tomar a “questão social” como problemática de uma totalidade significaria reconhecer e remeter à relação capital/trabalho, e conseqüentemente isso seria chamar a responsabilidade da ordem burguesa. Portanto, no Estado do capitalismo monopolista as políticas sociais devem ser voltadas às mazelas da questão social e encaradas como “problemáticas particulares (o desemprego, a fome, a carência habitacional, a incapacidade física etc.) e assim enfrentadas”. Desta forma, a “questão social”, nesta ordem capitalista, só pode ser “atacada nas suas refrações, nas suas seqüelas apreendidas como problemáticas cuja natureza totalizante, se assumida conseqüentemente, impediria a intervenção” (PAULO NETTO, 1992, p. 28).

Destarte, as políticas sociais são resultantes, fundamentalmente, da luta de classes, da mobilização e organização dos trabalhadores, “a que o Estado, por vezes, responde com antecipações estratégicas” (PAULO NETTO, 1992, p.29).

No Brasil, não se pode afirmar que houve a experiência do Estado de Bem-Estar Social ou *Welfare State*. O modo de regulação da esfera estatal, no campo social, típica dos países de Terceiro Mundo, países de capitalismo tardio, foi o chamado Estado Assistencial, que se constituiu no Brasil a partir da década de 1930, período marcado por crise estrutural do sistema capitalista, no plano internacional, e conseqüentemente, com desdobramentos na sociedade brasileira, exigindo do Estado Interventor - governo de Getúlio Vargas - a implementação de políticas sociais com vistas à regulação do trabalho.

A partir de 1930, o Estado brasileiro assume a primazia da implementação das políticas sociais, à medida que se agrava a “questão social”, apresentando-se como necessárias à regulação estatal. Paralelamente, “inicia-se um período de crise do sistema capitalista caracterizado, em princípio, pela recessão econômica de 1929 e, posteriormente, pela 2ª Guerra Mundial” (PORTO, 2005, p. 178). É nesse contexto de crise do capital que se muda a regulação estatal, configurando as políticas sociais na sua dimensão econômica como reguladoras da crise do capitalismo.

Por conseguinte, no largo período do governo de cunho ditatorial de Vargas (1932-1945), instituiu-se um complexo sistema de gestão e regulação de conflitos sociais, marcado pela ideia de colaboração entre classes. Entretanto, as exigências da reprodução social da vida de crescentes parcelas de trabalhadores empobrecidos vão pressionar, nesse momento, o Estado no sentido de uma ação assistencial⁵⁴ Ação essa que emerge na sociedade brasileira como parte de um conjunto de estratégias de regulação dos processos econômicos e sociais, justificada pela necessidade de conciliar politicamente as questões relativas ao favorecimento da industrialização e da acumulação capitalista com as necessidades da classe trabalhadora. Dessa forma, tendo em vista sua própria legitimação, o Estado brasileiro incorpora parte das reivindicações dos trabalhadores, pelo reconhecimento legal de alguns direitos trabalhistas.

⁵⁴ Cf. PORTO, 2005.

No período pós-64, a direção política referenciada na lógica da modernização conservadora⁵⁵ contribuiu para a institucionalização de um reformismo centralizador e burocrático; o sistema de proteção social manteve quase a mesma estrutura consolidada no período anterior, “ocorrendo sua refuncionalização em articulação com as entidades empresariais – SESI, SESC e SENAI -, a previdência social pública e o complexo filantrópico constituído pelo modelo de ‘assistência por convênios’” (PORTO, 2005, p.186).

A crise do Estado de Bem-estar foi então, nos anos 1970, o impulso principal que fez com que na década posterior o liberalismo retornasse ao palco político, mas com uma nova roupagem: o neoliberalismo chegou com força total, ganhando impulso e alastrando-se por quase todo o mundo, pondo em foco a valorização da sociedade civil no sentido de esta responder às refrações da “questão social”. Assim, com a diminuição da intervenção estatal na área social, ocorre o repasse da gestão de bens e serviços públicos para a rede privada.

O Estado tem se colocado cada vez mais a serviço dos interesses do capital. Sader (1999, p.126) vai chamar esse tipo de Estado de Estado mini-max, ou seja, máximo para o capital - através de subsídios, créditos, perdão de dívidas, investimentos e obras de infra-estrutura dirigidos a apoiar a acumulação privada, e políticas econômicas e financeiras com conotação de classe evidente -, e mínimo para o trabalho, através do corte de gastos sociais, da precarização das políticas públicas, do congelamento dos salários do funcionalismo público, entre outras medidas (CORREIA, 2005, p. 3).

Behring (2006) considera que no Brasil, temos uma espécie de chegada tardia do neoliberalismo, o que tem relação com a força do processo de redemocratização e com as questões político-econômicas internas. Fato esse que fez com que se inscrevesse o conceito de seguridade social na Constituição de 1988.

As reivindicações e pressões organizadas pelos trabalhadores na década de 1980, em período de redemocratização no país, provocam a incorporação, pela Constituição Federal (CF), de muitas demandas sociais de expansão dos direitos sociais e políticos. Um dos maiores avanços dessa Constituição, em termos de política social, foi a adoção do conceito de seguridade social, englobando em um mesmo

⁵⁵ Denominação utilizada por José Paulo Netto (1996).

sistema as políticas de saúde, previdência e assistência social [...] (BOSCHETTI; SALVADOR, 2006, p. 28).

Seguramente, uma das áreas que se configurou com relevância na conformação de identidades políticas e sociais foi a saúde, que, nas décadas de 1970/1980, aglutinou movimentos significativos da sociedade civil, articulando interesses populares e engendrando um amplo processo que culminou com a Reforma Sanitária⁵⁶, elaborando uma agenda de prioridades que foram incorporadas, em parte, pela Constituição de 1988.

Pode-se afirmar que a luta pela Reforma Sanitária foi responsável pela criação do Sistema Único de Saúde (SUS) como um processo social e político que requer um ambiente democrático para a sua construção na arena sanitária, alicerçado em uma concepção ampliada do conceito de saúde, buscando um modelo de atenção primária à saúde que desse conta de concretizar a integralidade das ações e dos serviços de saúde, ocupando uma posição de confronto ante o modelo convencional vigente.

Entretanto, ao longo dos anos 1990, com a consolidação do Projeto Neoliberal, contrariamente à Constituição Cidadã, considerada uma das mais avançadas do mundo na parte referente aos direitos individuais e coletivos, assistimos, gradativamente, ao desmonte das acanhadas políticas públicas e do sistema de saúde brasileiro. Emerge um setor privado forte, de baixa regulação estatal, autônomo em sua expansão com financiamento e definição de sua clientela, cuja base de sustentação é a má qualidade dos serviços públicos de saúde.

Outrossim, Bravo (2006) considera que nos anos 90 assiste-se, no cenário brasileiro, ao redirecionamento do papel do Estado, influenciado pela Política de Ajuste Neoliberal. A Reforma do Estado ou Contrarreforma parte do pressuposto de que o Estado se desvinculou de suas funções básicas ao ampliar sua presença no setor produtivo, colocando em xeque o modelo econômico vigente. Por conseqüência, a reforma do Estado deve ser entendida dentro do contexto da

⁵⁶ O Conceito de Reforma Sanitária refere-se a um processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional que regulamenta e se responsabiliza pela proteção à saúde dos cidadãos e corresponde a um efetivo deslocamento do poder político em direção às camadas populares, cuja expressão material se concretiza na busca do direito universal à saúde e na criação de um sistema único de serviços sob a égide do Estado (TEIXEIRA, 1989).

redefinição do papel do Estado, que deixa de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social para fortalecer-se na função de promotor e regulador desse desenvolvimento⁵⁷. O Plano Diretor dessa Reforma do Estado propôs como principal inovação a criação de uma esfera pública não estatal que, embora exercendo funções públicas, deve fazê-lo obedecendo às leis do mercado.

Identificam-se, assim, nesse período, dois projetos políticos em disputa na área da saúde: o projeto privatista e o projeto da reforma sanitária. Conforme Correia (2005, p.15-16):

A partir da reforma do Estado proposta pelo Banco Mundial as políticas sociais tendem: à focalização, em que os gastos sociais são dirigidos aos setores de extrema pobreza; à descentralização da gestão da esfera federal para estados e municípios sem a contrapartida de recursos necessários a esse processo, e com a participação na esfera local de organizações não governamentais, filantrópicas, comunitárias e de empresas privadas; à privatização, com o deslocamento de prestação de bens e serviços públicos para o setor privado, que é regido pelo mercado.

Diante desse contexto, é notória a desconstrução da proposta de Política de Saúde construída na década de 1980⁵⁸. Um dos pontos indispensáveis na análise do desmonte desta política diz respeito à vinculação da Saúde ao mercado em que se destacam as parcerias com a sociedade civil, fazendo com que esta seja responsabilizada e assuma os custos da crise.

No que se refere ao Sistema Único de Saúde (SUS), percebe-se claramente que a proposição inscrita na Constituição Brasileira de 1988 de um sistema público universal não se efetivou. De acordo com Bravo (2006, p. 101):

Algumas questões comprometeram a possibilidade de avanço do SUS como política social, cabendo destacar: o desrespeito ao princípio da equidade na alocação dos recursos públicos pela não unificação dos orçamentos federal, estaduais e municipais; afastamento do princípio da integralidade, ou seja, indissolubilidade entre prevenção e atenção curativa, havendo prioridade para a

⁵⁷ Cf. BRASIL, 1995.

⁵⁸ Registra-se aqui não apenas o desmonte da proposta da Política de Saúde no Brasil, mas também a desconstrução da proposta de Seguridade Social. Segundo Mota, o processo da seguridade social no Brasil, que “possui apenas duas décadas, passa a ser negado a partir dos meados dos anos 90 em favor das prescrições neoliberais e de um conjunto de mudanças macro-estruturais, momento em que as classes dominantes iniciam a sua ofensiva contra a seguridade social universal” (MOTA, 2006, p. 43).

assistência médico-hospitalar em detrimento das ações de promoção e proteção da saúde. A proposta de Reforma do Estado para o setor saúde, ou contra-reforma, era dividir o SUS em dois – o hospitalar e o básico.

Bravo observa ainda que, com relação à Política de Saúde, torna-se claro que a “não-viabilização da concepção de Seguridade Social está patente quando não há menção nas ações à articulação necessária com as políticas de assistência social e previdência social” (BRAVO, 2006, p. 105). Assim, em tempos atuais, torna-se evidente a habilidade com que a política econômica neoliberal e os preceitos do capitalismo financeiro têm repercutido de forma avassaladora nas condições de reprodução da classe trabalhadora. O desmonte das políticas sociais públicas e a dificuldade de acessar as ineficientes políticas sociais ainda existentes retratam o alheamento e indiferença, estratégicos, do Estado ante a proteção social no Brasil.

1.3.2 A Resposta do Estado Brasileiro à Problemática da Obesidade

Na década de 1970, com a crise do capitalismo, estabelece-se a crise mundial de alimentos, ocorrendo no ano de 1974, em Roma, a Conferência Mundial de Alimentos, na qual se percebeu a necessidade da ampliação da discussão sobre a segurança alimentar e da inclusão de programas de alimentação e nutrição no planejamento econômico dos países de terceiro mundo, defendidos pela OMS, FAO (Food and Agriculture Organization), e o UNICEF (The United Nations Children's Fund)⁵⁹. Nesse período, o Brasil elabora os Planos Nacionais de Desenvolvimento (PND I e II), englobando no planejamento econômico mecanismos de políticas sociais e, com a finalidade de formular a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), cria o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN). Surgem então os Programas Nacionais de Alimentação e Nutrição (PRONAN I e II), envolvendo várias estruturas governamentais e proporcionando a realização de pesquisas na área de alimentação, como o Estudo Nacional de Despesas Familiares (ENDEF, 1975), revelando que 67% da população consumiam menos calorias que as necessidades mínimas preconizadas e que 46,1% das crianças menores de cinco anos e 26,4% das mulheres apresentavam desnutrição energético-proteica⁶⁰.

⁵⁹ Cf. VASCONCELOS, 2005; PINTO, 2007.

⁶⁰ Cf. ARRUDA, 2007; VASCONCELOS, 2005; MAGALHÃES et al., 2007; PINTO, 2007.

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) é a política do SUS voltada à concretização do direito humano à alimentação e tem como fundamento a garantia da segurança alimentar e nutricional dos brasileiros. Ela foi gestada no segundo governo Fernando Henrique Cardoso - (1999-2002), subordinada à Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição (CGPAN). Assim, a promoção da alimentação saudável é uma das diretrizes da PNAN ("promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis") e integra as estratégias afirmadas pela Política Nacional de Promoção da Saúde, compondo o eixo "promoção de hábitos saudáveis, com ênfase à alimentação saudável, atividade física, comportamentos seguros e combate ao tabagismo".

O direito à alimentação adequada está previsto na Declaração Universal dos Direitos Humanos, referindo que toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família alimentação, saúde e bem-estar⁶¹. Essa afirmação consubstancia-se no Comentário Geral nº 12 do Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (CDESC, 1999), que ressalta ser “o direito à alimentação adequada indivisivelmente ligado à dignidade inerente à pessoa humana e indispensável para a realização de outros direitos consagrados na Carta de Direitos Humanos”.

A incorporação de uma abordagem de direitos humanos implica obrigações do Estado para com seus cidadãos, bem como a participação ativa destes na articulação, planejamento, implementação e avaliação de políticas. Além disso, na perspectiva dos direitos humanos, um direito não deve se sobrepor a outro. Desta forma, a implementação de um sistema de Segurança Alimentar e Nutricional fundamentado no direito humano à alimentação constitui um avanço epistemológico na formulação de políticas institucionais e a escolha de um eixo estratégico de desenvolvimento que tem por objetivo final o bem-estar social, acima de quaisquer benefícios de ordem econômica⁶².

Parece destoante se falar em direito humano à alimentação, quando a questão é obesidade. Afinal, o que transparece é que essa pandemia global, na qual se registra a existência de 1,6 bilhões de adultos com sobrepeso e

⁶¹ Cf. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1948.

⁶² Cf. BURLANDY; MAGALHÃES, 2004.

aproximadamente 400 milhões de adultos obesos (idades de 15 anos ou mais)⁶³, está dissociada da necessidade de um sistema de Segurança Alimentar e Nutricional.

A luta pela formalização da alimentação como direito social vem de longos anos, e sua concretização deu-se em fevereiro/2010, quando o PEC (Projeto de Emenda Constitucional) 47/03 foi aprovado, com nova emenda à Constituição Federal do Brasil no seu artigo 6º, que obriga o Estado a pensar de forma diferente a questão da alimentação: a alimentação passa a ser reconhecida como direito social de todos os brasileiros. Na prática, dependerá do esforço político que a sociedade fizer, a fim de que o direito seja mais do que um conjunto de palavras na Constituição Federal. Por certo, a luta pelo direito prossegue, mas a partir de então conta com instrumentos legais para fazer valer essa prerrogativa⁶⁴.

O conceito de segurança alimentar foi sendo construído ao longo do tempo. Em tempos atuais, de acordo com o Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA), a segurança alimentar pode ser compreendida como

A realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras da saúde, que respeitem a diversidade cultural e que sejam social, econômica e ambientalmente sustentáveis (CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL, 2004.).

A insegurança alimentar e nutricional não está ligada apenas à fome e ao baixo peso. Além da fome e da desnutrição, as carências de micronutrientes (fome oculta), a obesidade e suas comorbidades caracterizam-se como situações de insegurança alimentar, apresentando importância significativa devido a sua magnitude na população e ao impacto financeiro no sistema de saúde⁶⁵.

⁶³ Cf. WORD HEALTH ORGANIZATION, 2006.

⁶⁴ FEDERAÇÃO DE ÓRGÃOS PARA ASSISTÊNCIA SOCIAL E EDUCACIONAL. Direito à alimentação entra na Constituição. 2010. Disponível em: <<http://www.fase.org.br/v2/pagina.php?id=3227>>. Acesso em: 20 mar. 2010.

⁶⁵ Cf. MALUF; MENEZES; VALENTE, 1996; CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR NUTRICIONAL, 2004.

A problemática da obesidade constitui um retrato do que acontece quando a oferta e o consumo de alimentos ultrapassam as exigências biológicas. Dessa forma, se a disponibilidade de energia e nutrientes se situa abaixo ou acima das necessidades, estabelecem-se as condições para o aparecimento das doenças carenciais, como a DEP (Desnutrição Energético-Proteica) ou da patologia dos excessos nutricionais, como a obesidade⁶⁶.

Por conseguinte, no Brasil, o problema do excesso dietético vem, rapidamente, substituindo o problema da escassez. Diversos estudos com adultos, realizados em diferentes períodos no país, demonstram resultados semelhantes, o que sugere a inversão nas prevalências de sobrepeso/obesidade e baixo peso nas últimas décadas, conforme achados descritos por Pinheiro. Freitas e Corso (2004).

Durante décadas, a obesidade foi vista como um problema meramente estético. Na atualidade, a obesidade configura-se como um dos maiores desafios de saúde pública deste novo milênio, pois vem sobrecarregando o sistema de saúde com uma demanda cada vez mais crescente de atendimento às doenças associadas e decorrentes dela, que são as chamadas comorbidades, de que são exemplos: a hipertensão arterial, diabetes tipo 2, doenças cardiovasculares, alterações tromboembólicas, refluxo gastro-esofágico, doenças articulares, além de diversos tipos de câncer (mama, útero, vesícula biliar etc.), dentre outras. Na mulher, os riscos são ainda maiores, pois contribui para reduzir a fertilidade, eleva a morbidade e a mortalidade maternas e também contribui para o aumento da mortalidade fetal, entre outros. Os agravos à saúde e a epidemiologia da obesidade ilustram a importância e o impacto da doença, no âmbito individual e coletivo.

Muitos estudos demonstram que obesos morrem relativamente mais de doenças do aparelho circulatório, principalmente de acidente vascular-cerebral e infarto agudo do miocárdio, do que indivíduos com peso adequado⁶⁷.

Segundo o PNPS – Política Nacional de Promoção da Saúde, as mudanças econômicas, políticas, sociais e culturais pelas quais o mundo tem passado desde o

⁶⁶ Cf. BATISTA FILHO, 1999.

⁶⁷ Cf. BRASIL. (2006 apud Federacion Latino Americana de Obesidad, 1998); FRANCISCHI et al, 2000.

século XIX, juntamente com o desenvolvimento da tecnologia, têm profundas implicações no modo de viver da humanidade. A saúde como parte importante da vida humana não esteve à parte dessas mudanças. Pode-se afirmar, assim, que o processo de transformação da sociedade é também o processo de transformação da saúde e dos problemas sanitários⁶⁸.

Ter uma atenção maior com a saúde tornou-se importante nas últimas décadas, pois a análise do processo saúde-doença evidenciou que essa relação é resultado dos modos de organização da produção, do trabalho e da sociedade, em determinado contexto histórico. Medeiros (2011) defende que a partir do final dos anos 1970 os movimentos de saúde tendem para a tradição da Medicina Social, assumindo posição mais inovadora e crítica. Foram ampliados os estudos que dão evidência à posição fundamental ocupada pelo trabalho na sociedade, determinando o sentido e o lugar dos indivíduos e a heterogeneidade decorrente, confirmando-se assim o papel determinante desempenhado pelas desigualdades sociais no processo saúde-doença.

Nunes afirma que as perspectivas teóricas mais recentes consideram tendências na produção teórico-metodológica no campo da saúde, no qual a preocupação consiste na articulação da dimensão macro e microssocial, associada ao resgate do significado dos atores coletivos e de novas identidades⁶⁹.

Nessa direção é que Medeiros (2011) comenta que “a forte propagação da onda conservadora condicionou um retorno à pregação de ‘hábitos saudáveis’ e a ênfase dada a cada fator de risco vem acompanhada da noção de responsabilização individual e de uma aceção moral” (MEDEIROS, 2011, p. 6). Reaparece aqui o individualismo liberal, que sugere que cada indivíduo é responsável pelo seu estado de saúde e pelas enfermidades que o acometem⁷⁰.

No entanto, as complexidades dos condicionantes e determinantes vão além da concepção de saúde enquanto ausência de doença, pois o aparato biomédico, que opera um modelo de atenção e cuidado marcado pela centralidade do sintoma,

⁶⁸ Cf. BRASIL, 2006a.

⁶⁹ Cf. NUNES, (1999 *apud* MEDEIROS, 2011).

⁷⁰ Cf. AROUCA, (2003 *apud* MEDEIROS, 2011).

assim como o setor sanitário, veem-se impossibilitados de responder sozinhos pela transformação e garantia de opções saudáveis para a população. A análise do processo saúde-doença é inócua quando não considera as condições concretas de determinação dos trabalhadores.

O Ministério da Saúde, em setembro de 2005, definiu a Agenda de Compromisso pela Saúde reunindo três eixos: o Pacto em Defesa do SUS, o Pacto em defesa da Vida e o Pacto de Gestão. Ao evidenciar o Pacto pela Vida⁷¹, no que se refere às prioridades, existem pontos que possuem especial relevância, como é o caso do aprimoramento do acesso e da qualidade dos serviços prestados no Sistema Único de Saúde (SUS), com ênfase no fortalecimento e na qualidade estratégica da Saúde da Família; a promoção, informação e educação em Saúde, com destaque na promoção de atividade física, na promoção de hábitos saudáveis de alimentação e vida; bem como no controle do tabagismo; controle do uso excessivo de bebidas alcoólicas; e cuidados especiais voltados ao processo de envelhecimento⁷².

Nessa linha, segundo o Ministro da Saúde à época, Sr. Saraiva Felipe, o desafio posto ao gestor federal do SUS consiste em

Propor uma política transversal, integrada e intersetorial, que faça dialogar as diversas áreas do setor sanitário, os outros setores do Governo, os setores privado e não governamental e a sociedade, compondo redes de compromisso e co-responsabilidade quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam partícipes no cuidado com a saúde (BRASIL, 2006a, p.3).

Nesse sentido, tendo em vista a criação do SUS, como política do Estado brasileiro que visa à melhoria da qualidade de vida e a afirmação do direito à vida e à saúde, constitui a promoção da saúde uma das estratégias de produção de saúde que vem a contribuir na construção de ações que possibilitem responder às necessidades sociais em saúde.

Entende-se, portanto, que a promoção da saúde é uma estratégia de articulação transversal mediante a qual se confere visibilidade aos fatores que

⁷¹ Definido como conjunto de compromissos sanitários expressos em objetivos e metas, derivados da análise da situação de saúde da população, que deverão se tornar prioridades inequívocas dos três poderes federativos, determinando as responsabilidades de cada um.

⁷² Cf. BRASIL, 2006a.

colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso país, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas.

Deste modo, o Ministério da Saúde, tendo como base as definições constitucionais, a legislação que regulamenta o SUS, as deliberações das Conferências Nacionais de Saúde e do Plano Nacional de Saúde (2004 a 2007/ Brasil, 2004), criou a Política Nacional de Promoção da Saúde⁷³. O objetivo desta política é promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde, relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modo de viver –, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais. A Política de Promoção à Saúde consiste na incorporação e efetivação de ações de promoção da saúde, com ênfase na atenção básica. Além da intersetorialidade da referida política, outros princípios devem nortear as iniciativas de promoção da saúde: o da equidade, vinculado ao compromisso ético de diminuição das iniquidades; o do desenvolvimento humano e social, o da diversidade, que valoriza a riqueza das diferenças entre as pessoas e culturas, e o da qualidade de vida no ecossistema⁷⁴.

No que tange ao sobrepeso e obesidade, existe uma grande preocupação, no atual contexto epidemiológico, por parte da Organização Mundial da Saúde (OMS) com o aumento da população obesa mundial e, conseqüentemente, com o tratamento e controle dessa problemática. A OMS recomenda a redução moderada na ingestão de energia como estratégia para redução da massa corporal, associada a exercícios físicos e às mudanças nos hábitos cotidianos (WORD HEALTH ORGANIZATION, 1998). Em seguimento, a OMS desenvolveu a Estratégia Global sobre Dieta, Atividade Física e Saúde, incluindo, dentre outras ações, a adoção de estilos de vida que associem uma alimentação saudável e atividade física.

