



Número: 227/2009

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

INSTITUTO DE GEOCIÊNCIAS

PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICA CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA

SIMONE PALLONE DE FIGUEIREDO

MEDICALIZAÇÃO DA OBESIDADE: A EPIDEMIA EM NOTÍCIA

Tese apresentada ao Instituto de Geociências como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutora em Política Científica e Tecnológica.

Orientadora: Profa. Dra. Léa Maria Leme Strini Velho

CAMPINAS - SÃO PAULO

Novembro/2009

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELO
Sistema de Bibliotecas da UNICAMP /
Diretoria de Tratamento da Informação

Bibliotecário: Helena Joana Flipsen – CRB-8ª / 5283

F469m	<p>Figueiredo, Simone Pallone. Medicalização da obesidade : a epidemia em notícia / Simone Pallone Figueiredo. -- Campinas, SP : [s.n.], 2009.</p> <p>Orientador: Léa Maria Leme Strini Velho. Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Geociências.</p> <p>1. Obesidade. 2. Cirurgia bariátrica. 3. Jornalismo científico. I. Velho, Léa Maria Leme Strini. II. Universidade Estadual de Campinas. Instituto de Geociências. III. Título.</p>
-------	--

Título e subtítulo em inglês: Obesity medicalization: epidemic in the news.

Palavras-chave em inglês (Keywords): Obesity; Surgery bariatric; Scientific journalism.

Titulação: Doutor em Política Científica e Tecnológica.

Banca examinadora: Maria Conceição da Costa, Maria Cristina Guimarães,
Maria Cristina Piumbato Innocentini Hayashi, Maria Teresa Citeli

Data da Defesa: 26-11-2009

Programa de Pós-Graduação em Política Científica e Tecnológica.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
INSTITUTO DE GEOCIÊNCIAS
PÓS-GRADUAÇÃO EM
POLÍTICA CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA

AUTORA: Simone Pallone de Figueiredo

“Medicalização da Obesidade: a epidemia em notícia.”

ORIENTADORA: Profa. Dra. Lea Maria Leme Strini Velho

Aprovada em: 26 / 11 / 2009

EXAMINADORES:

Profa. Dra. Lea Maria Leme Strini Velho

Lea Maria Leme Strini Velho - Presidente

Profa. Dra. Maria Conceição da Costa

Maria Conceição da Costa

Profa. Dra. Maria Teresa Citeli

Maria Teresa Citeli

Profa. Dra. Maria Cristina Piumbato Innocentini Hayashi

Maria Cristina Piumbato Innocentini Hayashi

Profa. Dra. Maria Cristina Soares Guimarães

Maria Cristina Soares Guimarães

Campinas, 26 de novembro de 2009.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Léa, minha orientadora, pela confiança, estímulo, paciência, generosidade e compartilhamento de idéias, que garantiram o rumo e sucesso deste trabalho.

À Ieda e à Gedalva, que trabalharam comigo no processo de classificação das matérias.

À Mariana, pela ajuda na concepção do trabalho.

À Flávia e à Ana Maria, pela ajuda na organização, na leitura minuciosa e precisa da tese e as inúmeras dicas de como seguir o trabalho.

À Teresa Citeli e Rosana Monteiro pela valiosa contribuição na qualificação.

À Vera Lúcia, Marianne, Cristina, Rúbia, Flávia G., Gustavo, Francisco, Heloísa, Adriana e Gisele pela ajuda direta no conteúdo e forma do trabalho.

Aos professores Bia Bonacelli e Sérgio Queiroz pela confiança, apoio e estímulo oferecidos desde o início, e por todo o caminho; e aos demais professores do DPCT por esses anos de convivência de aprendizado e amizade.

À Valdirene, Maria Gorete e Aline pelo carinho, dedicação, atenção e ajuda nos procedimentos burocráticos.

À equipe do Ambulatório de Obesidade do Hospital das Clínicas da Unicamp, em especial ao Dr. José Carlos Pareja, à enfermeira Raquel e aos pacientes que me receberam nas reuniões dos grupos que se preparavam para a cirurgia bariátrica.

Ao Prof. Erik Millstone, da Universidade de Sussex, pelo convite para participar do workshop sobre o PorGrow, e ao DPCT por viabilizar a viagem.