⁷³ BRASIL. Portaria nº 687, de 30 de março de 2006, institui a Política Nacional de Promoção da Saúde.

⁷⁴ Cf. BRASIL, 2006a; BUSS, 2000.

Dentre as recomendações da Estratégia Global relativas à alimentação, destacam-se: Alcançar balanço energético⁷⁵ e peso saudável; Redução de alimentos de alta densidade calórica⁷⁶; Aumento regular da atividade física⁷⁷; Aumento da ingestão de fibras; Redução de bebidas açucaradas⁷⁸; Restrição de alimentos com alto índice glicêmico.

Em face das recomendações da OMS, em 2005, no Brasil, o Ministério da Saúde elaborou o documento “Guia de Alimentação Saudável”, destinado tanto à população adulta como às crianças. O guia tem o propósito de contribuir para a orientação de práticas alimentares que visem à promoção da saúde e a prevenção de doenças relacionadas à alimentação. De acordo com o Ministério da Saúde, o objetivo do guia alimentar destinado à população brasileira é cientificar toda a sociedade sobre a importância da adoção de hábitos alimentares saudáveis e fornecer informações claras e positivas para que isso aconteça⁷⁹.

No anexo I estão presentes as diretrizes e objetivos do Guia Alimentar. As recomendações contidas no Guia também foram divulgadas nos estados e municípios, dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio dos agentes comunitários de saúde. Além disso, o governo federal elabora, periodicamente, cadernos básicos, explicando inúmeras doenças, com a finalidade de uniformizar o conhecimento médico e fornecer informações seguras e científicas, de fácil acesso aos pacientes.

Dando continuidade à atenção ao sobrepeso e obesidade no país, em 2006 o MS lançou o Caderno de Atenção Básica de Obesidade, intitulado Manual da Saúde

⁷⁵ A prevenção da obesidade está relacionada à manutenção do Balanço Energético (BE) num nível de dimensão e composição corporais saudáveis. Quase a totalidade de casos de obesidade consiste de um quadro prolongado de (BE) positivo, o qual indica que a Ingestão Energética (IE) é maior que o gasto energético (GE), resultando na chamada obesidade exógena, e não naquela resultante de alterações hormonais ou de endocrinopatias chamadas de obesidade endógena.

⁷⁶ Os alimentos ricos em gorduras, carboidratos simples ou amido são em geral altamente processados e pobres em micronutrientes.

⁷⁷ Existe evidência convincente de que a atividade física regular protege contra o ganho excessivo de peso, enquanto os hábitos sedentários, especialmente as ocupações e recreações sedentárias, o promovem.

⁷⁸ O consumo frequente de refrigerantes tem sido associado ao ganho de peso. Uma explicação para isso é que os efeitos fisiológicos da ingestão de energia sobre a saciedade são diferentes para líquidos e para alimentos sólidos.

⁷⁹ Cf. BRASIL, 2005.

de Obesidade⁸⁰, que tem como finalidade subsidiar os profissionais de saúde da atenção básica da rede SUS, incluindo a Estratégia de Saúde da Família, na atenção ao paciente obeso, com destaque no manejo alimentar e nutricional.

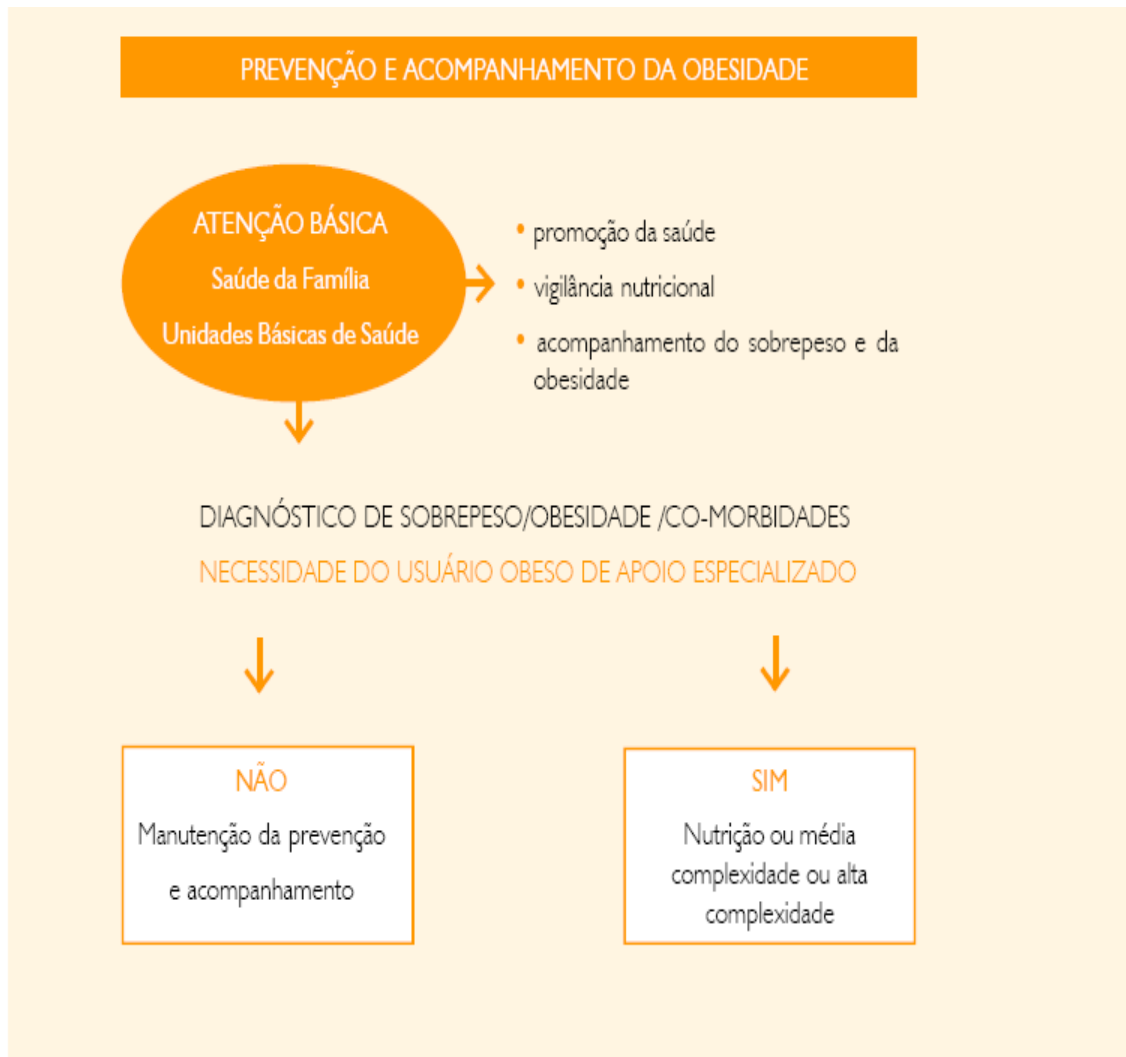
O Ministério da Saúde denomina a atenção básica de saúde como a porta de entrada do usuário no sistema, constituindo-se em um espaço privilegiado para o desenvolvimento das ações de incentivo e apoio à adoção de hábitos alimentares e à prática regular da atividade física, por estar inserida próxima à comunidade, possibilitando maior poder de compreensão de sua dinâmica social.

Outro aspecto mencionado no referido manual diz respeito às atribuições e competências da equipe de saúde, especificando-as por profissional, de forma a subsidiar a organização das equipes e serviços de prevenção e controle da obesidade.

Seguem abaixo os quadros produzidos pelo Ministério da Saúde, referentes ao fluxo de atenção para prevenção, tratamento e assistência à obesidade nos três níveis de complexidade do SUS.

⁸⁰ Para um maior aprofundamento, acesse o livro **Manual da Saúde de Obesidade**. A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada na íntegra na Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/bvs>.

Quadro 1 – Prevenção e Acompanhamento da Obesidade



Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica, 2006b.

Conforme o quadro 1 observa-se um conjunto de ações na atenção básica da rede do SUS, referente ao usuário com obesidade, dentre elas, a promoção da saúde, a vigilância nutricional e o acompanhamento do sobrepeso e da obesidade.

Quadro 2 – Fluxo de Atenção para Prevenção, Acompanhamento e Tratamento da Obesidade nos Níveis de Complexidade do SUS



Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica, 2006b.

No quadro 2 pode-se identificar o fluxo de atenção para prevenção, acompanhamento e tratamento da obesidade nos níveis de complexidade do SUS,

apontando desde os serviços de promoção e prevenção à saúde dos obesos, por meio das equipes de saúde da atenção básica, até os serviços de referência de alta complexidade (cirurgia bariátrica) ao usuário com obesidade.

Ao se analisar as políticas públicas voltadas à obesidade, não se pode deixar de referenciar o Sistema de Informação de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) como parte de um conjunto de ações da Política Nacional de Alimentação e Nutrição que contribuem para a promoção de modos de vida saudáveis, proporcionando condições para que as pessoas possam exercer maior controle sobre sua saúde⁸¹.

Esse sistema de informações – SISVAN - tem como objetivo principal fornecer informação contínua sobre as condições nutricionais da população e os fatores que as influenciam. Esta informação servirá para tomada de decisões pelos responsáveis por políticas, planejamento e gerenciamento de programas relacionados com a melhoria dos padrões de consumo alimentar e do estado nutricional.

Sabe-se que ao Estado enquanto gestor de políticas públicas cabe não só o alerta social à epidemia da obesidade no país, como também assegurar o acesso universal e igualitário e a efetiva proteção de seus cidadãos. O Brasil não adotou ainda uma atitude firme em relação à obesidade. Os programas e ações para a prevenção e controle da obesidade têm se direcionado para recomendação de estilos de vida, incentivando uma alimentação saudável associada à prática de atividades físicas. No entanto, não existe por parte do Estado uma regulação efetiva junto às indústrias, não havendo, conseqüentemente, vigilância e controle do que é produzido no Brasil, o que tem provocado uma imensa oferta de alimentos industrializados - alimentos estes que possuem alta concentração de energia (ricos em gorduras e açúcares), mas que são deficientes em outros nutrientes essenciais.

O arcabouço legal referente ao SUS, apesar de apresentar questões relativas à vigilância nutricional, segurança alimentar e orientação nutricional devidamente

⁸¹ Cf. CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL, 2004.

contempladas⁸², não são observadas, quando se depara com uma política de saúde seriamente ameaçada pela lógica do mercado e com o SUS se distanciando a cada dia das ações de promoção e proteção da saúde, da prevenção de agravos, do diagnóstico, do tratamento da reabilitação e da manutenção da saúde.

As medidas e ações pontuais em relação à obesidade no Brasil reafirmam a desvalorização da concepção de seguridade social, em que as políticas sociais relacionadas a esse segmento de classe se encontram fragmentadas e subordinadas à lógica econômica, negligenciando a dimensão social e política dessa doença, e conseqüentemente, agravando as condições de saúde de grande parte da população brasileira que se encontra vulnerável às investidas das grandes multinacionais e indústrias alimentares.

As políticas sociais em curso, além de representarem os ideais neoliberais em prol de uma lógica societária fundada na livre concorrência e lógica do mercado, refletem concretamente a reprodução das condições materiais da vida social (alimentação, habitação, trabalho etc.) dos portadores de obesidade, como também a reprodução dos valores, crenças e relações sociais desse segmento de classe.

Apesar de se ter clareza da dimensão econômica das políticas sociais como instrumento de regulação das crises do capitalismo, é importante ressaltar o significado das políticas sociais na vida das classes subalternas, no caso em estudo, das pessoas com obesidade, que sofrem com a espoliação e exploração do capital enquanto classe trabalhadora, juntamente com o jugo que a doença lhes imprime. Para muitos desses usuários, o acesso a essas políticas é a única possibilidade de sobrevivência material e de subsistência.

⁸² 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, estão estabelecidas como atribuições específicas do SUS "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". Já o parágrafo único do art. 12 define que a articulação de componentes de políticas e programas de alimentação e nutrição, cuja elaboração e execução estejam fora do setor Saúde, é realizada em Comissão Intersectorial específica, subordinada ao Conselho Nacional de Saúde. Essa Comissão deve ser integrada "pelos ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil"

É nesse sentido que se faz necessário, no estudo da obesidade, entendê-la na sua dimensão social, já que estudos demonstram que a doença aumenta cada vez mais na população pobre, intrigando o senso comum, que não consegue na maioria das vezes perceber a relação entre obesidade e pobreza.

1.4 Obesidade como Fenômeno na Pobreza

Inicialmente, será representado o significado social da pobreza, explicitando suas raízes materiais para em seguida pontuar a relação com a obesidade. Para delinear consistentemente a problemática da pobreza faz-se necessário reportar-se ao que Marx (1996) chamou de “A Lei Geral da Acumulação Capitalista”⁸³. Marx defendia que a lei geral da acumulação capitalista

[...] ocasiona uma acumulação de miséria correspondente à acumulação de capital. A acumulação da riqueza num pólo é, portanto, ao mesmo tempo, a acumulação de miséria, tormento de trabalho, escravidão, ignorância, brutalização e degradação moral no pólo oposto (MARX, 1996, p. 264).

No capítulo acerca da Lei Geral, o autor investigou como se dá o processo de acumulação e quais suas consequências sobre a classe trabalhadora. Em princípio, ele tratou da influência que o crescimento do capital exerce sobre o destino da classe trabalhadora, apresentando como fatores mais importantes nessa investigação: a composição do capital e as modificações que ela sofre no transcurso do processo de acumulação. Marx defendia que a composição do capital precisa ser entendida em duplo sentido: da perspectiva do valor e da perspectiva da matéria. Da primeira, “ela é determinada pela proporção em que se reparte em capital constante ou valor dos meios de produção e capital variável ou valor da força de trabalho, soma global dos salários” (MARX, 1996, p. 245); da perspectiva da matéria, referiu-se a como ela funciona no processo de produção,

cada capital se reparte em meios de produção e força de trabalho viva; essa composição é determinada pela proporção entre, por um lado, a massa dos meios de produção utilizados e, por outro lado, o montante do trabalho exigido para seu emprego (MARX, 1996, p. 245).

⁸³ MARX. O Capital, Livro I, Capítulo XXIII.

Marx chamou a primeira de composição-valor e a segunda de composição técnica do capital, afirmando que havia estreita correlação entre ambas.

O autor afirmava que crescimento do capital implica crescimento de sua parcela variável ou convertida em força de trabalho. Sendo assim, “uma parcela da mais-valia transformada em capital adicional precisa ser sempre retransformada em capital variável ou fundo adicional de trabalho” (MARX, 1996, p. 245). Ao supor que determinada massa de meios de produção ou de capital constante requeira sempre a mesma massa de força de trabalho para ser posta em movimento, então a demanda de trabalho e o fundo de subsistência dos trabalhadores cresce proporcionalmente ao capital, e quanto mais rápido mais rápido cresce o capital.

Assim, como o capital produz anualmente uma mais-valia, onde parte é adicionada anualmente ao capital original, como esse incremento cresce anualmente com o tamanho crescente do capital já em função, e como a escala da acumulação é subitamente ampliável mediante mera repartição modificada da mais-valia ou do mais-produto em capital e renda, as necessidades da acumulação do capital podem superar o crescimento da força de trabalho ou do número de trabalhadores, a demanda de trabalhadores pode se tornar maior que a sua oferta e conseqüentemente os salários se elevam (MARX, 1996, p. 246).

Marx (1996, p.235), ainda afirmou que

como a cada ano mais trabalhadores são ocupados do que no anterior, mais cedo ou mais tarde tem de se chegar ao ponto em que as necessidades da acumulação começam a crescer além da oferta habitual de trabalho, em que, portanto, começa o aumento salarial

Dessa forma, o caráter básico da produção capitalista não é modificado de forma alguma pelas circunstâncias mais ou menos favoráveis em que os assalariados se mantêm e se multiplicam da mesma forma que a reprodução simples reproduz ininterruptamente a própria relação capital,

capitalistas de um lado, assalariados do outro, também a reprodução em escala ampliada ou a acumulação reproduz a relação capital em escala ampliada, mais capitalistas ou capitalistas maiores neste pólo, mais assalariados naquele (MARX, 1996, p. 235).

Pode-se afirmar, de acordo com o autor, que a acumulação do capital é multiplicação do proletariado, à medida que a reprodução da força de trabalho, que de forma intensa precisa incorporar-se ao capital como meio de valorização, não havendo possibilidade de livrar-se dele, e cuja subordinação ao capital só é velada pela mudança dos capitalistas individuais a que se vende, constitui de fato um momento da própria reprodução do capital (MARX, 1996, p. 235).

Conforme Marx (1996, p. 252-253), (a lei da produção capitalista, que se subtende à pretensa “lei natural da população”, resume-se na:

relação entre capital, acumulação e taxa de salário não é nada mais que a relação entre o trabalho não-pago, transformado em capital, e o trabalho adicional necessário à movimentação do capital adicional. Não é, portanto, de modo algum uma relação de duas grandezas independentes entre si, por um lado a grandeza do capital, por outro o tamanho da população trabalhadora, mas é, em última instância, muito mais a relação entre o trabalho não-pago e o trabalho pago, da mesma população trabalhadora.

Por conseguinte, se cresce a quantidade de trabalho não pago fornecido pela classe trabalhadora e acumulada pela classe capitalista, de forma rápida para só com um aumento extraordinário de trabalho pago poder transformar-se em capital, logo o salário sobe e, tudo permanecendo constante, o trabalho não pago diminui proporcionalmente.

A lei da acumulação capitalista exprime de fato que sua natureza exclui toda diminuição no grau de exploração do trabalho ou toda elevação do preço do trabalho que representasse séria ameaça à reprodução continuada da relação capital e sua reprodução em escala sempre ampliada. Não poderia ser diferente considerando num modo de produção em que o trabalhador existe para as necessidades de valorização de valores existentes, ao invés de a riqueza objetiva existir para as necessidades de desenvolvimento do trabalhador (MARX, 1996, p. 253). O autor destaca que de acordo com os próprios economistas, “não é o volume existente da riqueza social nem a grandeza do capital já adquirido que acarretam uma elevação salarial, mas unicamente o crescimento contínuo da acumulação e a velocidade desse crescimento” (MARX, 1996, p. 253).

Marx (1996, p. 254) discorre acerca do *Decréscimo relativo da parte variável do capital com o progresso da acumulação e da concentração que a acompanha*, chegando aos seguintes resultados:

- a) o desenvolvimento social da produtividade do trabalho social se torna a mais poderosa alavanca da acumulação. O grau de produtividade social do trabalho se expressa no volume relativo dos meios de produção que um trabalhador, no decorrer de um tempo dado, com o mesmo dispêndio de força de trabalho, transforma em produto. Sendo assim, a massa dos meios de produção com que ele funciona cresce com a produtividade de seu trabalho.;
- b) o acréscimo dos meios de produção implica no decréscimo da massa de trabalho proporcionalmente (mudança na composição técnica);
- c) a diferença entre concentração e centralização de capitais. Ao contrário do processo de concentração, o processo de centralização do capital não depende do aumento do capital social;
- d) À medida que se desenvolve a produção e acumulação capitalista, na mesma proporção desenvolvem-se concorrência e crédito. Sendo assim, concorrência e crédito se constituem nas duas mais poderosas alavancas da centralização.

Ao avaliar a *Produção progressiva de uma superpopulação relativa ou exército industrial de reserva*, o autor afirma que o desenvolvimento da força produtiva do trabalho e a alteração causada na composição orgânica do capital, no modo de produção capitalista, não avançam apenas passo a passo com o progresso da acumulação ou o crescimento da riqueza social, e sim com rapidez incomparavelmente maior, pelo fato de tanto a acumulação simples ou a expansão absoluta do capital global ser acompanhada pela centralização de seus elementos individuais (MARX, 1996, p. 271).

Com o crescimento do capital global, há também um crescimento do seu componente variável, ou da força de trabalho nele incorporada, porém em proporção continuamente decrescente. Os períodos em que a acumulação se apresenta como expansão da produção, sobre uma base técnica dada, tornam-se cada vez mais curtos.

Por conseguinte, a acumulação capitalista produz constantemente, proporcional a sua energia e às suas dimensões, uma população trabalhadora

adicional relativamente supérflua ou subsidiária, no que concerne às necessidades de aproveitamento por parte do capital.

Conforme Marx (1996, p. 262-263)

se uma população trabalhadora excedente é produto necessário da acumulação ou do desenvolvimento da riqueza com base no capitalismo, essa superpopulação torna-se, por sua vez, a alavanca da acumulação capitalista, até uma condição de existência do modo de produção capitalista. Ela constitui um exército industrial de reserva disponível, que pertence ao capital de maneira tão absoluta, como se ele o tivesse criado à sua própria custa. Ela proporciona às suas mutáveis necessidades de valorização o material humano sempre pronto para ser explorado, independente dos limites do verdadeiro acréscimo populacional.

Não é suficiente à produção capitalista ter um quantitativo de força de trabalho disponível que o crescimento natural da população fornece. Ela precisa de um exército industrial de reserva independente dessa barreira natural, a fim de ter liberdade de ação.

Outrossim, o entendimento de Marx sobre o problema do pauperismo está profundamente articulado às formas de superpopulação relativa ou exército industrial de reserva. A superpopulação relativa é classificada por Marx em três formas contínuas: líquida, latente e estagnada. Por superpopulação líquida entende-se o conjunto de trabalhadores industriais sujeitos à seleção por idade ou por sexo. Atingido o número absorvido pela indústria, ele vai compor uma população migrante para outros centros industriais, o que gera o crescimento da mão de obra feminina. O capital consome rapidamente a força de trabalho desses trabalhadores e substitui por outro mais jovem ou o rebaixa na fileira dos excedentes. Como consequências, destacam-se: o rebaixamento da média de vida por desgastes de saúde e casamentos precoces, renovando de forma rápida a geração de trabalhadores industriais, e com isso os filhos são inseridos com maior rapidez no mercado.

A superpopulação latente compõe-se dos trabalhadores residentes em áreas rurais que procuram os centros urbanos em busca de emprego (proletariado urbano). A população rural flui continuamente para a cidade e supõe a existência de uma superpopulação latente do próprio campo, à espera de uma oportunidade de ampliação da oferta de trabalho. Sendo assim, tem-se como consequência o

rebaixamento do salário do trabalhador rural, encontrando-se este sempre próximo do pauperismo.

Já a superpopulação estagnada refere-se à parcela do exército ativo dos trabalhadores, porém com ocupação completamente irregular. Consiste em reserva inesgotável de força de trabalho disponível para o capital, e dela é extraído o máximo de tempo de serviço e o mínimo de salário. Essa forma de superpopulação absorve continuamente os redundantes da grande indústria, da agricultura e de ramos decadentes da indústria, constituindo-se elemento autorreprodutor e autopertuador da classe operária, com participação maior no seu crescimento global que as outras formas. Como consequências, tem-se a queda na condição de vida desses trabalhadores abaixo do nível normal médio da classe trabalhadora; não só a massa de nascimentos e óbitos, mas a grandeza absoluta das famílias está em proporção inversa dos salários.

Assim, faz-se necessário reportar-se a Marx (1996, p.273), que definiu de forma inequívoca o pauperismo:

O mais profundo sedimento da superpopulação relativa habita a esfera do pauperismo. Abstraindo vagabundos, delinquentes, prostitutas, em suma o lumpemproletariado propriamente dito, essa camada social consiste em três categorias. Primeiro, os aptos para o trabalho. Basta apenas observar superficialmente a estatística do pauperismo inglês e se constata que sua massa se expande a cada crise e decresce a toda retomada dos negócios. Segundo, órfãos e crianças indigentes. Eles são candidatos ao exército industrial de reserva e, em tempo de grande prosperidade, como, por exemplo, em 1860, são rápida e maciçamente incorporados ao exército ativo de trabalhadores. Terceiro, degredados, maltrapilhos, incapacitados para o trabalho. São notadamente indivíduos que sucumbem devido a sua imobilidade, causada pela divisão do trabalho, aqueles que ultrapassam a idade normal de um trabalhador e finalmente as vítimas da indústria, cujo número cresce com a maquinaria perigosa, minas, fábricas químicas etc., isto é, aleijados, doentes, viúvas etc.

Por fim, pode-se afirmar que quanto maior a acumulação de riqueza, maior a acumulação de miséria. Nas mesmas proporções com que se produz riqueza, produz-se também miséria; nas mesmas condições com que se processa o desenvolvimento da produtividade, desenvolve-se um cenário de condições que só privilegia uma parcela da população. Nisto consiste a lei geral da acumulação capitalista e a base objetiva do surgimento da pobreza sob o regime do capital.

O desenvolvimento do capitalismo passou por um processo intenso ao longo dos últimos séculos. O desenvolvimento capitalista se expande na medida em que segundo Mészáros (2002, p. 100), “o sistema do capital é *orientado para a expansão e movido pela acumulação*”.

A problemática da pobreza não desapareceu, ocorre na visão de Chossudovsky (1999), que ela foi deslocada dos centros mais desenvolvidos para a periferia do capitalismo, sem mesmo ter desaparecido nesses centros. Sendo assim, Chossudovsky (1999, p. 27) defende que,

No Sul, no Leste e no Norte uma minoria social privilegiada acumulou grande riqueza em prejuízo da grande maioria da população. Essa nova ordem financeira internacional é nutrida pela pobreza humana e pela destruição do meio ambiente. [...] Além disso, as reformas – visto que são aplicadas simultaneamente em mais de cem países – levam a uma *globalização da pobreza*, processo que aniquila a subsistência humana e destrói a sociedade no Sul, no Leste e no Norte.

O debate sobre o pauperismo segue caminhos diversos na atualidade, inclusive no Brasil. Sônia Rocha (2003), sob um ponto de vista diferente do marxiano, ocupa-se particularmente em conceituar pobreza a partir de uma aproximação ao caso brasileiro. Baseada em um conjunto significativo de estudos e pesquisas sobre o tema, desenvolvidos durante 20 anos, a autora elenca dez pontos de consenso quanto a essa temática. São eles:

O primeiro consenso diz respeito ao que se entende por pobreza no Brasil, afirmando que existe uma tendência ao se analisar pobreza e indigência, associar pobreza à fome. Porém, isto, na maioria das vezes, não corresponde à realidade, considerando que o número de pobres ou de indigentes está sendo definido a partir da renda e não da situação nutricional. Por mais que se saiba que os indigentes são definidos como aqueles onde a renda familiar *per capita* não é suficiente para a aquisição de uma alimentação adequada, não se pode necessariamente tratá-los como subnutridos. É claro que entre os indigentes a condição daqueles que passam fome é mais crítica.

Rocha (2003) comenta que o enfrentamento de problemas como o da fome e o da subnutrição depende naturalmente de renda, mas, especialmente, de

investimento em ações básicas de saúde voltadas às populações vulneráveis. A autora ressalta ainda que existe consenso entre os especialistas de que é pouco eficiente o fato de a distribuição de alimentos ter por base o critério de rendas dos beneficiários, seja em termos de focalização, seja em termos da relação custo-benefício, comparada a outras opções de política pública.

Sendo assim, a questão crítica da subnutrição difere do conceito mais geral de pobreza. Há consenso de que o conceito relevante no país ainda é o de pobreza absoluta, pelo fato de que amplas parcelas da população brasileira não dispõem dos meios para atender às suas necessidades básicas.

O segundo consenso refere-se ao declínio de longo prazo e à estabilidade recente acerca da pobreza, considerando que ao se avaliar a renda é importante constatar que os indicadores de pobreza para o Brasil permitem identificar quatro patamares diferentes nos últimos 30 anos, o que independe do valor das linhas de pobreza utilizadas. Entre 1970 e 1980, identifica-se uma redução significativa da incidência de pobreza, reflexo direto das altas taxas de crescimento da renda. No decorrer dos anos 1980 a 1993, a incidência de pobreza oscilou ano a ano, de acordo com as flutuações macroeconômicas de curto prazo. A redução drástica da inflação em 1994 possibilitou como subproduto uma considerável redução da incidência de pobreza, havendo uma estabilização entre 1995 e 1999. Há também um declínio da pobreza rural, de 53%, em 1990, para 40%, em 1999, o que ocorre devido à modernização agrícola no Centro-Sul, e do aumento das pessoas que recebem benefícios previdenciários e assistenciais, pois as condições de vida da população brasileira apresentaram melhorias contínuas durante os últimos 30 anos, apesar dos eventos adversos, tais como o desmantelamento dos sistemas nacionais de habitação e de saneamento nos anos 1980, e as sucessivas crises financeiras do setor público. Rocha (2003) utiliza dados do IBGE que são indicadores dos progressos nas condições de vida - a esperança de vida e a taxa de mortalidade infantil - e mostram progressos contínuos no longo prazo, bem como melhorias significativas quanto ao acesso a serviços públicos básicos e a alguns itens de conforto do domicílio.

O terceiro consenso tem como foco a pobreza e a desigualdade de renda. Conforme a autora existe consenso de que no caso do Brasil, a persistência da pobreza absoluta está vinculada à forte desigualdade na distribuição do rendimento. O padrão de concentração de renda apresenta-se ainda mais grave quando se considera a distribuição do rendimento *per capita* familiar, pois advém da repartição solidária do rendimento na família: “ao 1% das pessoas com renda familiar *per capita* mais altas correspondem 13,9% da renda total, enquanto os 50% com rendas mais baixas se apropriam de apenas 12% da renda total” (HOFFMANN, apud ROCHA, 2003, p. 178). Essas desigualdades na repartição da renda repercutem nos coeficientes de Gini⁸⁴ associados às distribuições de renda no Brasil, que se apresentam como dos mais elevados do mundo. Dessa forma, fica evidente que a repartição intrafamiliar não contribui na redução da desigualdade original de renda entre os indivíduos, e sim no seu agravamento.

Ainda que a pobreza absoluta consiga ser reduzida, seja pelo crescimento da renda, seja por melhorias na sua distribuição, existe consenso de que a redução da desigualdade de renda deve ser focada, minuciosamente, como um objetivo em si; pois ao depender apenas do crescimento da renda sem redução da desigualdade, posterga-se para uma data indefinida a eliminação da pobreza absoluta no país.

O quarto consenso apresenta a geografia da pobreza – urbanização e desigualdades regionais -, e onde a principal alteração na espacialização da pobreza no Brasil, numa perspectiva de longo prazo, foi a redução sustentada da pobreza rural. Ao longo de 30 anos (de 1970-99), foi evidenciado que à proporção que o país se urbanizava, a pobreza tornou-se essencialmente urbana e metropolitana. No final desse período, os pobres urbanos são a maioria, cerca de 80% dos pobres brasileiros.

Faz-se necessário ressaltar que o componente regional da pobreza no Brasil se mantém. Apesar das profundas transformações estruturais pelas quais passou o

⁸⁴ Refere-se ao índice de desigualdade sugerido pelo estatístico italiano Corrado Gini em 1914, utilizado frequentemente para expressar o grau de desigualdade de renda, cujo valor varia de zero (perfeita igualdade) até um (a desigualdade máxima) (BBC Brasil.com. 2005. Brasil tem 8ª maior desigualdade do mundo, diz ONU. Disponível em: http://www.bbc.co.uk/portuguese/reporterbbc/story/2005/09/050907_idhrw.shtml. Acesso em: 21 fev. 2010.

país em 30 anos, não houve indícios de rompimento da herança de pobreza nas regiões Norte e Nordeste - quando se consideram indicadores de renda ou quaisquer outros aspectos da condição de vida das pessoas e famílias, a incidência de pobreza é mais elevada no Norte e Nordeste, e sensivelmente mais baixa no Centro-Sul.

O quinto consenso faz referência à heterogeneidade da pobreza⁸⁵ no caso brasileiro, considerando que ao se tratar de um país de tamanho continental e com diferenças regionais tão acentuadas, sejam físicas, produtivas ou socioculturais, é de fácil entendimento que indivíduos e famílias apresentem características diversas, de acordo com a sua região e seu local de residência - urbano ou rural. A pobreza rural nordestina é uma pobreza característica de sociedades tradicionais, que estão à margem do crescimento urbano-industrial, enquanto a pobreza nas duas principais metrópoles do país “está articulada, social e economicamente, ao funcionamento do centro dinâmico da economia nacional, havendo, no meio urbano, interação frequente entre as subpopulações pobres e não-pobres” (ROCHA, 2003 p. 183). A autora defende que a caracterização dessas duas subpopulações pobres baseadas em suas diferenças essenciais evidencia a necessidade de se conceber estratégias diversas de combate à pobreza, de acordo com o perfil de cada população.

O sexto consenso reflete sobre educação, renda e pobreza, afirmando que há um amplo reconhecimento, a longo prazo, de que a redução da pobreza absoluta e da desigualdade de renda no Brasil passa necessariamente por mudanças estruturais no sistema educacional, que venham preparar os jovens para o mercado de trabalho, garantindo aos mais pobres o acesso à escola e à educação de qualidade.

Faz-se necessário ressaltar que apesar de a pobreza ser um fenômeno complexo, associado a múltiplas causas, as evidências empíricas existentes permitem correlacionar, de forma evidente, pobreza e baixo nível de escolaridade; tais evidências não significam necessariamente condenação à pobreza, pois se sabe que pessoas com baixo nível de escolaridade repartem-se de forma bastante

⁸⁵ Com base nas linhas de pobreza derivadas da Pesquisa de Orçamentos Familiares.

uniforme ao longo da distribuição de rendimentos. Porém, entre os pobres, prevalecem indivíduos com baixo nível de escolaridade.

Ao abordar o sétimo consenso - Pobreza e mercado de trabalho –, a autora argumenta que a forma desejável de os indivíduos terem a renda necessária para evitar a pobreza dá-se pela inserção destes no mercado de trabalho. Porém, diante das características estruturais do mercado de trabalho brasileiro, mesmo que os trabalhadores venham a se envolver em tempo integral em atividades formais com remuneração de um salário-mínimo, eles continuarão a ser pobres, devido à composição de sua família e ao baixo valor salarial.

Outro ponto abordado é a rapidez com que o mercado de trabalho brasileiro vem se especializando, resultando em número insuficiente de postos de trabalho e no aumento relativo da participação da mão de obra qualificada. Dessa forma, o resultado tem sido a expansão da informalidade e a exclusão do mercado de trabalho daqueles trabalhadores com baixo nível de escolaridade.

O oitavo consenso aborda as crianças como a parcela mais vulnerável da sociedade. Comumente, há uma tendência de associar a vulnerabilidade dos indivíduos às idades extremas, em razão das limitações físicas e de dependência associadas a elas. Porém, há evidências empíricas no Brasil de que os idosos se beneficiam de mecanismos de política pública, fazendo com que, como permitindo que como grupo etário, seja aquele com mais baixa incidência de pobreza. Dados de 1999 revelam que pouco menos de 16% dos indivíduos com 60 anos tinham rendimento familiar *per capita* abaixo da linha de pobreza, enquanto 54,5% das crianças com menos de quatro anos se encontravam nessa situação.

Em decorrência do ciclo de vida das famílias – que ajusta início da inserção dos pais no mercado de trabalho, nascimento dos filhos e conseqüente aumento da taxa de dependência⁸⁶ -, as crianças são especialmente vulneráveis à pobreza. Como foi evidenciado acima, mais da metade das crianças com menos de quatro anos são pobres, e tal proporção declina com o aumento da idade.

⁸⁶ Refere-se à dependência total das crianças em relação aos adultos da família.

No nono consenso, sobre o “bom desenho” da política antipobreza, considera-se que devido ao aumento de informações e experiências acerca da pobreza no Brasil, tem havido um distanciamento claro entre políticas antipobreza e iniciativas filantrópicas. A eficácia dessas políticas está atrelada à necessidade de que “os mecanismos de apoio e promoção dos pobres sejam concebidos de forma a atender a objetivos claramente explicitados” (ROCHA, 2003, p.189), o que significa definição e meios (financeiros e gerenciais) compatíveis com as ações a serem desenvolvidas junto a uma determinada população-alvo bem delimitada. Bem como faz-se necessário acompanhamento permanente e avaliações periódicas dos resultados alcançados, a fim de que seja mensurado o grau de sucesso alcançado por ação. Sendo assim, os componentes básicos⁸⁷ de programas antipobreza têm de ser definidos na fase inicial, na etapa de planejamento que precede a sua operacionalização propriamente dita.

A autora considera ainda que é essencial ter como pressuposto de qualquer iniciativa o fato de que a pobreza é uma síndrome de carências diversas, e sua compreensão não pode ficar restrita à insuficiência de renda, e que a família é a unidade de referência para a política antipobreza, ressaltando assim as ações integradas: “que embora estas, eventualmente, tenham como alvo indivíduos com características específicas, é a família que, em última instância, deve ser atendida e apoiada” (ROCHA, 2003, p.190).

Por fim, o décimo e último consenso reflete sobre quanto custa eliminar a pobreza. Ao refletir acerca disso, é frequente que o debate concentre-se na possibilidade de mobilizar novos recursos para o financiamento de ações específicas dos diferentes níveis de governo. E nessa direção, é também frequente que a pobreza seja tratada apenas como insuficiência de renda. Por conseguinte, o custo de erradicação está associado à eliminação do “hiato de renda, isto é, ao montante de recursos necessários para elevar a renda de todos os pobres ao valor da linha de pobreza” (ROCHA, 2003, p.191).

⁸⁷ O primeiro desses componentes refere-se à determinação de qual objetivo (ou objetivos) que se propõe atingir, explicitando (os) de forma clara. O segundo componente básico do desenho de um programa antipobreza diz respeito aos instrumentos para o seu monitoramento e avaliação, que envolve o processo de seleção dos indivíduos ou famílias a serem atendidos em um determinado programa, até o estabelecimento dos indicadores que permitam chegar a resultados bem-sucedidos no decorrer de períodos anteriormente definidos (ROCHA, 2003).

Sabe-se que mesmo com as dificuldades operacionais, mecanismos antipobreza baseados na transferência de renda têm conquistado espaço nos últimos anos. Porém, não se referem a programas de renda mínima universais e de valor compatível com o atendimento das necessidades básicas, e sim, na sua maioria, à utilização de transferências monetárias vinculadas a outras ações sociais evidenciadas em “clientelas específicas”.

Existe um consenso de que o desenvolvimento dos programas de transferência de renda tem de ser, essencialmente, construído com cautela, e sobre a necessidade de instrumentalizar a administração pública para lidar com a complexidade dessas políticas. Rocha (2003), ao reafirmar que não se pode limitar a pobreza à insuficiência de renda, defende que gastos associados a outras necessidades dos mais pobres, em especial aquelas ligadas ao provimento de serviços públicos básicos e os de promoção social, constituem um conjunto indispensável de ações, tendo em vista uma política antipobreza. As ações antipobreza, bem como mecanismos de política social de caráter universal, resultam em despesas genericamente consideradas gastos sociais.

O gasto social no Brasil, que envolve a totalidade dos gastos da previdência, da saúde, da educação, equivale a cerca de 20% do PIB (Produto Interno Bruto). Assim, é evidente que a persistência da pobreza não tem vinculação com a insuficiência do gasto público, tampouco se trata somente da mobilização de recursos adicionais, mas de mudança na natureza do gasto social e de melhoria da sua eficiência. Há consenso teórico sobre a prioridade que deve ser dada às despesas relacionadas às necessidades básicas de alimentação, saúde, educação e saneamento, evidenciando os mais pobres, e corrigindo as iniquidades distributivas do gasto social; no entanto, defronta-se, concretamente, com obstáculos legais e políticos à mudança.

Portanto, adotar o combate à pobreza como bandeira política consequente exige uma reestruturação do gasto social e o redesenho dos mecanismos voltados ao atendimento dos mais pobres. A autora condensa suas ideias, quando diz:

Especificamente, na operacionalização de políticas antipobreza, é indispensável concentrar o uso de recursos, antigos ou novos, em políticas de objetivos claros focalizados em populações bem

definidas. É essencial priorizar o atendimento aos mais pobres, mas garantindo a eficiência operacional, tanto de medidas assistenciais, que apenas amenizam os sintomas presentes da pobreza, como daquelas que têm o potencial de romper de forma definitiva o círculo vicioso da pobreza (ROCHA, 2003, p. 193).

Como foi descrito acima, é incontestável a contribuição da mencionada autora na análise da pobreza no Brasil, resultado de uma pesquisa empírica. Não se pode negar que os efeitos desumanos do pauperismo sobre as populações exigem ações, ainda que de caráter paliativo. Porém, sabe-se que não se pode perder de vista a apreensão do fenômeno na sua essência, nos “aspectos essenciais que compõem a causalidade das relações sociais capitalistas em suas leis de expansão e acumulação geradoras das desigualdades sociais e de seu caráter de classe” (SANTOS; COSTA, 2007, p. 6).

Para Borón (2010):

Não se pode combater a pobreza (nem erradicá-la) adotando-se medidas capitalistas. Isso porque o sistema obedece a uma lógica implacável centrada na obtenção do lucro, o que concentra a riqueza e aumenta incessantemente a pobreza e as desigualdades sócio-econômicas a nível mundial.

Sendo assim, se de um lado, são maiores o produto social, a capacidade de gerar riqueza e a produtividade do trabalho, por outro lado, maiores serão os índices de miséria, pobreza e desemprego. Isto se dá porque, no capitalismo, o objetivo da produção não consiste na satisfação das necessidades humanas, mas na obtenção de lucro.

Marini (1991) comenta que ao avaliar o processo de constituição da economia mundial que integra as economias nacionais ao mercado global, verifica-se uma desigualdade nas relações de produção, que se dá devido ao desenvolvimento de certas partes do sistema ocorrer à custa do subdesenvolvimento de outras. As relações tradicionais são baseadas no controle do mercado por parte das nações hegemônicas, o que conduz à transferência do excedente gerado nos países dependentes para os países dominantes, tanto na forma de lucros quanto na forma de juros, provocando a perda de controle dos dependentes sobre seus recursos. Porém, a geração deste excedente não se faz presente nos países periféricos por

conta da criação de níveis avançados de tecnologia, e sim devido à superexploração da força de trabalho.

Assim, sabe-se desde Marx que a miséria é o produto mais genuíno do capitalismo. A concentração de riqueza, concentração de capital, processo intrínseco e necessário à reprodução capitalista, vem se aprofundando em toda a economia mundial. Como bem se expressou Seabrook nas seguintes palavras: “a pobreza não pode ser curada, pois não é um sintoma da doença do capitalismo [...] é evidência da sua saúde” (SEABROOK apud BAUMAN, 1999, p. 87).

Retomando a análise do fenômeno da obesidade, Raj Patel⁸⁸ (2008) afirma que no passado, as pessoas obesas eram os ricos e as pessoas com fome eram os pobres. Porém, hoje, a fome e a obesidade são sinais de pessoas que não conseguem controlar suas dietas. A falta de controle por parte dessas pessoas não se refere à força de vontade, mas à incapacidade de controlar suas condições de alimentação, o acesso a frutas e verduras, o acesso a alimentos saudáveis. O autor faz referência aos Estados Unidos, e sugere que naquele país é muito mais difícil para comunidades pobres e pessoas da raça negra terem acesso às frutas e verduras; é o caso, por exemplo, de West Oakland, cidade da Califórnia, onde há apenas um supermercado, e dezenas de lojas de vinhos e licores, onde não há verduras e frutas frescas, mas apenas alimentos industriais processados.

Os Estados Unidos têm vivenciado, nos tempos atuais, uma epidemia de obesidade que custa ao país US\$ 147 bilhões por ano em gastos com saúde. Segundo as últimas estatísticas do governo americano, 32,2% dos americanos adultos e 17,1% das crianças já são clinicamente obesos⁸⁹.

A obesidade como problema de saúde pública tem sido motivo de preocupação dos gestores públicos norte-americanos pela proporção dos prejuízos que vem causando aos cofres públicos; assim, algumas ações, mesmo que tímidas e particularizadas, vêm sendo desenvolvidas no combate à obesidade naquele país.

⁸⁸ Raj Patel é professor da Universidade de Berkeley nos EUA, escritor, ativista, ex-analista político e especialista em alimentos; trabalhou para o Banco Mundial e para Organização Mundial do Comércio.

⁸⁹ BBC Brasil. Campanha contra obesidade em NY mostra refrigerante despejando copo de banha. Atualizado em 7 de outubro, 2009. Disponível em <http://www.bbc.co.uk/portuguese/noticias/2009/10/091007_propagandaobesidadefn.shtml>. Acesso em: 10 set. 2009.

Em Nova Iorque, a Prefeitura obrigou cafés, restaurantes e lanchonetes a especificarem a quantidade de calorias nos cardápios, enviou vendedores de frutas para bairros pobres e deu incentivos a pequenas lojas para venderem frutas e vegetais. A cidade vem liderando as campanhas e iniciativas para aumentar impostos para refrigerantes e *fast-food* e diminuir os impostos para lojas que vendem frutas e vegetais em bairros pobres. Nova Iorque está sendo observada por autoridades de saúde de todo o país⁹⁰.

Em contrapartida, a crise econômica mundial e as misérias produzidas pelo capital não poupam nem mesmo a grande potência mundial – os Estados Unidos. Em um mesmo país, envolto numa epidemia de obesidade, assiste-se ao aumento no número de americanos que não têm comida suficiente e vivem na insegurança alimentar.

Novo relatório federal, divulgado no segundo semestre de 2009, mostra que quase 50 milhões de pessoas que viveram nos Estados Unidos em 2008 - incluindo quase um em cada quatro crianças – não obtiveram o acesso seguro aos alimentos, lutando para conseguir o suficiente para comer⁹¹.

No mencionado relatório, a magnitude do aumento da escassez de alimentos, e, em alguns casos da fome, entre crianças e adultos, supera de longe os resultados de qualquer outro ano na história do relatório no país⁹².

O aparente paradoxo entre obesidade e pobreza também não encontra consonância com a realidade social do Brasil, quando estudos evidenciam um aumento notável na incidência de sobrepeso e obesidade em populações socioeconômicas mais pobres; populações essas que sofrem com as iniquidades no acesso às mensagens de promoção e educação à saúde, e serviços de assistência à saúde. Entretanto, as determinações da obesidade na pobreza estão além dessas

⁹⁰ BBC Brasil. 2009. Campanha contra obesidade em NY mostra refrigerante despejando copo de banha. Disponível em: <http://www.bbc.co.uk/portuguese/noticias/2009/10/091007_propagandaobesidadefn.shtml>. Acesso em: 12 mar. 2010.

⁹¹ WASHINGTON POST, nov. 2009. More Americans going hungry. Disponível em <<http://www.washingtonpost.com/wpdyn/content/article/2009/11/16/AR2009111601598.html?wpisrc=newsletter>>. Acesso em: 13 dez. 2009.

⁹² WASHINGTON POST, op. cit.

iniquidades; são também expressões da regência da acumulação do capital na atualidade, como será visto na segunda seção.

Segundo o IBGE (2004), na evolução do estado nutricional da população adulta brasileira nos inquéritos nacionais realizados entre 1975 e 2003, pode-se notar que a prevalência de sobrepeso continuou a aumentar em homens, e houve uma estabilização nas prevalências de obesidade encontrada para mulheres do Sudeste, Sul e Centro-Oeste. Já na região Nordeste, há aumento na prevalência do sobrepeso e da obesidade. Tomando-se o Brasil como um todo, o aumento nas prevalências dessas duas categorias só ocorreu nas mulheres mais pobres, nas famílias com rendimento mensal até meio salário- mínimo por pessoa⁹³.