Aos amigos do Labjor por todo o apoio, estímulo, dicas, discussões sobre o tema, e por terem “segurado a barra” enquanto eu me dedicava à tese.

A todos os amigos e familiares, principalmente meus irmãos e sobrinhos, agradeço o enorme apoio e a compreensão pelas ausências, momentos de tensão e chatice.

Aos meus pais, por seu amor incondicional, por todo apoio, estímulo e suporte muito anteriores à tese. Sem vocês eu não teria chegado até aqui.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	1
1. ESTADO NUTRICIONAL DA POPULAÇÃO BRASILEIRA	5
1.1. BRASIL: DA SUBNUTRIÇÃO PARA UM QUADRO DE SOBREPESO E OBESIDADE	9
1.2. SUBNUTRIÇÃO, DESNUTRIÇÃO, SOBREPESO E OBESIDADE	18
1.3. COMPARAÇÃO DA SITUAÇÃO BRASILEIRA COM OS ÍNDICES DE SOBREPESO E OBESIDADE DOS NOVE PAÍSES EUROPEUS.....	23
1.3.1. <i>Sobrepeso e obesidade em países europeus</i>	28
1.4. DADOS PARA AMÉRICA LATINA E ESTADOS UNIDOS	36
1.5. OBESIDADE MUDANÇA TECNOLÓGICA	38
1.6. CONSEQUÊNCIAS DO SOBREPESO E DA OBESIDADE SOBRE A SAÚDE E CUSTOS	41
1.7. CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES	44
2. POLÍTICAS PÚBLICAS PARA CONTROLE DE OBESIDADE	47
2.1. POLÍTICAS PÚBLICAS NA ÁREA DA SAÚDE	49
2.2. POLÍTICAS DE CONTROLE DE SOBREPESO E OBESIDADE NO BRASIL	52
2.2.1. <i>Política Nacional de Alimentação e Nutrição</i>	52
2.2.2. <i>Estratégia Global da OMS</i>	57
2.2.3. <i>Recomendações relativas à atividade física</i>	60
2.2.4. <i>Tabela Brasileira de Composição de Alimentos</i>	62
2.2.5. <i>Rotulagem de alimentos</i>	63
2.2.6. <i>Guia alimentar</i>	66
2.2.7. <i>Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)</i>	68
2.2.8. <i>Vigitel - Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico</i>	70
2.2.9. <i>Regulamentação para controle de publicidade de alimentos</i>	71
2.2.10. <i>Cirurgia Bariátrica</i>	75
2.3. EXPERIÊNCIA INTERNACIONAL DE CONTROLE DA OBESIDADE.....	80
2.4. CONCLUSÕES PRELIMINARES	83
3. MEDICALIZAÇÃO DA OBESIDADE.....	89
3.1. O PROCESSO DE MEDICALIZAÇÃO.....	91
3.2. OBESIDADE, UM ESTIGMA SOCIAL.....	99
3.3. CONTROLE SOCIAL SOBRE O CORPO	109
3.4. A LEGITIMAÇÃO DA CIÊNCIA E DA PROFISSÃO MÉDICA	118
3.5. IMC: UM INSTRUMENTO TECNOLÓGICO DE CONTROLE SOCIAL	122

3.6. MEDICALIZAÇÃO E MÍDIA	131
3.7. CONCLUSÕES PRELIMINARES	139
4. PAPEL DA FOLHA DE S. PAULO NA CONSTRUÇÃO DA EPIDEMIA DA OBESIDADE NO BRASIL.....	143
4.1. EPIDEMIA DA OBESIDADE NA MÍDIA	144
4.2. OBESIDADE NA <i>FOLHA DE S. PAULO</i> : 1998 A 2008	153
4.2.1. <i>Definição da matéria no jornal</i>	156
4.2.2. <i>Tipificação das fontes</i>	169
4.2.3. <i>Caracterização da obesidade</i>	175
4.2.3.1. Obesidade como doença/epidemia.....	176
4.2.3.2. Legitimação da autoridade médica	177
4.2.3.3. Propostas de tratamentos contra a obesidade	180
4.2.3.4. Influência do mercado na medicalização da obesidade	181
4.2.3.5. Estigma social da obesidade.....	184
4.2.4. <i>Enquadramento: Responsabilidade pelo problema</i>	187
4.2.5. <i>Contraponto à medicalização</i>	193
4.2.6. <i>Considerações preliminares</i>	196
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	201
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	209
ANEXO.....	ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.227