Por conseguinte, em todas as regiões do Brasil, parcelas significativas da população adulta apresentam sobrepeso e obesidade⁹⁴. Em se tratando de distribuição regional, as referidas pesquisas indicam maior prevalência de obesidade severa no Sul, sendo superada pelo Sudeste em 2002/2003. Mas merece ser ressaltado o fato de o Nordeste, a mais pobre região do país e que, tradicionalmente, apresenta os mais altos índices de desnutrição, obter um crescimento de 760% na prevalência de sobrepeso e obesidade⁹⁵.

Esses dados revelam um contrassenso, pois em um país com altos níveis de miséria e fome, o crescimento da obesidade provoca ônus econômico à nação e leva a população ao adoecimento. Estima-se que o Brasil gaste 1,5 bilhões de reais por ano com internações hospitalares, consultas médicas e remédios para o tratamento do excesso de massa corporal e doenças associadas: “600 milhões vêm do Sistema Único de Saúde – SUS –, o equivalente a 12 % do orçamento do governo gasto com todas as outras doenças” (ANJOS, 2006, p.29,30).

O Ministério da Saúde tem considerado, diante das últimas pesquisas, que a fome deixou de ser o grande problema de saúde pública do Brasil na área alimentar; atualmente, a obesidade preocupa mais que a desnutrição. No ano de 2005, durante a 32ª Sessão do Comitê Permanente de Nutrição das Nações Unidas (SCN), em

⁹³ Cf. ANJOS, 2006.

⁹⁴ Cf. PINHEIRO; FREITAS; CORSO, 2004.

⁹⁵ Cf. SANTOS et al., 2008.

Brasília, houve uma discussão importante que reafirmou a relação entre o problema da obesidade e a má alimentação durante a infância. Durante os debates, os especialistas reforçaram que a criança que sofre de desnutrição, desde o ventre até os dois anos, tem o seu metabolismo afetado. Essa disfunção pode fazer com que no futuro essa criança tenha tendência a desenvolver a obesidade⁹⁶. Assim, o desnutrido de hoje poderá ser o obeso de amanhã.

Alguns estudos relatam ainda que famílias mais pobres tendem a consumir dietas de alta densidade energética, por serem mais baratas⁹⁷. As estratégias de consumo alimentar estariam, assim, caracterizadas pela seleção de alimentos baratos e de alta densidade calórica, como as gorduras e os açúcares, através dos quais os pobres conseguem as calorias de que necessitam para sobreviver⁹⁸. Ao mesmo tempo, seu lazer limita-se praticamente a assistir a programas de televisão, tornando-se sedentárias⁹⁹.

A violência nas áreas urbanas e pobres tem se apresentado como grande dificuldade para a prática de exercícios, e conseqüentemente tem privado crianças e adolescente de locais adequados para desenvolverem suas atividades físicas, favorecendo o aumento da prevalência de obesidade nesses segmentos.

Estudo realizado com mulheres moradoras da Favela da Rocinha - usuárias do Centro de Saúde Píndaro de Carvalho Rodrigues, localizado no bairro da Gávea, zona sul do município do Rio de Janeiro¹⁰⁰ - verificou que a escolha dos alimentos entre as classes menos favorecidas geralmente está relacionada ao valor monetário destas, sendo o valor dos itens que define a seleção. A pesquisa demonstra que a escolha da alimentação é direcionada para alimentos de digestão mais demorada, que vêm a promover maior saciedade, mantendo uma íntima relação com a

⁹⁶ Mundo discute fome e má-nutrição em Brasília. 2005. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/consea/exec/noticias.cfm?cod=3342>>. Acesso em: 5 jun. 2007.

⁹⁷ Cf. MARINHO et al., 2003.

⁹⁸ Cf. ZALUAR, 1985.

⁹⁹ Cf. WORD HEALTH ORGANIZATION, 1995 apud MARINHO et al., 2003.

¹⁰⁰ A pesquisa foi desenvolvida entre os meses de outubro de 2002 e janeiro de 2003, por Vanessa Alves Ferreira - Mestre em Ciências na área de Saúde Pública - do Departamento de Nutrição, Centro de Ciências da Saúde, Faculdades Federais Integradas de Diamantina.

condição socioeconômica, além de estar ligada também aos hábitos familiares, pois, por vezes, a pobreza impõe hábitos e escolhas alimentares¹⁰¹.

Sawaya et al. (2003) também desenvolveram uma pesquisa sobre as condições nutricionais e de pobreza de duas populações moradoras em favelas, nos municípios de Maceió e São Paulo. Os resultados apresentados revelam que no Brasil, a associação entre pobreza e estado nutricional (incluindo desnutrição energético-proteica e obesidade) é complexa e ainda pouco conhecida. Há um número elevado de indivíduos obesos nas populações brasileiras que vivem abaixo da linha de pobreza nas zonas urbanas. Assim, a obesidade coexiste com altas prevalências de desnutrição. Esses resultados estão associados à alimentação deficiente, sobretudo em qualidade, levando à alta prevalência de baixa estatura Sawaya et al. (2003, p. 43).

As pessoas com excesso de peso e obesidade convivem no seu cotidiano com os seguintes aspectos: altos preços das frutas e vegetais, como também de outros alimentos com alta qualidade nutricional, tornando-se os alimentos inacessíveis a grande parte dos obesos; a inexistência ou pouca eficácia dos mecanismos de regulação à indústria alimentar, que oferece alimentos datados de alta concentração de energia (ricos em gorduras e açúcares), mas deficientes em outros nutrientes essenciais; em contrapartida, os alimentos disponíveis mais facilmente à população de baixa renda são aqueles produtos comercializados em massa, não diferenciados e baratos¹⁰².

Outrossim, assiste-se diariamente, no cotidiano das pessoas com sobrepeso e obesidade, ao consumo elevado de alimentos e bebidas ricos em energia, mas pobres em nutrientes (com alto teor de gordura total e saturada, sal e açúcares), em combinação com a ingestão insuficiente de frutas e vegetais. A indústria de alimentos apresenta êxito na sua investida, à medida que estabelece novos padrões de alimentação, instituindo modos de consumir e de se alimentar em consonância com os interesses do capital e, conseqüentemente, estimulando o aumento dos transtornos alimentares e desequilíbrios nutricionais.

¹⁰¹ Cf. FERREIRA, 2003.

¹⁰² Cf. ANJOS, 2006.

De acordo com Ferreira (2003, p. 1), em relação ao Brasil,

ainda sem equacionar satisfatoriamente os agravos relacionados à carência absoluta de alimentos, o país enfrenta a convivência de perfis morbi-mortalidade aparentemente paradoxais, como o crescimento da obesidade associado à pobreza.

Historicamente, associa-se a obesidade à abundância de alimentos, e a pobreza à escassez de recursos. Hoje essa relação já não reflete precisamente a realidade. A obesidade já não é síndrome das sociedades ricas; foi-se o tempo em que a obesidade era denominada exclusivamente como “doença da riqueza”, relacionando o acúmulo de peso corporal apenas à disponibilidade (quantidade) dos alimentos, sem avaliar o valor nutricional destes.

Sichieri (2002) concluíram que a complexidade da associação entre renda e prevalência de obesidade, principalmente quando considerada a sua evolução temporal, mostra “quão tênue é a divisão entre as chamadas doenças da afluência e doenças da pobreza”. Sichieri (1998, p. 20) faz a defesa de que,

[...] no Brasil não ocorreu uma verdadeira transição epidemiológica e nutricional que se caracteriza pelo quase desaparecimento das doenças carenciais e sua substituição por doenças como a obesidade. O Brasil é exemplo de um mosaico, onde convivem altas prevalências de anemia e hipovitaminose subclínica com alta prevalência de obesidade.

A obesidade, que inicialmente predominava nas classes econômicas de maior renda, vem apresentando uma evolução temporal com predominância nas populações mais pobres, principalmente entre as mulheres¹⁰³.

Batista Filho e Rissin (2003) comentam que ao mesmo tempo que declina a ocorrência da desnutrição em crianças e adultos num ritmo bem acelerado, aumenta a prevalência de sobrepeso e obesidade na população brasileira.

O relatório anual da Organização das Nações Unidas (ONU) a respeito de segurança alimentar, lançado no segundo semestre de 2009, registra que mais de

¹⁰³ Cf. SICHIERI et al., 2002.

um bilhão de pessoas, cerca de um sexto da população mundial, sofrem com a subnutrição¹⁰⁴.

O secretário-geral da Organização das Nações Unidas (ONU), Ban Ki-moon, destacou em seu discurso na Cúpula Mundial de Segurança Alimentar, em Roma, que milhões de pessoas foram empurradas para a pobreza e a fome em razão do aumento do preço dos alimentos. Ban Ki-moon afirmou que “o mundo produz alimentos mais do que o suficiente, mas temos mais de dois bilhões de pessoas passando fome. Para muitos, viver com fome é uma realidade diária”¹⁰⁵.

Mandel (1990, p. 115), ao analisar a fome de 1973/74 no cenário mundial, já fazia referência à regência do capital, ao afirmar que a fome foi em grande parte “pré-fabricada pela política deliberada de sustentação de preços através de uma redução artificial das áreas plantadas e da produção, ou seja, através da lógica infernal da economia de mercado”. Conforme o autor, a fome de 1973/74 “na zona do Sahel, na África, e em zona importante da península indiana” representa um exemplo claro da irracionalidade da produção capitalista que estabelece o lucro ao invés das necessidades humanas no centro da produção.

Mandel faz referência ainda às consequências das normas burguesas de distribuição, ou seja, de desigualdade social, que “restringem o consumo de alimentos para as camadas pobres da população, independentemente da disponibilidade física de produtos alimentares” (MANDEL, 1990, p. 116).

Atualmente, nos países considerados de capitalismo central e naqueles de capitalismo periférico que se encontram no estágio de transição nutricional (entre os quais o Brasil), percebe-se a diminuição na prevalência da desnutrição e o predomínio do excesso de peso. O Comitê Permanente sobre Nutrição considera que a presença da desnutrição, deficiência de micronutrientes, excesso de peso e outras doenças crônicas não transmissíveis coexistem nas mesmas comunidades e,

¹⁰⁴ DECLARACIÓN DE LA CUMBRE MUNDIAL SOBRE LA SEGURIDAD ALIMENTARIA. Roma, 16–18 de noviembre de 2009. Disponível em: <http://www.fao.org/fileadmin/templates/wsfs/Summit/Docs/Final_Declaration/K6050S_WSFS_OEWG_06.pdf>. Acesso em: 21 dez 2009.

¹⁰⁵ Agência Brasil, 2009. Começa Cúpula Mundial de Segurança Alimentar sem a participação de líderes do G8. Disponível em: <<http://www.infojus.com.br/noticias/comeca-cupula-mundial-de-seguranca-alimentar-sem-a-participacao-de-lideres-do-g8/>>. Acesso em: 23 mar. 2010.

muitas vezes, no mesmo domicílio, caracterizando a transição nutricional¹⁰⁶. Sendo assim, são verificados dois extremos da má nutrição – desnutrição pela carência e obesidade pelo excesso – que compartilham o mesmo cenário¹⁰⁷.

Esses dois extremos, ora por falta ora por “excesso”, representados pela desnutrição/fome e pelo fenômeno da obesidade na pobreza, refletem o cenário contraditório do sistema de produção capitalista, repleto de iniquidades, capaz de desapropriar o homem das suas próprias escolhas, impedindo a realização plena das suas potencialidades.

Borges (2010) reflete bem o que a lógica do consumo produz, quando diz que:

Esse consumo é produzido através da criação de necessidades e desejos. Esse papel é exercido pela publicidade, pela mídia em suas mais variadas faces. E os desejos sobre os produtos e serviços da sociedade de consumo devem produzir tentações pulsantes, que não sejam saciadas. A diminuição do tempo de vida útil dos produtos, o *'fast'*, algo que vem e que vai num piscar de olhos, mas um ir que deixa o caminho para o outro, o seguinte, é o movimento incessante do consumo.

Na contemporaneidade, os problemas advindos da obesidade ganham enormes proporções e vêm se agravando a cada dia como fenômeno universal, multifatorial e de difícil tratamento. Tem-se claro que o entendimento da obesidade vai além dos aparentes fatores genéticos, comportamentais ou emocionais. As determinações dessa doença perpassam por questões sociais, políticas e econômicas que, na maioria das vezes, são mascaradas pela forma fragmentada como muitas vezes é estudada e compreendida a obesidade.

Nesta direção, é correto afirmar que a epidemia da obesidade está associada a alterações que ocorreram no mundo capitalista, isto é, existe uma relação intrínseca e contraditória entre a lógica do capital e o fenômeno da obesidade na pobreza, paralela à desnutrição e à fome, sendo por isso imprescindível ao presente estudo identificar quais os determinantes do agravamento da obesidade na pobreza, relacionando-os à produção alimentícia.

¹⁰⁶ Cf. STANDING COMMITTEE ON NUTRITION, (2006 apud COUTINHO, 2008).

¹⁰⁷ Cf. ANJOS, 2006.

O paradoxo entre obesidade e fome, como duas faces de uma mesma moeda – sob a regência do capital -, apresenta-se mais perceptível quando a crise que assola as economias do mundo inteiro reflete cada dia, de forma abominável, sobre as condições materiais de existência da maioria da população mundial: obesos e famintos. Ambos, subjugados pelas leis do mercado, pelas orientações políticas e econômicas do Banco Mundial e da OMC – Organização Mundial do Comércio, que regulam os preços dos alimentos e impedem que os países economicamente dependentes regulamentem suas exportações e importações, ficando estes sob o jugo das medidas protecionistas e subsídios dos países ricos. Na próxima seção será aprofundado este debate.

2 DETERMINANTES DO AGRAVAMENTO DA OBESIDADE NA POBREZA NO CAPITALISMO CONTEMPORÂNEO

A obesidade como problema social, apesar de não ter no meio científico e diante do Estado o mesmo tratamento e importância que os aspectos fisiológicos, anatômicos e psicológicos da doença, tem a sua relevância crescente, à medida que estudos e pesquisas com enfoques tradicionais não conseguem responder à complexidade do fenômeno da obesidade na pobreza.

Já não é novidade que a obesidade causa vários problemas de saúde, e que especialistas na doença recomendam dieta rica em frutas, hortaliças e grãos integrais, e pobre em gorduras e açúcares, além da prática regular de atividades físicas. Porém, o questionamento é se famílias que vivem na pobreza têm oportunidade e livre escolha de produtos alimentícios, e se comprar alimentos de baixa qualidade nutricional e elevada densidade energética é mais viável economicamente do que adquirir verduras, frutas, legumes e carnes magras.

Nessa direção é que esta seção se propõe tratar dos determinantes do agravamento da obesidade na pobreza, tendo em vista pesquisar a relação existente entre o fenômeno da obesidade na pobreza e a lógica mercantil do capital.

Tem-se clareza aqui de que o crescimento de obesos pobres não se dá exclusivamente pela falta da disponibilidade de alimentos saudáveis. Estudos não descartam o conteúdo cultural dessas escolhas¹⁰⁸, bem como o fato de a obesidade poder estar associada à desnutrição na infância¹⁰⁹.

2.1 Tendências da Produção Alimentícia no Capitalismo Contemporâneo: Baixa Qualidade Nutricional X Lógica do Lucro

Como dito anteriormente, na década de 1970, após ter vivido um longo período de expansão, o capitalismo entrou num novo ciclo de crise, manifestada numa longa e profunda recessão, que combina baixas taxas de crescimento com

¹⁰⁸ Mas até que ponto essas escolhas alimentares, amparadas pelos valores culturais, são reflexo de escolhas no passado por itens que respondiam de melhor forma aos padrões de comensalidade dessas famílias? Tal questionamento merece estudos posteriores.

¹⁰⁹ Fato este que envolve também a ineficiência da política de segurança alimentar e nutricional, que não consegue atender às duas faces da insegurança: a desnutrição e a obesidade.

altas taxas de inflação. Como resposta à crise estrutural do capital, aflorou nas economias centrais um novo modelo produtivo com desdobramentos no mundo inteiro. O enfrentamento para esse processo de crise, tendo em vista sua reversão e a retomada do crescimento, deu-se na reestruturação produtiva, somada ao neoliberalismo, cujas ideias postulavam a recuperação das leis de mercado e da livre iniciativa¹¹⁰.

Segundo Paulo Netto (1992), o neoliberalismo enquanto argumentação teórica restaura o mercado como instância mediadora societal elementar e insuperável, e uma proposição política que repõe o Estado mínimo como alternativa e forma para a democracia. Esta nova fase, denominada por muitos de neoliberal, corresponde a uma determinada crise do Estado de Bem-Estar Social (*Welfare State*).

De acordo com Correia (2006, p. 2), “o retorno do *laissez-faire* em tempos de globalização permite que o fluxo de capitais se mobilize instantaneamente entre os mercados mundiais, favorecendo os monopólios financeiros que controlam a economia mundial”.

Miglioli (1998) sintetiza bem esse período quando afirma que os neoliberais propõem uma política econômica baseada: na redução do tamanho do Estado na economia com a diminuição dos gastos públicos e privatização das empresas públicas; na desregulação das atividades econômicas com a liberdade de ação para as forças do mercado; e no livre fluxo de mercadorias e capitais entre os países.

Na contemporaneidade, o processo de reestruturação produtiva tem provocado o aprofundamento do fenômeno da vulnerabilidade do trabalho, demonstrado pelo desemprego estrutural e pela precarização do trabalho. De acordo com Antunes (1995), a crise experimentada pelo capital, e suas respectivas respostas, como o neoliberalismo e a reestruturação produtiva, têm acarretado, entre outras consequências, profundas mutações no interior do mundo do trabalho,

¹¹⁰ O modelo produtivo toyotista gestado no capitalismo japonês e generalizado por alguns autores como “acumulação flexível” veio como resposta à crise, fundamentando-se num padrão tecnológico extremamente avançado, resultado da introdução de novas técnicas da gestão da força de trabalho, assim como da introdução de computadores no processo produtivo e serviços (ANTUNES, 1999).

tais quais: o desemprego estrutural, a precarização do trabalho, "além de uma degradação que se amplia, na relação metabólica entre homem e natureza, conduzida pela lógica societal voltada prioritariamente para a produção de mercadoria e para valorização do capital" (ANTUNES, 1995, p. 45).

Sendo assim, a intensificação do processo de precarização do trabalho e suas diversas formas de exploração têm significado precárias condições de vida para milhões de pessoas que estão imersas na luta pela sobrevivência e são obrigadas a submeter-se a formas desumanas de trabalho, sofrendo a superexploração da sua força de trabalho e, conseqüentemente, ressoando nas diversas áreas da vida humana, agravando com celeridade a questão social.

Marx, com a determinação de voltar-se para o movimento do mundo real, de buscar a ideia na "coisa" (no real, e não no mundo das ideias), chega àquilo que denomina como a raiz do mundo dos homens, o ato que funda o ser social, ou seja, o ato do trabalho. Assim, tendo como fundamento ontológico do ser social o trabalho, Marx constata que o ser social se caracteriza por ser uma totalidade, ou seja, um conjunto de partes que se vão constituindo em determinação recíproca, mas cuja matriz fundante é o trabalho¹¹¹.

Ser fundante não significa ser cronologicamente anterior, mas sim detentor de determinações essenciais ao ser social, ou seja, de determinações ontológicas que fundamentam sua passagem do homem natural para o homem social.

Lessa (2002, p. 30) conceitua o trabalho como "um conjunto de relações sociais que através do processo de produção se encarregam da base material da sociedade". Em outras palavras, o ato do trabalho passa a ser uma relação de poder entre os homens, que não mais se limita ao trabalho enquanto tal, mas à reprodução social. Neste sentido é que se denomina o trabalho como categoria fundante do ser social.

Entretanto, pode-se afirmar que a existência social é muito mais que o trabalho¹¹², apoiando-se na perspectiva marxista, afirma que, em Lukács, o trabalho

¹¹¹ Cf. TONET, 2005.

¹¹² Cf. LESSA, 2007.

é a forma primária do agir humano e o fundamento ontológico de diferentes formas da práxis social. Porém, a reprodução social requer outros tipos de ação que não especificamente trabalho - todas as inúmeras outras formas de atividade humana se articulam ao trabalho.

Portanto, partindo do princípio de que “o trabalho é a condição básica e fundamental de toda a vida humana” (ANTUNES, 2004, p.13), pode-se afirmar que a obesidade, objeto deste estudo, configura-se na atualidade como um problema social, sendo ainda entendida como uma expressão das mudanças ocorridas no mundo do trabalho, exigindo do trabalhador mais rapidez e flexibilidade, inclusive nos horários e nos modos de se alimentar, no desordenamento dos padrões de comensalidade e na ausência da liberdade de escolha. É o lucro a força motriz do modo de produção capitalista, refletindo nas escolhas dos indivíduos, que muitas vezes cedem às apelações exacerbadas do consumo, alimentando-se de forma não saudável, e com isso, desencadeando a obesidade e outras doenças associadas, que diminuem de forma preocupante a qualidade de vida de grande parte da população mundial.

Willians (1997) defende que alguns fatores foram determinantes para a mudança dos hábitos alimentares, além do processo de industrialização, como a aceitação e o ingresso da mulher no mercado de trabalho, contribuindo para uma grande mudança nos padrões alimentares da população, que por sua vez não estão relacionados a hábitos de vida saudáveis. Com essa mudança as refeições tradicionais foram sendo substituídas por refeições que proporcionam maior praticidade e rapidez. Assim, foram sendo introduzidos no mercado alimentos que reduzem o tempo de preparo e o consumo destes. A durabilidade e praticidade destes alimentos foram determinantes para a boa aceitação do produto e sua introdução e manutenção no mercado de alimentos industrializados.

Willians (1997) afirma ainda que a escolha de alimentos envolve inúmeras razões, no entanto, estas escolhas são permeadas pelo poder aquisitivo dos segmentos sociais e por oscilações entre aquilo que é ditado pela cultura e aquilo que é entendido como saudável. De acordo com o autor, os hábitos alimentares

baseiam-se inicialmente na disponibilidade alimentar, na economia e nas crenças e significados que cada pessoa outorga aos alimentos.

Mergulhando por águas mais profundas, no intuito de analisar os determinantes da obesidade no contexto da lógica de acumulação do capital, torna-se evidente a habilidade com que a política econômica neoliberal e os preceitos do capitalismo contemporâneo têm repercutido, de forma avassaladora, nas condições de reprodução da classe trabalhadora, conferindo à ordem burguesa o que lhe é peculiar - sua essência de exploração, dominação e alienação.

A mundialização da economia traz consigo a uniformização das diferentes atividades econômicas (produção, distribuição e consumo) em escala mundial, com implicações na vida, nos hábitos e nos costumes dos povos. A velocidade com que as informações e as tecnologias são veiculadas e trocadas na atualidade, a disponibilidade de produtos, o aumento nos números de centros comerciais e supermercados, e com isso o crescimento do consumo de produtos de baixo teor de nutrientes, têm contribuído para o crescimento do sobrepeso e da obesidade.

Os novos produtos alimentares criados pela indústria têm conquistado um público crescente. Isso se deve, em parte, à cultura do consumo, presente no mundo “globalizado”, propagando o desejo de consumo ilimitado, e à ideia da supremacia do conhecimento técnico e científico.

A indústria alimentícia sai vitoriosa desta ofensiva, estabelecendo não apenas mudanças nos modos de vida, mas também nos modos de consumir e de se alimentar das pessoas, encontrando consonância com os interesses do grande capital mundializado.

De acordo com Chesnais (2000, p. 20):

Os investidores institucionais são os verdadeiros mestres do capitalismo contemporâneo, mas eles preferem a discrição. Enquanto os administradores de fundos de investimento financeiro permanecem quase completamente na sombra, são portanto os grupos industriais que, junto aos governos, são constantemente visados. Eles estão na primeira fila, na luta contra as classes e as camadas que precisam explorar. Nisso há razões essenciais. É na difusão mundial de seus produtos (Coca Cola, Nike, McDonald's...) que repousa a dominação econômica e política do capitalismo no

aspecto tão decisivo do 'imaginário' deste 'capital simbólico' cuja vitória permite dominações de outro modo constrangedoras. Isso é acrescido pela amplitude dos recursos da publicidade que é exigida pela estreiteza relativa do mercado, mesmo 'mundial', e a rivalidade entre eles quase sempre feroz.

Guiadas pela obsessão dos benefícios [e lucros], as grandes corporações que vendem alimentos delimitam e constroem a forma de comer e a maneira de pensar sobre a comida. Tem-se clareza dessas limitações nos pontos de vendas de comida rápida, quando ali se pode escolher apenas entre o “*Mc Nugget* e o *Mc Muffin*”¹¹³.

Ao abordar a ausência de liberdade na escolha dos alimentos, o autor acrescenta que mesmo quando se quer comprar algo saudável, que não seja prejudicial à saúde, torna-se difícil para o consumidor, devido ao próprio sistema que criou os “Países de Comida Rápida”. É só tentar, por exemplo, comprar maçãs nos supermercados da América do Norte e na Europa; as escolhas estão limitadas a meia dúzia de variedades. Mas por que essas e não outras? Porque são atrativas, pela sua aparência (pele lustrosa e imaculada), porque suportam ser transportadas através de longas distâncias e sua pele não é ferida se são sacudidas no trajeto desde o porto até a gôndola. Além disso, toleram as técnicas de polimento e os compostos que permitem o transporte, mantendo-se atrativas nas prateleiras; são facilmente colhidas e respondem bem aos pesticidas e à produção industrial. Essas são as razões pelas quais nunca se encontram outros tipos de maçãs nas prateleiras, mesmo que essas maçãs tenham um sabor que, para a maioria das pessoas, seja condenável¹¹⁴.

Dessa forma, para Patel (2008), não é a pessoa que elege por sua conta, nem elabora seu cardápio a partir do que ela escolhe, ou da estação do país em que se encontra, nem pela ampla variedade de maçãs existentes; mas as pessoas são submetidas ao poder das empresas de alimentação.

Nesse sentido, a produção de alimentos para a humanidade só é levada a cabo à medida que se mostre lucrativa para o capital. Os interesses das empresas que produzem alimentos têm ramificações que vão muito além do que oferecem as

¹¹³ Cf. PATEL, 2008.

¹¹⁴ Cf. PATEL, 2008.

prateleiras do supermercado. Perguntas que requerem uma investigação global do sistema alimentar atual e que necessitam de respostas: quais as verdadeiras causas de haver pessoas com fome na Ásia e na África? Por que há uma epidemia mundial de suicídios entre os agricultores? Por que ainda não sabemos o que contém a nossa comida? Por que nos Estados Unidos os afro-americanos apresentam maior tendência ao sobrepeso que os norte-americanos brancos?(PATEL, 2008).

A produção de alimentos está cada vez mais nas mãos de poucas empresas que dominam as cadeias produtivas do chamado *agribusiness*, ou seja, as empresas transnacionais que controlam o comércio nacional e internacional de cereais, sementes, agrotóxicos: Monsanto, Bayer, Syngenta, Dupont, Basf e Dow. Essas seis empresas controlam a produção de sementes do mundo¹¹⁵

Oliveira (2008) afirma que:

empresas monopolistas do setor de grãos atuam como "*players*" no mercado futuro das Bolsas de mercadorias do mundo e, muitas vezes, têm também o controle igualmente monopolista da produção dos agrotóxicos e dos fertilizantes.

A autora ressalta que Cargill, ADM, ConAgra, Bunge e Dreyfus, juntas, dominam mais de 80% do comércio mundial de cereais. Este modelo de produção atua a partir do controle da produção de sementes (sobretudo transgênicas), de fertilizantes e agrotóxicos, da produção agrícola propriamente dita e também da distribuição. Ou seja, é um modelo verticalizado, por meio da formação de oligopólios.

No que se refere aos agrotóxicos, também denominados de pesticidas ou praguicidas, são atualmente responsáveis pelo comércio de bilhões de dólares em todo o mundo. O aumento do consumo dos agrotóxicos no Brasil deveria causar preocupação aos governos, que vem se sucedendo na busca por recordes de produção, havendo grandes deficiências na rotulagem dos agrotóxicos, com uma falta de linguagem mais acessível¹¹⁶.

¹¹⁵ Cf. SILVA, 2008.

¹¹⁶ Cf. STOPPELLI; MAGALHÃES, 2005.

Nos últimos anos, conforme a Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA (2008), houve grande crescimento na utilização de agrotóxicos no Brasil, o que tem sido associado ao aumento vertiginoso dos riscos de contaminação prejudiciais à saúde.

A ANVISA (2008) desenvolveu, em 2002, o Programa de Análise de Resíduos de Agrotóxicos em Alimentos (PARA), com o objetivo de monitorar o cumprimento da legislação sobre o grau permitido de resíduos de agrotóxicos nos alimentos, quais produtos podem ser utilizados em cada colheita e garantir que produtos como frutas, verduras e legumes cheguem com qualidade e segurança à mesa dos brasileiros. Durante o ano de 2007, o tomate, o morango e a alface foram os alimentos que apresentaram os maiores números de amostras irregulares referentes aos resíduos de agrotóxicos. Os dois problemas detectados na análise das amostras foram teores de resíduos acima do permitido e o uso de agrotóxicos não autorizados para essas culturas. De acordo com a ANVISA, o caso que mais chamou a atenção foi o do tomate, considerando que das 123 amostras analisadas, 55 apresentaram resultados insatisfatórios (44,72%). Eis uma pequena amostra da qualidade dos produtos que chegam à mesa dos brasileiros.

É importante ficar atento à publicação dos novos resultados do PARA, a fim de que se possa selecionar continuamente os produtos de maior e menor riscos de consumo para a população em geral. Porém, se grande parte dos sujeitos da classe dominante que tem melhores condições socioeconômicas e culturais, tem dificuldade em obter informações acerca da produção e qualidade dos alimentos; imagina-se aqueles que compõem a classe subalterna, que além de sofrerem com a carência de alimentos, não tem acesso às informações sobre os danos no consumo de certos produtos.

Estudos sugerem que os governos podem encorajar melhores escolhas para a saúde das pessoas, através de processos de regulamentação de determinados produtos que resultam em prejuízo à saúde. Porém, não se pode considerar que as intervenções governamentais que possibilitem às pessoas controlar comportamentos

que coloquem sua própria saúde em risco sejam entendidas como restrições à liberdade de escolha individual¹¹⁷.

De acordo com a Associação Brasileira das Indústrias da Alimentação – ABIA (2009), a indústria da alimentação no Brasil é formada por 37.936 mil empresas, e teve como faturamento em 2008, R\$ 268,8 bilhões - um aumento de 16% em relação ao ano anterior. A referida associação propaga que, apesar dos reflexos da crise nas importações no último trimestre de 2008, a indústria brasileira de alimentação fechou o exercício com saldo positivo de 30 bilhões de dólares em sua balança comercial, um recorde histórico.

Durante 2008, segundo o Anuário ABIA 2009, o setor que apresentou maior crescimento foi o de óleos e gorduras, com um aumento de 26,05%, seguido do café, chás e cereais, com 20,99%, e dos derivados da carne, com 20,82%. Um dado que chamou atenção foi a participação dos alimentos industrializados no consumo das famílias, de 85% em 2008, seguindo a tendência registrada desde os anos 1970, fato este que a ABIA considera como a consolidação da mudança de hábito de consumo dos brasileiros. Os alimentos *in natura*¹¹⁸ tiveram participação de apenas 15% no consumo das famílias, uma redução de três pontos percentuais em relação a 2007, reproduzindo a tendência de queda registrada desde a década de 80¹¹⁹.

Entre os alimentos industrializados – elaborados¹²⁰ e semielaborados¹²¹ -, prevalecem os tradicionais, com um faturamento de 213,8 bilhões. Em segundo lugar estão os *light* e os *diet*¹²², com faturamento de 12,5 bilhões. Os alimentos

¹¹⁷ Cf. JOCHELSON, 2005.

¹¹⁸ Denominam-se alimentos consumíveis em seu estado natural todos os alimentos de origem vegetal ou animal, cujo consumo imediato exige apenas a remoção da parte não comestível e os tratamentos indicados para a sua perfeita higienização e conservação (MSG 960 / 2007).

¹¹⁹ Cf. ABIA, 2009.

¹²⁰ Consideram-se alimentos elaborados todos os alimentos compostos ou derivados de alimentos semielaborados ou de alimentos consumíveis em seu estado natural, obtidos por processo tecnológico adequado, podendo conter adição de outras substâncias permitidas, observadas, em sua composição nutricional, as diretrizes da alimentação saudável (MSG 960 / 2007).

¹²¹ Os alimentos semielaborados são todos os alimentos de origem vegetal ou animal que sejam utilizados como matéria-prima e necessitem sofrer tratamento e transformação de natureza física, química ou biológica, adicionada ou não a outras substâncias permitidas (MSG 960 / 2007).

¹²² *Diet* são os alimentos especialmente formulados ou processados, em que o conteúdo dos nutrientes usados atende necessidades a especiais de algum grupo de pessoas; como por exemplo os alimentos sem açúcar, feitos para os diabéticos. Já os alimentos *light* apresentam redução de no

orgânicos¹²³ e funcionais¹²⁴ têm uma parcela ainda pequena, de 2,2 milhões e 2,1 milhões, respectivamente¹²⁵.

O Anuário ABIA (2009) ressalta ainda que as exportações brasileiras de alimentos processados¹²⁶ somaram 33,3 bilhões em 2008, registrando aumento de 25% em relação a 2007; e as importações cresceram 36% em relação ao ano anterior. A participação de alimentos industrializados no saldo comercial brasileiro é crescente e, em 2008, atingiu a cifra de 29,9 bilhões.

Por conseguinte, ao refletir sobre os dados do Anuário 2009 da Associação Brasileira das Indústrias da Alimentação, observa-se que os produtos industrializados ocupam uma parcela cada vez maior do mercado de alimentos, sendo desleal qualquer tipo de concorrência com os demais tipos de alimentos. A facilidade com que os alimentos industrializados se adaptaram aos costumes da população brasileira, e por que não dizer mundial, causa espanto, considerando os benefícios que eles representam no cotidiano das grandes cidades e os malefícios que eles podem trazer à saúde dos seus habitantes.

Além da praticidade, os alimentos industrializados também possuem um prazo de validade bem maior do que os produtos *in natura*, tornando fácil o armazenamento. No entanto, para conseguir a praticidade e durabilidade dos produtos, as indústrias se utilizam de milhares de aditivos químicos, que, na grande maioria das vezes, não fazem bem à saúde de quem os consome.

Outra característica associada aos alimentos industrializados diz respeito ao sabor desses produtos, que agrada aos paladares mais exigentes, pois a indústria

mínimo 25% no valor energético ou de qualquer nutriente. Disponível em: <<http://www.proteste.org.br/alimentos/diet-ou-light-eis-a-questeatilde-o-s449291.htm>>. Acesso em: 20 jan. 2010.

¹²³ Os alimentos orgânicos são aqueles que não utilizam nenhum produto químico na sua composição. A terra é tratada com esterco de animais, rotação de culturas, compostagem, controle biológico de pragas de doenças e adubação verde - biomassa de plantas frescas usadas para fertilização. Disponível em: <<http://www.eca.usp.br/njr/voxscentiae/reportagemyara3.html>>. Acesso em: 20 jan. 2010.

¹²⁴ Alimentos funcionais são todos os alimentos ou bebidas que, consumidos na alimentação cotidiana, podem trazer benefícios fisiológicos específicos, graças à presença de ingredientes fisiologicamente saudáveis (CÂNDIDO; CAMPOS, 2005).

¹²⁵ Cf. ABIA, 2009.

¹²⁶ Os alimentos processados são aqueles que não podem ser obtidos através da natureza, ou seja, são produzidos pelo homem através de uma matéria-prima conseguida muitas vezes pela natureza.

adiciona muito açúcar e sal nos alimentos, intensificando as nuances de sabor, bem como a sedução que a mídia exerce sobre crianças e adultos, que se deliciam com a variedade dos produtos disponíveis. Os aditivos alimentares são utilizados para ressaltar as características dos alimentos que são consumidos, tais como o sabor, textura e durabilidade (ou tempo de prateleira). Quanto mais colorido, industrializado ou elaborado for um produto, maiores serão as probabilidades de que contenha numerosos aditivos. Tem-se como exemplo os produtos de confeitaria, aperitivos, refrigerantes, refeições prontas, molhos, condimentos, sopas desidratadas e embutidos¹²⁷.

A Associação Pro Teste – Consumidores (Associação Brasileira de Defesa ao Consumidor) elaborou uma lista de aditivos alimentares¹²⁸ que devem ser evitados, bem como aqueles que podem causar reações alérgicas. A associação orienta ainda para que se leia o rótulo e escolha os produtos com menos aditivos; não se deixe influenciar pela publicidade; prefira alimentos simples, menos industrializados; evite produtos com cores muito vivas.

O risco dos aditivos à saúde é comprovado por uma série de estudos científicos. Ao passo que essas substâncias cumprem bem a sua função de deixar os alimentos mais saborosos, com durabilidade e com boa aparência, possibilitando um aumento no consumo dos alimentos industrializados¹²⁹, e conseqüentemente, aumentando a prevalência de obesidade e do sobrepeso.

Cabe salientar que além de influenciar no desenvolvimento da obesidade, o consumo excessivo de aditivos alimentares está associado aos seguintes males: câncer, hipersensibilidade alimentar e déficit de atenção com hiperatividade. Outrossim, há públicos que são ainda mais vulneráveis ao consumo dos aditivos. É o caso de gestantes, idosos, pessoas que têm alimentação pouco variada e, principalmente, crianças menores de três anos¹³⁰. A PRO TESTE analisou 31

¹²⁷ PRO TESTE. (s.d.). Aditivos Alimentares. Disponível em http://www.proteste.org.br/20090804/lista-aditivos-Attach_s484891.pdf. Acesso em 03/2/2010.

¹²⁸ PRO TESTE CONSUMIDORES. Disponível em: <http://www.proteste.org.br/20090804/lista-aditivos-Attach_s484891.pdf>. Acesso em: 2 dez 2009.

¹²⁹ A participação dos alimentos industrializados no consumo das famílias é de 85%, em 2008, contra 15% dos alimentos *in natura*, segundo a ABIA (2009).

¹³⁰ PRO TESTE. (s.d.). Aditivos Alimentares. Disponível em: <http://www.proteste.org.br/20090804/lista-aditivos-Attach_s484891.pdf>. Acesso em: 03 jan. 2010.

produtos consumidos por crianças, sendo 16 biscoitos salgados, 12 doces (balas, chicletes, chocolate e gelatinas) e 3 bebidas (refrigerante e suco) - todos apresentavam algum tipo de aditivo¹³¹.

No que concerne ao consumo de alimentos industrializados, não se podem ignorar os resultados da pesquisa desenvolvida pelo Latin Panel, empresa especializada em painéis de mercado, em que se evidenciou que os brasileiros mostraram possuir hábitos alimentares inadequados, sendo este fato demonstrado a partir do momento em que realizam suas compras no supermercado. A pesquisa expõe que, geralmente, os obesos adquirem mais produtos de alto valor calórico e gorduroso em comparação com as pessoas com peso ideal, como: +32% de molhos, +14% de farinha de trigo, +19% de refrigerantes, +15% de óleos, +21% de creme de leite, +19% de leite condensado, +6% de margarina e +5% de *ketchup*. Quanto aos costumes, os brasileiros evidenciam hábitos que levam ao aumento de peso: 55% repetem a comida, 41% assistem à televisão enquanto almoçam, 55% assistem à televisão enquanto jantam, 22% fazem mais comida do que conseguem consumir, 86% não se preocupam em ler os rótulos dos produtos e 81% consomem líquido durante as refeições¹³².

Como foi abordado anteriormente, o conceito de “transição nutricional” foi utilizado por Monteiro et al. (1995) para interpretar as mudanças observadas no estado nutricional da população brasileira nas últimas décadas, no que se refere ao incremento da obesidade. Para esses autores, entender as razões para o crescimento da obesidade entre a população adulta brasileira envolve levantamento de informações sobre o consumo alimentar e atividade física.

Em pesquisa realizada por Monteiro e Mondini (1995), na qual analisaram inquéritos de nutrição¹³³ realizados nas grandes cidades do país e verificaram mudanças importantes no padrão de alimentação da população, foram evidenciadas

¹³¹ PRO TESTE. 2010. Aditivos em lanche escolar: fique alerta. Disponível em: <<http://www.proteste.org.br/alimentos/aditivos-em-lanche-escolar-fique-alerta-s500781.htm>>. Acesso em: 10 fev. 2010.

¹³² Cf. DOLORES; BOCCIA, 2005.

¹³³ Dados obtidos das Pesquisas de Orçamento Familiar (POFs) de 1961/63 e de 1987/88, e do Estudo Nacional de Despesa Familiar (ENDEF) realizado em 1974/75.

modificações na estrutura da dieta dos brasileiros ao longo dos últimos 26 anos, com predomínio de uma dieta rica em gorduras e açúcares, e insuficiente em cereais.

O estudo indicou que houve mudança na dieta tradicional da população brasileira, que era composta basicamente por arroz, feijão e farináceos, e se passou a introduzir maiores proporções de açúcares e gorduras na sua alimentação. Estes alimentos tornaram-se os principais componentes da alimentação dos brasileiros no decorrer do período estudado.

Frequentemente, questiona-se o porquê de os alimentos ricos em gorduras e açúcares - apesar de contribuírem de forma inquestionável com o agravamento da obesidade e de outras doenças associadas – serem potencialmente consumidos e preferidos por grande parte da população mundial. (MAHAN; ESCOTT-STUMP, 1994) avaliam que gorduras e açúcares representam as principais fontes de energia para o corpo biológico e constituem reservas energéticas armazenadas como tecido adiposo. Essas gorduras - denominadas de lipídios ou ácidos graxos - apresentam ainda como propriedade um alto poder de saciedade, à medida que exigem um maior tempo de digestão, dada a complexidade de sua estrutura molecular. Os açúcares são também conhecidos como glicídios ou carboidratos simples.

Ferreira (2003) reflete sobre o consumo do açúcar, afirmando que:

A respeito do padrão alimentar brasileiro podemos dizer que embora o país apresente uma enorme diversidade gastronômica, reflexo da miscigenação dos diferentes povos que fizeram parte de sua história, alguns hábitos alimentares assumiram destaque no país. É o caso do consumo do açúcar, do amido e das gorduras. No que se refere à difusão do açúcar, a tradição doceira foi trazida pelos exploradores portugueses e ampliou-se através do cultivo da cana de açúcar propiciando dessa maneira o tradicionalismo e o gosto culinário para o doce no país. Da casa grande à senzala dos grandes engenhos de cana o paladar nacional para o açúcar foi sendo construído (ZARVOS; DITADI, 2000; FREIRE, 1997, apud FERREIRA, 2003).

A PRO TESTE realizou uma pesquisa em que foram avaliados queijo tipo *petit suisse*, sendo testados oito produtos de morango, sabor de maior penetração no mercado. Os queijos pecaram por não conter a quantidade declarada de minerais e por ter açúcar demais. Todos os produtos tiveram uma quantidade bastante elevada de açúcar. Eles seriam mais saudáveis se tivessem menos açúcar,

principalmente por serem destinados ao público infantil, o principal consumidor, e dessa forma se acostumarem-se com o paladar doce desde cedo¹³⁴.

As pessoas que se dirigem ao supermercado ficam surpreendidas diante da possibilidade de escolher entre cinquenta marcas de cereais açucarados, meia dúzia de tipos de leite com “gosto de giz”, prateleiras de pães saturados de produtos químicos que jamais poderiam, e prateleiras repletas de produtos cujo ingrediente principal é o açúcar¹³⁵.

Chama-se a atenção aqui para a regulação do Estado, que se dá de forma incipiente e falha, deixando espaços para o “*laissez-faire*” das indústrias midiáticas e das indústrias de alimentos. A indústria midiática produz, veicula e determina “mercadorias” (grifo dos autores) ou bens culturais banalizados para o consumo, funcionando como o principal braço operacional da industrial cultural¹³⁶.

O uso excessivo do sal também está entre os vilões que prejudicam a saúde, contribuindo de forma expressiva para o surgimento e agravamento de algumas doenças, destacando-se a hipertensão, doenças cardíacas e a obesidade. Em um estudo realizado com 1.600 crianças, realizado pela Universidade de Londres e divulgado na revista especializada *Hypertension*, revela que dietas ricas em sal podem ser a chave para explicar a obesidade em algumas crianças. Os pesquisadores chegaram à conclusão de que aquelas crianças que têm uma dieta alta em sal têm tendência a beber mais líquido, inclusive refrigerantes e refrescos adoçados com açúcar. Segundo os cientistas, cortando pela metade o consumo diário médio de sal de 6 gramas por dia, as crianças estariam cortando 250 calorias de sua dieta semanal¹³⁷.

Segundo um dos autores do estudo e presidente da Ação de Consenso sobre Sal e Saúde, Graham McGregor (2008), enquanto alguns fabricantes já agiram para reduzir os níveis de sal em pães e cereais – as principais fontes de sal para crianças –, ainda há muito a ser feito pela indústria. O mencionado médico afirma que muitos

¹³⁴ PRO TESTE. 2007. Não se deixe enganar com os queijinhos. Disponível em: <<http://www.proteste.org.br/alimentacao/neatilde-o-se-deixe-enganar-com-os-queijinhos-s450711.htm>>. Acesso em: 2 fev. 2010.

¹³⁵ Cf. PATEL, 2008.

¹³⁶ Cf. PIRES; HACK, 2003.

¹³⁷ Cf. BBC. Brasil, 2008.

dos alimentos processados destinados às crianças são salgados em nome do sabor, e que o nível de sal desses produtos chega a quase o mesmo nível que a água do mar. Os pesquisadores pediram à indústria que reduza a quantidade de sal dos alimentos.

Patel (2008) revela que as crianças britânicas têm a possibilidade de escolher entre vinte e oito marcas de cereais para o café da manhã, cujo *marketing* está dirigido diretamente a elas. O conteúdo de açúcar de vinte e seis destes excede as recomendações do governo. Nove cereais para crianças têm um conteúdo de açúcar de 40%. Sendo assim, não é de se surpreender que no Reino Unido os 8,5% de crianças de seis anos e mais de uma em cada dez crianças de quinze anos sejam obesas.

Ainda conforme o autor, o exemplo dos cereais para o café da manhã é um *signo* de um traço sistêmico mais amplo: as corporações que produzem alimentos têm todos os incentivos para vender comida submetida a um processamento que a faz mais rentável, porém menos nutritiva. Por certo, isto também explica o porquê de haver muito mais variedades de cereais para o café da manhã do que de maçãs¹³⁸.

De fato, as opções dos indivíduos têm limites naturais. Porém, mesmo que eles estejam dispostos a comer um número limitado de frutas, hortaliças e animais disponíveis na natureza, um pouco de publicidade é capaz de persuadi-los a expandir o alcance de suas opções. Ou melhor, a indústria de alimentos tem a capacidade de dar a alguns alimentos um sabor como algo que nunca se havia criado, ainda que posteriormente pareça que sempre houvesse existido. E enquanto agrega lentamente novos alimentos naturais ao cardápio das pessoas, a indústria alimentar acrescenta todos os anos dezenas de mil novos produtos aos expositores, alguns dos quais se convertem em elementos indispensáveis, até o ponto que, depois de uma geração, não se pode pensar em viver sem eles¹³⁹.

Conclui-se que a predominância de produtos com altos teores de gorduras e/ou açúcar certamente está contribuindo para uma mudança nos hábitos

¹³⁸ Cf. PATEL, 2008.

¹³⁹ PATEL, op. cit.

alimentares de crianças e jovens, agravando o problema da obesidade na população mundial.

Sendo a obesidade uma doença multifatorial, de difícil terapêutica, cujo aumento pode estar associado a vários fatores (biológico, individual, ambiental e social), no entanto, os determinantes sociais são considerados um dos mais importantes¹⁴⁰ apesar de esses determinantes serem ainda pouco discutidos. Porém, torna-se cada vez mais evidente que o combate a essa patologia envolve recursos que vão além da dietoterapia, da farmacologia e do tratamento cirúrgico nos casos de obesidade mórbida.

A obesidade configura-se na atualidade como um problema social, não havendo mais espaço para as desculpas morais que difundem a ideia de que, os pobres têm fome porque são preguiçosos e os ricos são gordos porque comem alimentos que engordam. Idéias como essas não explicam por quais razões tem-se chegado a uma situação inédita em que a fome, a abundância e a obesidade são perfeitamente compatíveis entre si¹⁴¹.

Patel (2008) defende que a condenação moral da obesidade e da fome só funcionaria se os afetados tivessem como fazer as coisas de forma diferente, se dispusessem de opções. Outrossim, a prevalência da fome e da obesidade afeta as pessoas com demasiada regularidade, em diversos lugares distintos, para que seja consequência de algum defeito pessoal. E ainda que em algum momento fosse certa a suposição de que ter sobrepeso é ser rico, já não é válida – a obesidade não pode se explicar exclusivamente como a maldição da opulência individual.

Em revisão sistemática realizada pelo Comitê de Publicidade de Alimentos e Dietas de Crianças e Jovens do Instituto de Medicina dos Estados Unidos, encontram-se fortes evidências de que a propaganda televisiva influencia as preferências, os pedidos de compras e as opiniões sobre alimentos e bebidas por parte das crianças entre dois e onze anos. Existem também evidências de que a propaganda televisiva, num prazo curto de tempo, influencia o consumo semanal e até diário das crianças, levando-as a preferir e pedir alimentos e bebidas com alto

¹⁴⁰ Cf. WORD HEALTH ORGANIZATION, 2007.

¹⁴¹ Cf. PATEL, 2008.

teor calórico e baixo teor nutritivo. Além disso, esta revisão também encontrou fortes evidências de que há associação estatística entre a exposição à propaganda televisiva e o sobrepeso entre as crianças e adolescentes¹⁴².

Dessa forma, a mídia televisiva tem participação ativa e majoritariamente nas atividades prosaicas infanto-juvenis; assim, os meios de comunicação acabam por desempenhar papel estruturador na construção e desconstrução de hábitos e práticas alimentares¹⁴³.

É interessante também abordar o desenvolvimento da indústria de leite em pó, que colocou à disposição da população a grande quantidade de seus produtos no período posterior à Segunda Guerra até a década de 80, divulgando-os por meio de diversas estratégias de *marketing*. Entretanto, algumas décadas mais tarde é que se foi capaz de contabilizar os prejuízos causados, especialmente às populações infantis mais pobres do planeta, que deixaram de ser amamentadas para receber mamadeiras com leite em pó. A contaminação dessas mamadeiras e bicos, pela falta total ou parcial de água potável necessária para sua higienização, causou gravíssimos problemas às crianças do Terceiro Mundo¹⁴⁴.

Amorim (2005) defende que:

A diluição excessiva do leite em pó, realizada pelas camadas mais pobres da população, na tentativa de economizar o conteúdo da lata para conseguir maior número de mamadas, foi outro problema encontrado e que ainda ocorre nos dias atuais. O preparo inadequado do leite, especialmente quando diluído numa quantidade maior de água do que a recomendada, não atende às necessidades nutricionais da criança, trazendo possíveis prejuízos ao seu crescimento e desenvolvimento, debilitando o organismo e favorecendo o surgimento de infecções e outras enfermidades .

Esses prejuízos causados à nutrição e saúde infantis, em grande parte atribuídos à indústria de leite em pó, foram divulgados a partir do final da década de 1970 e início da de 1980 por organizações internacionais e nacionais, ao verificarem os altos índices de desnutrição e mortalidade infantil que assolavam extensas regiões do Terceiro Mundo, nelas incluindo-se o Brasil. Até então, a indústria

¹⁴² Cf. INSTITUTE OF MEDICINE OF THE NATIONAL ACADEMIES, 2006.

¹⁴³ Cf. SERRA, SANTOS, 2003.

¹⁴⁴ Cf. AMORIM, 2005.

creceu ao produzir, modificar e lançar no mercado novos produtos cada vez mais sofisticados, com o objetivo de “atender às necessidades” de seu público consumidor¹⁴⁵.

Os principais alvos do *marketing* da indústria de alimentos infantis, particularmente da Nestlé, no Brasil, especialmente os destinados à criança durante o seu primeiro ano de vida, foram os profissionais de saúde e as mães. Entre a indústria e os médicos estabeleceu-se uma reciprocidade de interesses: enquanto para a primeira interessava a expansão do mercado e os lucros auferidos, para os médicos interessava manter o poder do conhecimento sobre a técnica no preparo das fórmulas lácteas, o que era desconhecido pelas pessoas leigas, como mães, parteiras e curandeiras.

Pode-se afirmar que a publicidade e propaganda são técnicas largamente usadas pelas empresas para encorajar o consumo de seus produtos, ampliando seus poderes sobre a vida e as escolhas da população. Como resume Pochmann (2001), o que vem ocorrendo em escala crescente no mundo é uma superconcentração do poder e do capital nas mãos das grandes corporações transnacionais.

2.2 A Influência dos Acordos Mundiais na Produção de Alimentos

O especialista em alimentos Raj Patel, na sua análise sobre a política alimentar mundial, observa que a maioria dos agricultores do mundo “passam muito mal”, considerando que alguns têm de vender suas terras e se tornam operários em terras que haviam sido suas propriedades familiares. Outros migram às cidades, ou muitas vezes para fora dos seus países. Há ainda aqueles que se suicidam¹⁴⁶. Mas o que estaria acometendo os agricultores e produtores de alimentos de todo o mundo?

A maior parte das opções de cultivo que têm os agricultores está estritamente limitada pelos tipos de terra que estes possuem, seu acesso aos mercados, o crédito bancário e um espectro de ingredientes visíveis e invisíveis da produção de

¹⁴⁵ AMORIM, op. cit.

¹⁴⁶ Cf. PATEL, 2008.

alimentos. Sem ter esperanças de vender seus cultivos em troca de dinheiro, em vez de eles mesmos consumirem o que produzem, a maioria dos agricultores tem poucas opções, particularmente os do Sul Global^{147 148}.

Dessa forma, os agricultores se sentem obrigados a plantar os cultivos que o mercado requer; e este castiga as más escolhas com a pobreza. Para os agricultores que estão muito endividados, isto significa a bancarrota. Nesse sentido é que os camponeses estão dispostos a adaptar-se a novos pactos agrícolas, porque não há muitas opções – pois os bancos ameaçam permanentemente com a execução hipotecária qualquer tipo de agricultura, inclusive a que destrói o solo¹⁴⁹.

Não havendo opções para os agricultores, e estando estes subjugados à produção capitalista internacional, veem-se forçados a “eleger” essa opção, e as outras alternativas desaparecem. Patel (2008) afirma que ao mesmo tempo que decrescem as possibilidades dos camponeses, outros – os grupos poderosos, as corporações, os governos – expandem o império de suas opções.

Assim, Patel (2008) considera que o sistema de produção alimentar é um campo de batalha, se bem que pouca gente tem tomado consciência da quantidade de baixas. Enquanto as terras vão ficando nas mãos dos bancos, os índices de suicídio^{150 151} entre os agricultores tem aumentado notavelmente em todo o mundo. Contudo, os agricultores e os despossuídos não aceitam os acontecimentos de forma silenciosa – sempre foram rebeldes, e continuam sendo. Existem muitas organizações que não só lutam contra o sistema de produção alimentar, e às vezes morrem na tentativa, mas que constroem alternativas ao sistema e lutam para viver com dignidade.

As reflexões acima parecem totalmente distantes da experiência das pessoas como compradores de alimentos; é como se tudo ocorresse em Marte. No entanto,

¹⁴⁷ Termo que Patel usa para referir-se aos países mais pobres do mundo.

¹⁴⁸ Cf. PATEL, 2008.

¹⁴⁹ PATEL, op. cit.

¹⁵⁰ Pesquisa mostra que mais de dois mil agricultores em Punjab/Índia cometem suicídio a cada ano para fugir da vergonha das dívidas crônicas relacionadas aos insumos agrícolas, como sementes e pesticidas, e à queda nos rendimentos (LAMONT, 2010).

¹⁵¹ Entre 1992 e 2002, apenas no Estado do Mato Grosso do Sul, foram registrados 506 tentativas de suicídios e 139 óbitos. A causa das mortes foi a ingestão voluntária de agrotóxicos (PIRES et al, 2005).

as mesmas forças que configuram as opções dos agricultores chegam também aos expositores repletos dos supermercados; e a abundância relativa das estantes, os preços aparentemente baixos no caixa e a quase constante disponibilidade de alimentos transformam-se em compensação para grande parte das pessoas – a comodidade lhes mantém anestesiadas como consumidores¹⁵².

Até os anos 1980, as empresas transnacionais atuavam de forma relativamente isolada, tendo como objetivo atender aos mercados estanques, por meio de fornecedores próprios, com sua expansão baseada na junção de três fatores: mercados, mão de obra barata e ganhos monopólicos. Já nos anos 90, observa-se uma mudança de orientação, na qual as muitas empresas transacionais - principalmente do ramo agroalimentar - passaram a ver os seus mercados de forma interligada¹⁵³.

O que se pode perceber de novo nos anos 1990, em relação ao período passado, está na forma de organização da produção. Chesnais (1996, p. 27) avalia que:

O que há de novo é que as empresas recorreram a novas combinações entre os investimentos internacionais, o comércio e a cooperação internacional interempresas coligadas, para assegurar sua expansão internacional e racionalizar suas operações. As estratégias internacionais do passado, baseadas nas exportações ou nas estratégias multidomésticas, assentadas na produção e venda no exterior dão lugar a novas estratégias, que combinam uma série de atividades transfronteiras: exportações e suprimentos externos, investimentos estrangeiros e alianças internacionais.

Muitos acreditaram que a nova fase do capitalismo mundial¹⁵⁴ abriria múltiplas perspectivas de desenvolvimento econômico, social, cultural e político para a humanidade, criando-se a ideia de que se tratava de uma nova era da história da sociedade moderna.

¹⁵² Cf. PATEL, 2008.

¹⁵³ Cf. BELIK; SANTOS, 1997.

¹⁵⁴ Aspectos relacionados a e mundialização do capital já foram abordados anteriormente.

No entanto, Chesnais (1999), entre outros intelectuais europeus, defende que com exceção de uns poucos "novos países industrializados" ¹⁵⁵, nessa nova fase do processo de internacionalização do capital sob a hegemonia do capital financeiro, estava em curso um nítido movimento tendente à marginalização dos países em desenvolvimento.

Sendo assim, as tão sonhadas prosperidade e integração mundial estão longe de acontecer. Em dias atuais, ao que se assiste é uma profunda desigualdade entre as várias regiões do planeta, muitas delas à margem desses processos de "globalização". A miséria, o desemprego, a precarização do trabalho, bem como a falta de perspectiva atingem grandes parcelas da população mundial, envolvendo não só a denominada periferia do sistema capitalista, mas também os países desenvolvidos. Os problemas ecológicos também se avolumam, indicando os limites do capital em sua etapa globalizada. Resumindo, a atual fase do capitalismo mundial distingue-se pelo baixo crescimento econômico e pela instabilidade permanente que alcança o sistema mundial, não apenas em sua dimensão econômico-financeira, mas em seu aspecto geopolítico-militar¹⁵⁶.

A mundialização do capitalismo uniu dialeticamente o mercado dos países altamente industrializados com todos os demais países, sejam eles de média ou pequena presença industrial. Não se pode considerar o centro do capitalismo apenas os países ricos, pois o centro está em toda parte onde as empresas multinacionais se fazem presentes. O imperativo é a nova ordem internacional criada pelo capitalismo monopolista, que, por sua vez, produziu uma nova divisão internacional do trabalho e redesenhou uma nova organização territorial em escala mundial do capitalismo. Atualmente, o centro está onde for possível conectar interesses nacionais, internacionalizando-os. Todavia, o centro passou a estar em Nova Iorque, Tóquio, Bangcoc, Joanesburgo, Frankfurt, Paris, Londres, Moscou, Adelaide, e por que não na cidade do México, Buenos Aires, São Paulo, Curitiba etc.; o que leva a concluir que a luta de classes ganhou uma dimensão

¹⁵⁵ Aqueles países que haviam ultrapassado, antes de 1980, um patamar de desenvolvimento industrial que lhes permitiu introduzir mudanças na produtividade do trabalho e se manterem competitivos.

¹⁵⁶ Cf. ALVES; CORSI, 2002.

simultaneamente internacional¹⁵⁷. Desse modo, considerando a reflexão de Oliveira (2009) acerca da crise que se abateu sobre o capitalismo mundializado, o referido autor defende que

[...] é na essência a crise desse processo contemporâneo sobre as quais se fundou a lógica da reprodução e da acumulação do capital. A crise atual é, portanto, estrutural. É por isso que a crise da produção de alimentos é, pois, apenas uma de suas múltiplas manifestações.

Retornando ao objeto deste estudo – os determinantes da obesidade na pobreza –, seria natural pensar, após a exposição anterior, que a mudança nos hábitos alimentares da população mundial fosse a única responsável pela transição alimentar que vem assolando essa população. Os ditames do capital estão muito além do que o aparente nos revela, e as “forças” que direcionam a produção de alimentos na maioria das vezes estão implícitas e confusas nas suas mensagens. O “mercado” (grifos nossos) exerce poderosas forças na transição alimentar, entre elas, a massificação de produtos agrícolas, em particular os cereais e alguns grãos, apoiado por subsídios governamentais – os subseqüentes custos menores de produção de alimentos industrializados e as inovações na tecnologia alimentar e nos sistemas de distribuição¹⁵⁸.

Ao observar os mecanismos que os gigantes do sistema corporativo de produção alimentícia utilizam para definir regras e elevar os lucros, faz-se necessário reportar-se a Marx, ao defender que:

O fim da produção social deveria apoiar-se na satisfação das necessidades sociais, porém a indústria e a agricultura capitalista não produzem para as necessidades, nem tampouco para sua satisfação. O fim da produção é então a valorização do capital, e a satisfação das necessidades (no mercado) consiste unicamente em meio para isto (MARX apud HELLER, 1986, p. 55).

Como foi visto anteriormente, com o processo de mundialização do capital, os países modificaram suas políticas para um enfoque mais determinado pelo mercado. Como uma região, a maioria dos países latino-americanos embarcou em reformas no mercado interno e liberalização do comércio, eliminando de maneira

¹⁵⁷ Cf. OLIVEIRA, 2009.

¹⁵⁸ Cf. UAUY; MONTEIRO (apud OPAS, 2008).

característica as juntas de comércio de alimentos do governo, reduzindo tarifas e eliminando cotas e impostos de exportação. O ritmo de mudanças foi acelerado em meados dos anos noventa, depois do Acordo para Agricultura (1994) - um acordo internacional concebido por meio do Acordo Geral sobre Tarifas Aduaneiras e Comércio (GATT) ¹⁵⁹ -, que estabelecia o compromisso dos países para reduzir tarifas, subsídios de exportação e subsídios agrícolas internos. A fundação da Organização Mundial do Comércio (OMC), em 1995, proporcionou um novo mecanismo de negociação aos países para a abertura de seus mercados a mais importações e aumento das exportações, assim como para a introdução dos requisitos para a liberalização interna das políticas agrícolas¹⁶⁰.

A história da OMC remonta a 1947, quando foi estabelecido o Acordo Geral sobre Tarifas Aduaneiras e Comércio (GATT), a fim de reduzir tarifas, eliminar obstáculos comerciais e facilitar o comércio de mercadorias. Desde então, foram realizadas 9 rodadas de negociação comerciais multilaterais, as 8 primeiras no âmbito do GATT, e a última, a de Doha, no âmbito da Organização Mundial do Comércio (OMC), criada em 1995 para exercer algumas das funções até então pertinentes ao GATT, que deixou de existir, sendo seus textos jurídicos incorporados à OMC com o nome de “GATT de 1994”.

A OMC foi estabelecida em Marrakech, em 1 de janeiro de 1995, após a conclusão da Rodada do Uruguai. Esta rodada (1986-1994), ocorrida entre os membros do *General Agreement on Trade and Tariffs* (GATT), representou um marco na história da agricultura mundial por incorporar na pauta de negociações o setor agrícola, até então deixado de lado nas discussões sobre o comércio internacional, sendo alvo da proliferação de medidas protecionistas que claramente distorcem o mercado.

¹⁵⁹ O GATT foi criado em 1947, resultado do novo reordenamento geopolítico do pós-guerra e fruto do esforço de reorganização do comércio mundial. Apesar de não possuir um caráter oficial *stricto sensu*, tornou-se o referencial para o disciplinamento do comércio mundial. Os países contratantes avançaram por meio de negociações de base multilateral – denominadas rodadas.

¹⁶⁰ Cf. REUNIÃO DA COMISSÃO PAN-AMERICANA DE INOCUIDADE DE ALIMENTOS, 5, 2008, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: OPAS, 2 008.

O resultado prático das negociações conduzidas durante a Rodada Uruguai foi a assinatura do Acordo Agrícola, acordo este que definiu as regras que, a partir de então, guiariam o comércio agrícola internacional.

O Acordo Agrícola abrange a normatização de questões referentes ao acesso a mercados, medidas de apoio interno e subsídios à exportação, além do cumprimento de duas tarefas: discussão e definição sobre as regras balizadoras do comércio internacional de produtos de origem agropecuária e identificação e classificação das políticas agrícolas praticadas pelos países, as quais foram notificadas aos demais países em um documento chamado Oferta Agrícola, considerado parte integrante do Acordo sobre Agricultura/AsA¹⁶¹.

Ao analisar os interesses da OMC em estabelecer um Acordo Agrícola, faz-se necessário remontar ao GATT – o predecessor da OMC –, que conseguiu liberalizar o comércio em grande parte, suprimindo obstáculos à circulação de mercadorias entre fronteiras. Até 1994, as regras comerciais multilaterais foram aplicadas, essencialmente, a produtos manufaturados e não tanto a produtos agrícolas. Anteriormente, os principais interlocutores comerciais, como os Estados Unidos e a União Europeia, continuavam a conceder isenções em relação ao GATT que lhes permitiam fornecer grandes volumes de subsídios a seus setores agrícolas. A manutenção artificial de níveis elevados de produção advindos deste processo gerou a prática da venda de excedentes agrícolas no mercado mundial a preços abaixo de seu custo de produção, conhecida como *dumping*^{162 163}. Essa prática tem sido adotada desde que a OMC foi criada e tem aumentado no decorrer do tempo¹⁶⁴.

Portanto, as distorções do comércio agrícola levaram muitos países, na década de 1980, a pressionar pelo estabelecimento de regras comerciais

¹⁶¹ Cf. COLSERA, apud ANDRADE; ORTEGA; CAMPOS, 2005.

¹⁶² Denomina-se **dumping** a prática comercial, geralmente desleal e injusta, que consiste em uma ou mais empresas de um país venderem seus produtos por preços extraordinariamente abaixo de seu valor justo para outro país (preço que geralmente se considera menor do que o que se cobra pelo produto dentro do país exportador), por um tempo, visando prejudicar e eliminar os fabricantes de produtos similares concorrentes no local, passando então a dominar o mercado e impondo preços altos. É um termo usado em comércio internacional e é reprimido pelos governos nacionais, quando comprovado. Esta técnica é utilizada como forma de ganhar quotas de mercado. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Dumping>, Acesso em: 12 abr. 2010.

¹⁶³ Cf. CREATIVE COMMONS, 2007.

¹⁶⁴ É necessário destacar a permanência da prática de *dumping* por parte dos países industrializados, mesmo que sob formas legitimadas pelas regras atuais de comércio.

multilaterais planejadas para se criar um regime de comércio agrícola mais equitativo e orientado para o mercado. Tal necessidade não se deu por acaso, e sim porque países como os Estados Unidos e os da União Europeia começaram a demonstrar interesse nesse tema, principalmente porque seus programas de ajuda interna à agricultura estavam ficando caros demais para ser sustentáveis. Por outro lado, os países em desenvolvimento, exportadores de alimentos, apoiavam o estabelecimento de regras como uma forma de estabilizar e aumentar os preços mundiais das exportações de alimentos, com a esperança de que isto geraria receitas adicionais de exportação para aliviar a pobreza e permitir que eles avançassem no intuito de alcançar seus objetivos de desenvolvimento. Muitos mercados de países em desenvolvimento já estavam abertos para produtos agrícolas baratos e exportados em regime de *dumping* pelos Estados Unidos e pela União Europeia em razão dos programas de ajuste estrutural do Fundo Monetário Internacional (FMI) e do Banco Mundial (BM), que exigiam que eles liberalizassem suas economias e abrissem seus mercados para produtos estrangeiros.

A maior parte da assistência técnica relacionada ao comércio, prestada tanto pela OMC como por outras organizações internacionais - como o Banco Mundial ou o Centro de Comércio Internacional (CCI), ou também por intermédio de mecanismos bilaterais -, resume-se em estimular os países em desenvolvimento a observar as regras da OMC ou a liberalizar suas economias além da medida exigida por essas regras. A assistência técnica dificilmente é usada para ajudar países em desenvolvimento a avaliar que nível de abertura comercial seria mais adequado para suas economias.

É necessário salientar que o Acordo de Marrakech, instituído em 1994, especifica que a OMC deve intensificar sua cooperação com outras organizações internacionais que têm como objetivo a elaboração de políticas econômicas, sendo o Banco Mundial e o FMI os interlocutores ideais da OMC para esse tipo de encargo. A forma rígida com que essas instituições encaram a política econômica - priorizando os elementos monetários e agregados, sem levar em conta os meios de vida de pessoas, comunidades ou grupos vulneráveis - tem sido foco de críticas por

parte da comunidade interessada no desenvolvimento, nos direitos humanos e no meio ambiente¹⁶⁵.

O tratamento concedido no Acordo Agrícola a subsídios à exportação consta numa lista de subsídios que os Membros da OMC devem reduzir e na proibição da adoção de novos subsídios, considerando que os subsídios à exportação são vistos como prejudiciais, porquanto constituem uma ajuda direta a exportadores, que em sua maioria são empresas agroalimentares ou empresas multinacionais de produtos básicos, que lhes permite deslocar produtores nacionais – em grande parte agricultores familiares dos países aos quais vendem suas mercadorias – com produtos artificialmente baratos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DO COMÉRCIO, 2008).

No entanto, voltando-se para os países em desenvolvimento, sabe-se que os resultados obtidos nessa área são, no mínimo, escassos, considerando que o agronegócio desses países se depara com o protecionismo dos mercados de países desenvolvidos, que difundem a ilusão da liberalização do comércio mundial como condição para se alcançar o desenvolvimento econômico.

Desde a sua constituição, a OMC ignorou a prioridade atribuída aos objetivos de interesse público e passou a se considerar, acima de tudo, como “uma organização estabelecida para liberalizar o comércio”, chegando a declarar que “o propósito primordial do sistema é ajudar os fluxos comerciais a circularem com a maior liberdade possível”

Por mais que os acordos que envolvam a agricultura se revistam de “boas intenções”, os objetivos de interesse público da OMC continuam fora do alcance de muitos, fato este que faz com que essa Organização seja “acusada de ser dominada pelos países ricos, funcionar em bases confidenciais e alimentar a cobiça dos ricos em nome da liberalização do comércio” (CREATIVE COMMONS, 2007, p.14).

Em Carta aberta sobre as reformas institucionais na Organização Mundial Do Comércio (2001), organizações não governamentais - WWF, CIEL, ActionAid, IATP, Friends of the Earth e Oxfam – defendem que:

¹⁶⁵ Cf. CREATIVE COMMONS, 2007.

A política comercial não pode ficar nas mãos de poucas pessoas que decidem pela maioria. Em muitos casos, os ministros de comércio só representam ou escutam determinados segmentos dos interesses empresariais. Esse fato se traduz, freqüentemente, em políticas desequilibradas ou carentes de legitimidade. É fundamental garantir que partes afetadas pelo comércio e por seus efeitos, como agricultores, mulheres produtoras, parlamentares e cidadãos comuns, tenham uma voz ativa na elaboração de regras e políticas comerciais [...]. Os grupos de ONG, que não visam lucros e representam o interesse geral, podem desempenhar uma função importante no processo de reequilibrar a política comercial e garantir que ela beneficie pessoas afetadas pela pobreza e o meio ambiente.

Dessa forma, os países periféricos assistem ao comércio agrícola mundial ser dominado pelos países centrais; dominação esta sustentada à custa de grandes doses de subsídios e incentivos, o que, sem dúvida, foi causa de grandes distorções nos mercados mundiais de alimentos. Em meio a este contexto, é natural que tenham emergido grandes disputas no âmbito do comércio agrícola, principalmente entre os EUA e União Europeia (UE).

Muitos acordos da OMC promovem a transparência interna, obrigando os Membros a notificar a Organização a respeito de medidas relacionadas ao comércio¹⁶⁶. No entanto, existem dificuldades relacionadas à transparência interna que tem sido motivo de críticas e descontentamento de alguns Países Membros e de defensores dos direitos humanos. Entre elas, destaca-se o fato de decisões, frequentemente, serem tomadas sem a plena participação ou aprovação dos países em desenvolvimento, dificultando, com isso, o acompanhamento do que acontece na OMC.

Já a transparência externa diz respeito à maior ou menor possibilidade de acesso a processos decisórios da Organização por parte do mundo externo. É o caso, por exemplo, das reuniões da OMC, inclusive audiências relacionadas a controvérsias comerciais, que são realizadas a portas fechadas, dificultando a supervisão de processos decisórios por parte de não-Membros¹⁶⁷.

Os Membros da OMC, especialmente alguns países em desenvolvimento de grande porte, alegam que o mencionado procedimento é necessário para proteger a

¹⁶⁶ O Mecanismo de Exame de Políticas Comerciais (MEPC) foi criado para promover a transparência interna por meio de exames regulares das práticas e políticas comerciais adotadas pelos Membros.

¹⁶⁷ Cf. CREATIVE COMMONS, 2007.

natureza intergovernamental da OMC. Tal defesa não é aceita pela sociedade civil, que rejeita argumentos desse tipo, apontando que, por exemplo, a Comissão de Direitos Humanos das Nações Unidas (que também é um órgão intergovernamental) realiza reuniões públicas¹⁶⁸.

Maluf e Menezes (2002) defendem que o comércio internacional não tem se revelado um instrumento de segurança alimentar, seja como fonte confiável e eficiente para os importadores, seja como mercado em expansão para os exportadores, mencionando dois motivos que ele considera como principais:

O primeiro motivo é fornecido pelos resultados dos esforços de liberalização comercial no âmbito da OMC que, apesar de ainda insignificantes, já provocaram a elevação do componente importado da oferta de produtos agroalimentares na grande maioria dos Terceiro Mundo, em ritmo frequentemente superior ao do crescimento das suas exportações. Poucos deles estão capacitados para exportar produtos manufaturados, segmento onde se concentra o dinamismo do comércio de mercadorias. Assim, pode-se concluir que os resultados dos acordos, de fato, tornaram os países e, especialmente, seus pequenos produtores menos capazes (self-reliant) e sustentáveis. O segundo motivo liga-se aos constrangimentos colocados ao manejo da política cambial e às incertezas resultantes da instabilidade financeira que, há tempos, caracteriza a economia internacional. A política cambial é, como se sabe, um instrumento vital na determinação dos fluxos comerciais (MALUF; MENEZES, 2002).

Por conseguinte, alguns países em desenvolvimento e as organizações não governamentais pretendem que uma maior importância fosse atribuída aos objetivos de interesse público, ao passo que outros (por exemplo, empresas privadas e alguns países industrializados) são partidários da ideia de se eliminar todos os obstáculos ao livre comércio mais rapidamente¹⁶⁹.

A falta de transparência nas decisões da OMC impede que grupos de direitos humanos e da sociedade civil exerçam contribuição e fiscalização à elaboração de políticas comerciais, bem como impossibilita de verificar quais decisões de política comercial estão sendo elaboradas por seus governos. Muitos grupos que se

¹⁶⁸ CREATIVE COMMONS, 2007.

¹⁶⁹ Cf. CREATIVE COMMONS, op. cit.

consideram representantes do interesse geral questionam a confidencialidade da maioria dos Membros na formulação da política comercial internacional¹⁷⁰.

A Rodada de Doha, como foi batizada a grande negociação entre os países, iniciada em novembro de 2001 no Qatar, na IV Conferência Ministerial da OMC, foi considerada ambiciosa, superando, inclusive, a cobertura de temas da Rodada Uruguai. O que se imaginava ser a criação de um novo ciclo de abertura do comércio mundial acabou virando uma história contínua que tinha como foco as discussões sobre o aumento das cotas de exportação e a redução dos subsídios a produtos agrícolas — questões essenciais para os países em desenvolvimento.

Os mandatos de Doha dizem respeito às áreas de agricultura, acesso a mercados de produtos não agrícolas, serviços, solução de controvérsias, regras para *antidumping*, subsídios e medidas compensatórias, meio ambiente, concorrência e investimento, levando em consideração os interesses dos países em desenvolvimento.

Todavia, tal rodada encontra dificuldade de ser efetivada, em decorrência de uma quebra de braço entre os países em desenvolvimento (que querem a redução/eliminação dos subsídios aos produtores agrícolas dos países ricos) e EUA e União Europeia (que buscam o acesso livre aos mercados de bens e serviços dos países em desenvolvimento)¹⁷¹

A Rodada de Doha, que prevê a liberalização do comércio internacional, esbarrou em divergências entre países desenvolvidos e em desenvolvimento sobre o setor agrícola. Nessa rodada, a tentativa é justamente fazer com que os países ricos reduzam o uso que fazem dos subsídios. Um dos pontos que têm impedido um acordo é a questão dos subsídios agrícolas¹⁷² dados pelos países ricos aos seus agricultores. Por isso, os subsídios fazem com que os fazendeiros se tornem mais competitivos e tendam a aumentar a produção. Os fazendeiros dos países ricos são os que mais se beneficiam com os subsídios. A organização não governamental Oxfam afirma que os Estados Unidos dão até US\$ 3,9 bilhões aos seus 25 mil

¹⁷⁰ CREATIVE COMMONS, 2007

¹⁷¹ Cf. FELISMINO, 2007.

¹⁷² Os subsídios comerciais são a quantidade de dinheiro paga aos fazendeiros por unidade que eles produzem ou exportam, fazendo com que a produção seja mais barata.

produtores de algodão todos os anos. Isso, segundo a organização, seria equivalente a mais de três vezes a ajuda financeira dada pelo governo americano à África¹⁷³

Os países em desenvolvimento denunciaram os picos tarifários em produtos como carnes, açúcar, cereais, leite e seus derivados, o escalonamento de tarifas nos casos do café, cacau, oleaginosas, frutas e vegetais, a administração discriminatória e pouco transparente das quotas-tarifárias, a aplicação frequente da *special safeguard* para produtos de interesse dos países em desenvolvimento e as preocupações não comerciais. Propuseram a extinção da *special safeguard* e sua transformação em um mecanismo de *special countervailing measures*, como parte do tratamento especial e diferenciado, além de exigirem concessões e o cumprimento das promessas feitas aos *least-developed countries*¹⁷⁴.

Assim, pode-se afirmar que os agricultores dos países ricos produzem bastante para o próprio mercado, ficando o excesso para os países pobres a preços muito baixos, com os quais os produtores locais não podem competir. Além disso, quando os produtores dos países em desenvolvimento tentam exportar para os países ricos, eles estão na verdade competindo com agroindústrias subsidiadas, sendo desleal a concorrência com os produtos agrícolas das nações industrializadas

Os subsídios, além de fortalecerem os produtores europeus e americanos (o que diminui as chances de exportação para esses mercados), dificultam as vendas para vários outros países. Dessa forma, eles são nocivos ao livre comércio, porque fazem com que os preços internacionais de *commodities* como soja, milho e trigo fiquem abaixo de seu valor real, num patamar inferior ao que seria justo para remunerar os produtores que buscam o lucro na produtividade.

O agronegócio, setor em que os países em desenvolvimento dispõem de maior vantagem competitiva, é justamente o mais protegido nos EUA, na Europa e no Japão. No decorrer das negociações, tem sido evidente que nem todo o mundo quer que o atual sistema mude. Muitos culpam os Estados Unidos, mas outros

¹⁷³ Cf. CREATIVE COMMONS, 2007.

¹⁷⁴ Cf. PRESSER; ALMEIDA (apud OLIVEIRA, 2009).

sustentam que a França também não está disposta a reduzir os subsídios que dá a seus produtores.

Ao refletir sobre o porquê de todas as rodadas da OMC terem fracassado, encontra-se a resposta no protecionismo econômico. Até agora, as propostas dos Estados Unidos e da Europa estão longe de satisfazer as demandas das nações mais pobres, e as reuniões acabaram se tornando um palco de combate entre ricos e pobres.

Se, de um lado, as nações em desenvolvimento, que têm na agricultura sua arma para competir no mercado internacional, exigem o fim dos subsídios governamentais que os EUA e a Europa dão aos seus agricultores e pecuaristas – mais de 300 bilhões de dólares por ano -, do outro lado, os países ricos querem maior acesso aos mercados de bens e serviços dos países em desenvolvimento, ou seja, a diminuição das taxas de importação cobradas sobre os seus produtos industrializados.

No Brasil, é evidente que os resultados das negociações internacionais em agricultura estão muito aquém das expectativas iniciais. O país ainda se depara com fortes aparatos protecionistas adotados pelos países desenvolvidos, os quais impedem que suas exportações tenham acesso aos seus mercados.

Resumindo, a questão alimentar mundial envolve interesses diversos e até contrários. O sistema atual de produção alimentar não é um acordo que se deu de forma desinteressada, e sim um compromisso entre diferentes demandas e inquietudes; entre grandes corporações que buscam maiores lucros, os governos preocupados com as tensões sociais e os consumidores urbanos. As comunidades rurais, por sua vez, ficam completamente ausentes das decisões, e parece que sofrem silenciosamente¹⁷⁵.

¹⁷⁵ Cf. PATEL, 2008.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa ora desenvolvida teve como objeto de estudo a relação existente entre o fenômeno da obesidade na pobreza e os interesses do capital na contemporaneidade, analisando os determinantes econômicos e sociais da obesidade na pobreza, no contexto da lógica de acumulação do capital.

Perseguindo o objeto proposto, fez-se necessário compreender a obesidade no seu contexto atual, considerando, a princípio, a obesidade não apenas na primazia do seu aspecto econômico, mas a importância dos fatores culturais e sociais juntamente com a transição nutricional global, que têm impulsionado a epidemia da obesidade. Assim, foi visto que as práticas alimentares envolvem não somente a seleção, o preparo e o consumo dos alimentos; elas ainda são determinadas por influências culturais, pelo modo de vida, pela introdução de novos alimentos através dos meios de comunicação, associado a fatores econômicos e sociais, e por regras que são impostas pelo processo de “globalização”, que em prol do crescimento econômico e da “modernização”, impõe seus ditames à cultura alimentar da população mundial.

O estilo de vida sedentário e o consumo de dietas inapropriadas são considerados como os dois principais fatores determinantes no aumento dos índices da obesidade. A ingestão insuficiente de frutas, legumes e verduras e a inatividade física integram um conjunto de fatores de risco que respondem pela maioria expressiva das mortes por Doenças Crônicas Não Transmissíveis e por fração substancial de doenças devidas a essas enfermidades.

A obesidade é considerada uma das mais graves doenças que a humanidade terá de enfrentar no século XXI, apresentando-se crescente em todos os países do mundo. Há alguns anos, a obesidade era considerada uma doença mais comum em países mais desenvolvidos. No entanto, já está comprovado que essa doença alcançou níveis alarmantes em países de capitalismo periférico, principalmente nas áreas urbanas, sendo considerada um problema de saúde pública tão grave quanto à desnutrição.

Pesquisas têm demonstrado o aumento da prevalência de obesidade nas populações mais pobres. Nessas populações, apesar de o excesso de peso e da obesidade acometerem homens e mulheres, a maior incidência está na população feminina. Constatou-se também que na relação obesidade e escolaridade, a frequência dessa doença é expressivamente maior nas mulheres com menor escolaridade.

Como foi abordado no decorrer deste estudo, a pobreza tem uma explicação para Marx na expansão do exército industrial de reserva, que pressiona pela diminuição dos salários e aumenta o número de desempregados, agravando cada vez mais a lacuna entre pobres e ricos, e com isso o nível de desigualdade se torna cada vez mais elevado. É através da lei geral da acumulação capitalista que fica evidente como o capital se apropria da força de trabalho através dos diversos mecanismos de exploração e dominação, com o objetivo de assegurar a reprodução e a acumulação de riqueza pelos capitalistas de um lado e, por outro lado, produzir a acumulação da miséria da classe responsável de fato por gerar valor ao capital. Nessa direção, só é possível superar a pobreza com a superação do próprio sistema capitalista.

A obesidade, que inicialmente predominava nas classes econômicas de maior renda, vem apresentando uma evolução temporal com predominância nas populações mais pobres do Brasil, principalmente entre as mulheres. Este fato tem sido alvo de questionamentos e reflexões, pois sempre se associa a obesidade à abundância de alimentos, e a pobreza à escassez de recursos.

No entanto, foi visto no decorrer deste estudo que não existe paradoxo entre obesidade e pobreza, quando avaliamos que tipo de alimentação e recursos estão disponíveis à população pobre deste país. Se, como defendem os estudiosos em obesidade, esta doença tem como fatores determinantes o estilo de vida sedentário e o consumo de dietas inapropriadas, torna-se de fácil compreensão a prevalência da doença na pobreza, quando se constata que o consumo alimentar estaria caracterizado pela seleção de alimentos baratos e de alta densidade calórica, como as gorduras e os açúcares, através dos quais a população empobrecida consegue as calorias de que necessita para sobreviver. Sabe-se que a escolha desses

alimentos não se dá por acaso, pois a saciação¹⁷⁶ que eles produzem, por serem alimentos de digestão mais demorada, explica a relação com a situação socioeconômica da classe subalterna.

Além disso, a indústria de alimentos e a indústria midiática apresentam êxito nas suas investidas, à medida que estabelecem novos padrões de alimentação, instituindo modos de consumir e de se alimentar em consonância com os interesses do capital e, conseqüentemente, estimulando o aumento dos transtornos alimentares e desequilíbrios nutricionais.

É nesse sentido que se tentou demonstrar, no decorrer desta pesquisa, que não se dá de forma aleatória e desinteressada o incremento de gorduras, açúcares, sal, agrotóxicos e aditivos químicos nos alimentos que chegam à mesa da população mundial; também é evidente que há uma estreita relação entre a produção alimentícia e as leis do mercado, que seguem as orientações políticas e econômicas do Banco Mundial e da OMC - que regula os preços dos alimentos - e impedem que os países economicamente dependentes regulamentem suas exportações e importações, ficando sob o jugo das medidas protecionistas e subsídios dos países ricos.

As leis do mercado exercem grande influência na transição alimentar, porquanto ajustes estruturais impostos pelo FMI vêm retirando dos países do capitalismo periférico a capacidade de produzir seus próprios alimentos. É fundamental também que cada sociedade possa conhecer sua história agrícola e alimentar, a fim de que esse patrimônio seja valorizado.

Outrossim, obesos pobres se veem privados de recursos públicos eficazes para o tratamento da obesidade. Os programas e ações existentes nessa área se direcionam ao desenvolvimento de hábitos saudáveis, dando ênfase à responsabilização individual e à acepção moral, desconsiderando a determinação social e econômica do processo. Não existe por parte do Estado uma regulação

¹⁷⁶ Saciação é a regulação sensória-hormonal que informa ao indivíduo que a quantidade de alimentos consumidos até aquele momento é suficiente e o mesmo pode para de comer. Já a saciedade é a sensação de plenitude que se sente mesmo horas após o término da refeição (após a saciação); seria a regulação a longo-prazo do consumo alimentar (LANCHA JÚNIOR, 2006).

efetiva junto às indústrias, não havendo, conseqüentemente, vigilância e controle do que é produzido no Brasil, o que tem provocado uma imensa oferta de alimentos industrializados - alimentos estes que possuem alta concentração de energia (ricos em gorduras e açúcares), mas que são deficientes em outros nutrientes essenciais.

Sabe-se da importância da ampliação do sistema de vigilância sanitária no que diz respeito à produção e circulação de produtos que fazem mal à saúde, e no controle do uso de agrotóxicos e aditivos químicos. Porém, a utilização desses recursos faz parte do arsenal do capital em prol dos seus interesses, já que a relevância está na aparência e sabor dos alimentos disponibilizados à população.

A Política Nacional de Saúde não interfere na raiz da determinação do processo saúde e doença no que diz respeito a um dos aspectos cruciais do problema da obesidade na pobreza – o consumo de alimentos de baixo valor nutricional e baratos. Por fim, a Política atinge aspectos que dizem respeito aos hábitos do indivíduo, não considerando a determinação maior: produção e distribuição de alimentos e as condições materiais de existência das populações.

Esta pesquisa identificou ainda que os interesses do capital em relação à obesidade não atingem exclusivamente os segmentos pauperizados da sociedade, considerando que se trata de um sistema que tem como elementos essenciais o lucro e a acumulação do capital, e por isso não resguarda classe alguma dos seus interesses. Porém, existem formas diferenciadas de esses interesses se expressarem entre ricos e pobres. A indústria de alimentos sabe bem a quem se destinam o infinito número de produtos disponíveis nas prateleiras dos supermercados¹⁷⁷.

É evidente que a classe subalterna sofre de forma mais intensa as ofensivas do capital no que se refere à incidência da obesidade, tendo em vista as condições de vida e de trabalho dessa classe. Resgatando aqui o que foi trabalhado anteriormente, as escolhas alimentares são direcionadas – come-se o que é possível comer e o que está disponível nas prateleiras. Conseqüentemente, as

¹⁷⁷ Fica como sugestão para estudo posterior o aprofundamento dessa temática.

opções alimentares dessa classe são bem mais restritas, comparadas às alternativas que populações ricas têm em face do seu poder de compra.

Obesidade na pobreza, e fome e desnutrição são apresentadas como faces da mesma moeda – sob a regência do capital e em prol dos interesses lucrativos. Se, por um lado, visualiza-se a fome e toda a degradação humana que o aumento de preço dos alimentos e a disponibilidade destes desencadeiam, empurrando milhões de pessoas para a pobreza e desnutrição, por outro lado, depara-se com a obesidade em populações pauperizadas que não têm condições de optar por uma alimentação de qualidade nutricional, em decorrência dos altos preços dos alimentos, e que são acometidas pela morbidade e mortalidade, sendo rechaçadas do convívio social.

Ressalta-se assim que a regência do capital se faz presente na definição e distribuição da produção de alimentos mundial, orquestrada por um sistema que é intrinsecamente desumano e perverso, repleto de iniquidades, capaz de desapropriar o homem das suas próprias escolhas, e que tem o alimento apenas como mercadoria, a serviço da lógica do capitalismo – a obtenção de lucro.

REFERÊNCIAS

ALVES, G.; CORSI, F. L. Dossiê "globalização". **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, n. 19, p. 7-10, 2002. ISSN 0104-4478.

AMORIM, S. T. S. P. de. Alimentação infantil e o marketing da indústria de alimentos, Brasil, 1960-1988. **História: Questões & Debates**, Curitiba: Editora da UFPR, n. 42, p. 95-111, 2005. ISSN 0100-6932.

ANDRADE, D. C.; ORTEGA, A. C.; CAMPOS, E. M. G. Negociações agrícolas internacionais e o agronegócio brasileiro. **Revista de Política Agrícola**, Brasília, DF, ano 14, n. 3, p. 88-97, jul./set. 2005. ISSN 1413-4969.

ANJOS, L. A. dos. **Obesidade e saúde pública**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho?**: ensaio sobre a metamorfose e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo: Cortês, 1995.

ARRUDA, B. K. G. Marcos referenciais da trajetória das políticas de alimentação e nutrição no Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.7, n. 3, p. 319-326, 2007. ISSN 1519-3829.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA. Empresa aérea penaliza passageiros obesos: companhia aérea nos EUA cede às queixas de clientes e exige que obesos paguem dois assentos. **Notícias**, São Paulo, 17/04/2009. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/lenoticia/257/empresa-aerea-penaliza-passageiros-obesos.shtml> Acesso em: 4 abr. 2010.

BATISTA FILHO, M. Alimentação, nutrição & saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia e saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. cap. 15, p. 353-374.

_____; RISSIN, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, p. S181-S191, 2003. ISSN 0102-311X. Suplemento 1.

BAUMAN, Z. **Globalização**: as consequências humanas. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1999.

BBC. Brasil. **Campanha contra obesidade em NY mostra refrigerante despejando copo de banha**. BBC. Brasil.com. 7 out. 2009. Disponível em: http://www.bbc.co.uk/portuguese/noticias/2009/10/091007_propagandaobesidadefn.shtml. Acesso em: 12 set. 2009.

BBC. Brasil. **Sal estimula obesidade em crianças, diz pesquisa.** BBC. Brasil.com. 21 fev. 2008. Disponível em: <http://www.bbc.co.uk/portuguese/reporterbbc/story/2008/02/080221_saldietacrianças_ba.shtml>. Acesso em: 9 jan. 2010.

BEHRING, E. R. Fundamentos de política social. In: MOTA, A. E. et al. (Org.). **Serviço Social: formação e trabalho profissional.** São Paulo: Cortez, 2006.

BELIK, W; SANTOS, R. R. **Os investimentos das multinacionais alimentares em face de um espaço econômico ampliado.** 1997. Disponível em: <www.eco.unicamp.br/artigos/artigo172.htm>. Acesso em: 20 jan. 2010.

BORGES, E. Os Movimentos da sociedade contemporânea. **Geoeducador: Geografia, Educação e Cultura.** 20 mar. 2010. Disponível em: <<http://geoeducador.blogspot.com/2010/03/os-movimentos-da-sociedade.html>>. Acesso em: 23 abr. 2010.

BORÓN, A. A desumanidade do sistema capitalista. **O Diário.Info**, 8 jun. 2010. Disponível em: <<http://www.odiarrio.info/?p=1627>>. Acesso em: 24 set.2010.

BOSCHETTI, I.; SALVADOR, E. O financiamento da seguridade social no Brasil no período de 1999 a 2004: quem paga a conta? In: MOTA, A. E. et al. (Org.). **Serviço Social: formação e trabalho profissional.** São Paulo: Cortez, 2006.

BRASIL. 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] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 23 abr. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Obesidade. Caderno de Atenção Básica**, Brasília, DF, n.12 , 2000b. Série A: normas e manuais técnicos.

_____. **Política nacional de alimentação e nutrição.** 2. ed. rev. Brasília, DF, 2003.

_____. **Política nacional de promoção da saúde:** portaria nº 687, de 30 de março de 2006. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria687_30_03_06.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2010.

_____. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Guia alimentar para a população brasileira:** promovendo a alimentação saudável. Brasília, DF, 2005a.

BRASIL. **Mundo discute fome e má-nutrição em Brasília.** 2005b. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/consea/exec/noticias.cfm?cod=3342>>. Acesso em: 5 jun. 2007.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. Brasília, DF, 2006a.

_____. **VIGITEL Brasil 2006**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, DF, 2007.

_____. _____ **2007**. Brasília, DF, 2008.

_____. _____ **2007**. Brasília, DF, 2009.

_____. Poder Executivo. **Projeto de Lei nº. 2.877 / 2008: MSG 960 / 2007**. Altera dispositivos da lei nº 2.877, de 22 de dezembro de 1997, e dá outras providências. Brasília, DF, 2008.

BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. et al. (Org.). **Serviço social**: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

BURLANDY, L.; MAGALHÃES, R. **Segurança, seguridade e direito**: as diferentes faces da questão alimentar e nutricional. Rio de Janeiro: Observatório da Cidadania, 2004.

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000. ISSN 1413-8123.

CANDIDO, L. M. B.; CAMPOS, A. M. Alimentos funcionais: uma revisão. **Boletim da SBCTA**, Campinas, v. 29, n. 2, p. 193-203, 1995.

CARNEIRO, Henrique S, Comida e sociedade: significados sociais na história da alimentação. **História: Questões & Debates**, Curitiba, v. 42, p. 71-80, 2005. ISSN 0100-6932.

CARTERLE, N. M. G. **A reorganização do trabalho no mundo do trabalho**. 2003. Disponível em: <<http://www.gestiopolis.com/recursos/documentos/fulldocs/rrhh/trabalho.htm>>. Acesso em: 2 abr. 2010.

CHESNAIS, F. **A mundialização do capital**. São Paulo: Xamã, 1996.

_____. (Coord). **A mundialização financeira**: gênese, custos e riscos. São Paulo: Xamã, 1999.

_____. **Tobin or not tobin**. Porto: Campo da Comunicação, 2000.

CHOSSUDOVSKY, M. **A globalização da pobreza**: impactos das reformas do FMI e do Banco Mundial. Tradução de. Marylene Pinto Michael. São Paulo: Moderna, 1999.

CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL. **Princípios e Diretrizes de uma Política de Segurança Alimentar e Nutricional**. Brasília, 2004. 80p.

CORREIA, M. V. C. **O Conselho Nacional de Saúde e os rumos da política de saúde brasileira**: mecanismo de controle social frente às condicionalidades dos organismos financeiros internacionais. 2005. 343 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2005.

COUTINHO, W. **O documento do Consenso Latino-Americano em Obesidade**. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br>>. Acesso em: 20 set. 2008.

CREATIVE COMMONS. **Guia prático sobre a OMC e outros acordos comerciais para defensores dos direitos humanos**. 2007. Disponível em: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.0/deed.pt_PT>. Acesso em: 14 fev. 2010.

CUMBRE MUNDIAL SOBRE LA SEGURIDAD ALIMENTARIA. **Declaración de la Cumbre Mundial sobre la Seguridad Alimentaria**. 2009. Roma. Disponível em: <http://www.fao.org/fileadmin/templates/wsfs/Summit/Docs/Final_Declaration/K6050_S_WSFS_OEWG_06.pdf>. Acesso em: 7 set. 2009.

CUPPARI, L. **Guias de medicina ambulatorial e hospitalar**: nutrição clínica no adulto. 2. ed. São Paulo: Manole, 2002.

DE LAVOR, A. Um padrão bem pouco saudável. **RADIS**, Rio de Janeiro, n. 56. p. 18-24, 2007. Disponível em: http://www.ensp.fiocruz.br/radis/sites/default/files/radis_56.pdf Acesso em: 20 set. 2008.

DOLORES, M.; BOCCIA, P. Obesidade. **Saúde! é Vital**, n. 257, p. 35, fev. 2005.

FEDERAÇÃO DE ÓRGÃOS PARA ASSISTÊNCIA SOCIAL E EDUCACIONAL. **Direito à alimentação entra na Constituição** 2010. Disponível em <<http://www.fase.org.br/v2/pagina.php?id=3227>>. Acesso em: 20 mar.2010.

FEDERAÇÃO LATINO-AMERICANA DE OBESIDADE. **Documento do Consenso Latino-Americano em Obesidade**. Santiago, 1998.

FELIPPE, F. Obesidade como um problema social> novas demandas profissionais ao serviço social. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 7, n. 2, p. 239-248, 2004. ISSN 1414- 4980.

FELISMINO, R. OMC: impasse na Rodada **Doha**: Boletim de Notícias e Análises Internacionais: Consvita. 2009. Disponível em: <<http://boletiminternacional.wordpress.com/2009/02/28/omc-impasse-na-rodada-doha>>. Acesso em: 8 set. 2009.

FERNANDES, M. de M. Obesidade e hábitos alimentares: questão cultural em um processo de globalização. **EFDEPORTES.com** : Revista Digital, Buenos Aires - Año 13, n. 127, dic. 2008. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/>>. Acesso em: 8 set. 2009.

FERREIRA, V. A. **Obesidade & pobreza**: o aparente paradoxo. 138 f. 2003. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

FIRMINO, T. A obesidade também pode ser contagiosa... através dos amigos e da família. **Publico**, 27 jul. 2007. Disponível em: <http://www.publico.pt/Sociedade/a-obesidade-tambem-pode-ser-contagiosa-atraves-dos-amigos-e-da-amilia_1300641>. Acesso em: 9 abr. 2010.

FRANCISCHI, R. P. P. et al. Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 13, n. 1, p. 17-28, 2000. ISSN 1415-5273.

GASPAR, F. M. P. **Obesidade e trabalho**: história de preconceito e reconhecimento vividas por trabalhadores obesos. São Paulo: Vetor, 2003.

GIGANTE, D. P. Prevalência de obesidade em adultos e seus fatores de risco. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, p. 236-246, 1997. ISSN 0034-8910.

HELLER, A. **Teoría de las necesidades em Marx**. 2. ed. Barcelona: Península, 1986.

HOBBSAWM, E. **Era dos extremos**: o breve século XX: 1914-1991. Tradução Marcos Santarrita; revisão técnica Maria Célia Paoli. 2. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

_____. As grandes transformações do século XX. In: HOBBSAWM, E. **Era dos extremos**: o breve século XX: 1914-1991. [1995?] Disponível em: <<http://www.perspectivas.com.br/trans30.htm>>. Acesso em: 9 jul. 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa de orçamentos familiares 2002-2003**. 2004. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2002analise/defaulttab.shtm>>. Acesso em: 13 dez. 2007.

INSTITUTE OF MEDICINE OF THE NATIONAL ACADEMIES. Committee on Food Marketing and the Diets of Children and Youth. **Food marketing to children and youth: threat or opportunity?**. Washington, 2006, p. ES 2-13.

JOCHELSON, K. **Nanny or steward?** the role of government in public health., London: Kin's Fund, 2005 ISSN 1857175387.

JOSEPH, D. **More americans going hungry**. SF Gate, 18 Nov. 2009. Disponível em: <<http://www.washingtonpost.com/wpdyn/content/article/2009/11/16/AR2009111601598.html?wpisrc=newsletter>>. Acesso em: 13 dez. 2009.

LAMONT, J. Suicídios de agricultores na Índia apontam para crise no setor. **Blog Controvérsia**, 15 abr. 2010. Disponível em: <<http://blog.controversia.com.br/2010/04/15/suicidios-de-agricultores-na-ndia-apontam-para-crise-no-setor/>>. Acesso em: 21 abr. 2010.

LANCHA JÚNIOR, A. H. **Obesidade**: uma abordagem multidisciplinar. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

_____. Por que sentimos fome? **Ethika Suplementos Alimentares**. Disponível em: <<http://www.ethikasaude.com/quem-somos/>>. Acesso em: 14 jun. 2010.

LEITE, J. L.; RODRIGUES, M. V. **Questão social e saúde na atualidade**: reflexões acerca da Aids e da saúde mental. Disponível em: <<http://www.ubiobio.cl/cps/ponencia/doc/p16.2.htm>>. Acesso em: 23 ago. 2009.

LESSA, S. **Trabalho e proletariado no capitalismo contemporâneo**. São Paulo: Cortez, 2007.

LIMA, L. P.; SAMPAIO, H. A. C. Caracterização socioeconômica, antropométrica e alimentar de obesos graves. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 1011-1020, 2007. ISSN 1413-8123.

MAFRA, S. N; TRAVASSOS, G. H. **Estudos primários e secundários apoiando a busca por evidência em engenharia de software**. Rio de Janeiro: UFRJ. 2006. p. 33. (Relatório Técnico ES 687/06).

MAGALHÃES, R.; BURLANDY, L.; SENNA, M. C. M. Desigualdades sociais, saúde e bem-estar: oportunidades e problemas no horizonte de políticas públicas transversais. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, p. 1415-1421, 2007. ISSN 1413-8123.

MAHAN, L. K.; ESCOTT-STUMP, S. **Krause**: alimentos, nutrição e dietoterapia. 8. ed. São Paulo: Rocca, 1994.

MALUF, R. S.; MENEZES, F. **Cadernos "Segurança Alimentar"**. Web site, 2002. Disponível em: <<http://www.forumsocialmundial.org.br/download/tconferencias>>. Acesso em: 17 fev. 2010.

MALUF, R. S.; MENEZES, F.; VALENTE, F. L. Contribuição ao tema da segurança alimentar no Brasil. **Cadernos de Debate UNICAMP**, Campinas, v. 4, p. 66-88, 1996.

MANCINI M, C. Obstáculos diagnósticos e desafios terapêuticos no paciente obeso. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 584-606, dez. 2001.

MANDEL, E. **A crise do capital**: os fatos e sua interpretação marxista. São Paulo: Ensaio, 1990.

MARINHO, S. P. et al. Obesidade em adultos de segmentos pauperizados da sociedade. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 16, n. 2, p. 195-201, abr./jun. 2003. ISSN 1415-5273.

MARINI, R. M. **Dialéctica de la dependência**. México: Era, 1991.

MARMO, A. Corpo feminino ideal. **Aventuras na História**, 2007. Disponível em: <<http://historia.abril.com.br/comportamento/corpo-feminino-ideal-435353.shtml>>. Acesso em: 10 abr. 2010.

MARTINS, S. R.; IMBROISI, M. H. **Maneirismo**. Disponível em: <<http://www.historiadaarte.com.br/linhadotempo.html>>. Acesso em: 30 dez. 2005.

MARTINS FILHO, E. D. et al. Avaliação dos fatores de risco em pacientes superobesos submetidos a cirurgia de Fobi-Capella convencional. **Arquivos de Gastroentologia**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 3-10, 2008. ISSN 0004-2803.

MARX, K. **O capital**: livro II, São Paulo: Abril Cultural, 1996. cap. 23.

MATTOS, M. I. P. **Os transtornos alimentares e a obesidade numa perspectiva contemporânea**: psicanálise e interdisciplinaridade. Disponível em: <www.contemporaneo.org.br/contemporanea.php>. Acesso em: 24 ago. 2009.

MEDEIROS, S. M. de A. **Os determinantes sociais da saúde e a promoção da saúde**: as bases do pensamento social em saúde. [S.l.: s.n.], 2011.

MÉSZÁROS, I. **Para além do capital**: rumo a uma teoria da transição. Tradução de Paulo César Castanheira e Sérgio Lessa. São Paulo: Editora da UNICAMP; BOITEMPO, 2002.

MIGLIOLI, J. Burguesia e liberalismo: política e economia nos anos recentes. **Revista Crítica Marxista**, São Paulo, n.6, 1998.

MITJAVILA, M. R.; JESUS, C. da S. Globalização, modernidade e individualização social. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 7, n. 1, p. 69-79, 2004. ISSN 1414- 4980.

MONTEIRO, C. A.; MONDINI, L. Mudanças no padrão de alimentação. In: _____. (Org.). **Velhos e novos males de saúde no Brasil**: a evolução do país e de suas doenças. São Paulo: Hucitec; USP, 1995. p. 79-89.

MONTEIRO, C. A.; CONDE, W. L.; POPINK, B. M. The burden of disease from undernutrition and overnutrition in countries undergoing rapid nutrition transition: a view from Brazil. **American Journal Public Helath**, New York, v. 94, n. 3, p.433-444, 2004. ISSN 0090-0036.

MONTEIRO, C. A. et al. Da desnutrição para a obesidade: a transição nutricional no Brasil. In: _____. (Org.). **Velhos e novos males de saúde no Brasil**: a evolução do país e de suas doenças. São Paulo: Hucitec; USP, 1995. p. 247-255.

MONTEIRO, C. A. et al. A descriptive epidemiology of leisure-time physical activity in Brazil, 1996-1997. **Revista Panamericana de .Salud. Publica**, Washington, v. 14, p. 246-254, 2003. ISSN 1020-4989.

MOTA, A. E. Seguridade brasileira: desenvolvimento histórico e tendências recentes. In: _____. et al. (Org.). **Serviço Social**: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

OLIVEIRA, A. U. de. Notas sobre negociações agrícolas internacionais e desafios para o agronegócio brasileiro. In: ENCONTRO DE GEÓGRAFOS DA AMÉRICA LATINA, 12., 2009, Montevideu. **Anais...** Montevideu, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DO COMÉRCIO. **Guia prático sobre a OMC e outros acordos comerciais para defensores dos direitos humanos.** Genebra, 2008.

PARISOTTO, G. C. As Vênus do renascimento. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS DA IMAGEM, 2., 2009, Londrina. **Anais...** Londrina: UEL, 2009.

Disponível em:

<http://www.uel.br/eventos/eneimagem/anais/trabalhos/pdf/Parisotto_Giovanna%20Chaves.pdf>. Acesso em 14 abr. 2010.

PATEL, R. **Obesos y famélicos:** el impacto de la globalización em el sistema alimentario mundial. Barcelona: Los Libros del Lince, 2008.

PAULO NETTO, J. **Capitalismo monopolista e serviço social.** São Paulo: Cortez, 1992.

PELEGRINI, T. Imagens do corpo: reflexões sobre as acepções corporais construídas pelas sociedades ocidentais. **Revista Urutágua**, Maringá, n. 8, 2004. ISSN 1807-8672.

PENÃ, M. BACALLAO, J. **Obesity and Poverty:** a New Public Health Challenge. Washington: Pan American Health Organization, 2000. (Scientific Publication 576).

PINHEIRO, A. R. O; FREITAS, S. F. T; CORSO, A. C. T. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 17, n. 4, p. 523-533, out./dez. 2004. ISSN 1415-5273.

PINTO, F. C. L. **Segurança alimentar e nutricional:** o Programa Bolsa Família na realidade de um município da zona da mata pernambucana. 2007. 189 f. Dissertação (Mestrado Nutrição em Saúde Pública) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2007.

PIRES, G. de L; HACK, C. **Mídia.** CELAR/EEFFTO/UFMG, [1 [s.d]. (Projeto: Dicionário crítico de lazer). Disponível em: www.labomidia.ufsc.br/index.php?option=com_docman... Acesso em: 20 ago 2009.

PIRES, D. X. et al. Uso de agrotóxicos e suicídios no estado do Mato Grosso do Sul, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 598-605, mar./abr. 2005. ISSN 0102-311X.

PORTO, M. C. da S. **A condição do estado assistencialista no Brasil pós-constituente:** um exame sobre as determinantes das políticas sociais brasileiras em face das imposições do ajuste neoliberal. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2005.

REPETTO, G.; RIZZOLLI, J.; BONATTO, C. Prevalência, riscos e soluções na obesidade e sobrepeso: Here, There and Everywhere. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabolismo**, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 633-635, 2003. ISSN 0004-2730.

REUNIÃO DA COMISSÃO PAN-AMERICANA DE INOCUIDADE DE ALIMENTOS., 5, 2008, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: OPAS, 2008.

ROCHA, Sonia. **Pobreza no Brasil: afinal, de que se trata?** Rio de Janeiro: FGV, 2003.

SANTOS L. M. P. et al. Trends in morbid obesity and in bariatric surgeries covered by the Brazilian public health system. **Obesity Surgery**, Oxford, v. 20, n. 7, p. 943-948. 2008. ISSN 0960-8923.

SANTOS, W. G. **Cidadania e justiça**. Rio de Janeiro: Campus, 1979.

SAWAYA, A. L. et al. Os dois Brasis: quem são, onde estão e como vivem os pobres brasileiros. **Estudos avançados**, São Paulo, v. 17, n. 48, p. p. 21-44., 2003. ISSN 0103-4014.

SEGAL, A.; CARDEAL, M. V.; CORDÁS, T. Aspectos psicossociais e psiquiátricos da obesidade. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 81-89, 2002. ISSN 0101-6083.

SEGAL, A.; FANDINO, J. Indicação e contra-indicações para realização das operações bariátricas. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 24, supl. 3, p. 68-72, 2002 ISSN 1516-4446.

SERRA, G. M. A.; SANTOS, E. M. Health and media in construction of obesity and perfect body. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, p. 691-701, 2003. ISSN 1413-8123.

SICHERI, R. Dietary patterns and their associations with obesity in the Brazilian city of Rio de Janeiro. **Obesity Research**, Baton Rouge , v.10, p. 42-48, 2002. ISSN 1071-7323.

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

SILVA, M. A. M. Produção de alimentos e agrocombustíveis no contexto da nova divisão mundial do trabalho. **Revista Pegada**, Presidente Prudente, v. 9, n. 1, p. 63-80, ago. 2008. ISSN 1676-3025.

SOBREIRA, C. D. B. **Consumo familiar e obesidade**. 2008. Disponível em: <<http://www.inbio.org.br>>. Acesso em: 21 jan. 2010.

STENZEL, L. M. **Obesidade: o peso da exclusão**. 2. ed. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003.

STOPPELLI, I. M. B. S; MAGALHÃES, C. P. Saúde e segurança alimentar: a questão dos agrotóxicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, p.91-100, set./dez. 2005. ISSN 1413-8123. Disponível em: <redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/630/63009912.pdf>. Acesso em: 30 dez. 2009.

SUPLICY, H. L. Quais as conseqüências do excesso de peso? As doenças associadas a obesidade. In: HALPERN, A; MANCINI, M, C. (Ed.). **Manual de obesidade para o clínico**. São Paulo: Roca, 2002.

TEIXEIRA, J. Cosmética intelectual. **Revista Veja Online**. set. 2006. Disponível em: <http://veja.abril.com.br/060906/p_134.html>. Acesso em: 10 abr. 2010.

TEIXEIRA, S. F. Reflexões teóricas sobre democracia e reforma sanitária. In: TEIXEIRA, S. F. (Org.). **Reforma sanitária em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Abrasco, 1989. p. 17-46.

TONET, I. **Em defesa do futuro**. Maceió: EDUFAL, 2005.

UEHARA, M. H.; MARIOJA, L. S. S. Etiologia e história natural. In: CLAUDINO, A. de M.; ZANELLA, M. T. (Org.). **Guias de transtornos alimentares**. Barueri: Manoele, 2005.

VASCONCELOS, F. A. G. Combate à fome no Brasil: uma análise histórica de Vargas a Lula. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 18, n. 4, p. 439-457, 2005. ISSN 1415-5273.

VASQUEZ, C. et al. Repercusión nutricional de la cirugía bariátrica según técnica de Scopinaro: análisis de 40 casos. **Nutrición Hospitalaria**, Madrid, v. 18, p. 189-193. 2003. ISSN 0212-1611.

WILLIAMS, R. S. **Fundamentos de nutrição e dietoterapia**. 6. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

WORD HEALTH ORGANIZATION. Division of Noncommunicable Diseases. Programme of nutrition, family and reproductive health. **Obesity**: managing and preventing the global epidemic. Genebra, 1998. Work presented WHO consultation on obesity, 1997.

WORD HEALTH ORGANIZATION. Division of Noncommunicable Diseases. Programme of nutrition, family and reproductive health. **Obesity**: managing and preventing the global epidemic. Geneva, 2000. (Report a WHO consultation on obesity).

ZALUAR, A. **A máquina e a revolta**: as organizações populares e o significado da pobreza. São Paulo: Brasiliense, 1985. São Paulo: Brasiliense, 1985.

ZUIN, L. F. S.; ZUIN, P. B. Alimentação é cultura: aspectos históricos e culturais que envolvem a alimentação e o ato de se alimentar. **Nutrire**: Revista da Sociedade Brasileira de Alimentação Nutrição, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 225-241, abr. 2009. ISSN 1519-8928.

ANEXO

ANEXO A

Diretrizes e objetivos do Guia Alimentar

(Continua)

	Diretriz	Recomendação por dia	Objetivos
1	Alimentos saudáveis e as refeições	-	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Estimular o convívio familiar nas refeições cotidianas. ➔ Desestimular "pular" as refeições ➔ Valorizar todos os grupos de alimentos para refeições variadas e coloridas
2	Cereais, tubérculos e raízes	6 porções	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Orientar o consumo de alimentos ricos em carboidratos complexos (amido), como cereais de preferência integrais, tubérculos e raízes, para garantir 45% a 65% da energia total diária de alimentação. ➔ Proteger as pessoas contra o excesso de peso e obesidade, alguns tipos de câncer, pois uma alimentação rica em carboidratos possivelmente terá menor quantidade de gorduras e menos açúcar.
3	Frutas, legumes e verduras	3 porções	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Diminuir o risco de desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis e manter o peso adequado, por meio do consumo de pelo menos 400 g/dia de frutas, legumes e verduras. ➔ Aumentar a resistência contra infecções por meio do consumo de frutas, legumes e verduras que são fonte da maior parte de vitaminas e minerais necessários ao organismo. ➔ Informar sobre a grande variedade desses alimentos disponíveis em todas as regiões do País e incentivar diferentes modos de preparo destes alimentos para valorizar o sabor.

Diretrizes e objetivos do Guia Alimentar		(Conclusão)
Diretriz	Recomendação por dia	Objetivos
4	Feijões e outros alimentos vegetais ricos em proteínas	<p>1 porção</p> <p>➔ Orientar e estimular o consumo de feijão, que quando combinado com o arroz, na proporção de 1 parte de feijão para 2 partes de arroz, fornecem uma fonte completa de proteínas para o ser humano.</p> <p>➔ Aumentar a resistência contra doenças nutricionais, já que os feijões contêm carboidratos complexos e é rico em fibra alimentar, vitaminas do complexo B, ferro, cálcio e outros minerais.</p>
5	Leite e derivados, carnes e ovos	<p>3 porções de leite e derivados</p> <p>➔ Garantir uma alimentação saudável por meio dos alimentos de origem animal que são nutritivos, desde que consumidos com moderação.</p> <p>➔ Orientar o consumo de carnes e peixes já que são boas fontes de todos os aminoácidos essenciais, substância química que compõe as proteínas, necessárias para o crescimento e a manutenção do corpo humano, além de serem fontes importantes de ferro e vitamina B12.</p> <p>➔ Orientar o consumo de leite como uma fonte importante de riboflavina (B2) e principal fonte de cálcio na alimentação.</p>
		<p>1 porção de carne e ovos</p>
6	Gorduras, açúcares e sal	<p>1 porção</p> <p>➔ Orientar quanto a diminuição/redução do consumo de gorduras e açúcares, e sal (máximo de 5g/dia) para diminuir o risco de ocorrência de obesidade, hipertensão arterial, diabetes, colesterol e doenças cardiovasculares.</p>
7	Água	<p>2 litros</p> <p>➔ Incentivar o consumo de água independente dos outros líquidos já que a mesma desempenha papel fundamental na regulação de muitas funções vitais ao organismo.</p>

Fonte: Disponível no site http://nutricao.saude.gov.br/guia_objetivo.php.