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.1. Percentual de adultos (≥ 18 anos) com excesso de peso ($\text{IMC} \geq 25 \text{ Kg/m}^2$ e obesidade ($\text{IMC} \geq 30 \text{ Kg/m}^2$), para os anos 2006, 2007 e 2008, segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal.....	10
Tabela 1.2. Prevalência de excesso de peso e obesidade na população de 15 anos ou mais, por sexo, em 15 capitais brasileiras e Distrito Federal, 2002-2003	13
Tabela 1.3. Prevalência de excesso de peso e obesidade na população brasileira – períodos de 2002-2003 e 2006 (em %)	16
Tabela 1.4. Prevalência de déficit de peso, excesso de peso e obesidade na população com 20 ou mais anos de idade, por sexo, segundo classes de rendimento monetário mensal familiar <i>per capita</i> - Brasil - período 2002-2003	27
Tabela 1.5. Prevalência de excesso de peso e obesidade em adultos na União Européia.....	29
Tabela 1.6. Comparação de sobrepeso e obesidade entre Espanha, França e Reino Unido	31
Tabela 1.7. Prevalência de excesso de peso e obesidade nos países nórdicos	32
Tabela 1.8. Gastos médicos agregados, em bilhões de dólares, atribuíveis ao sobrepeso e obesidade, por categorias de seguros e dados sobre recursos, 1996-1998	42
Tabela 2.1. Evolução, custo total e média, tempo de internação e taxa de mortalidade das cirurgias bariátricas – Brasil, 1999 – 2006.....	80

LISTA DE GRÁFICOS, ILUSTRAÇÃO, QUADRO

Gráfico 1.1. Prevalência de déficit de peso, excesso de peso na população com 20 ou mais anos de idade, por sexo. Brasil – períodos 1974-1975, 1989 e 2002-2003.....	18
Gráfico 1.2. Estado nutricional de adultos moradores em 22 favelas do município de São Paulo ... Erro! Indicador não definido.	21
Gráfico 1.3. Leitura de rótulos de alimentos, por sexo	65
Gráfico 4.1. Distribuição das matérias pelas editorias do jornal.....	159
Gráfico 4.2. Distribuição das matérias de janeiro de 1998 a dezembro de 2008 Erro! Indicador não definido.	162
Gráfico 4.3. Artigos sobre obesidade indexados na base Medline.....	167
Gráfico 4.4. Distribuição por gênero jornalístico.....	169
Ilustração 3.1. Peça do livro Mulheres Alteradas 3, da cartunista argentina Maitena	110
Quadro 4.1. Periódicos científicos usados como fonte sobre tema obesidade no período 1998-2008 Erro! Indicador não definido.	

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABESO	Associação Brasileira para Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica
ABRAN	Associação Brasileira de Nutrologia
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APEF	Associação Paulista para o Estudo do Fígado
ASBRAN	Associação Brasileira de Nutrição
ASBS	American Society for Bariatric Surgery
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CELAFISCS	Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul
CONSEA	Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
CPVS	Coordenação de Prevenção e Vigilância em Saúde
CRIESP	Central de Radioimunoensaio de São Paulo
DANT	Doenças e Agravos Não Transmissíveis
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
EG	Estratégia Global
ENDEF	Estudo Nacional de Despesas Familiares
EPIC	European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition
ESCT	Estudos Sociais da Ciência e da Tecnologia
FAEC	Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FAO	Food and Agriculture Organization of the United Nations
FDA	Food and Drug Administration
FLASO	Federação Latino Americana de Sociedades de Obesidade
FSP	Folha de São Paulo
FUGESP	Fundação para o Estudo da Nutrição e da Gastroenterologia
HCOR	Hospital do Coração
HMAO	Hellenic Medical Association for the Obesity

IASE	International Association Study of Obesity
IBEN	Instituto Brasileiro de Educação Nutricional
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDEA	International Day For The Evaluation of Abdominal Obesity
IDEC	Instituto de Defesa do Consumidor
IDR	Ingestão Diária Recomendada
IEDE	Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia
IMC	Índice de Massa Corporal
INCA	Instituto Nacional do Câncer
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
IOTF	International Obesity Task Force
JAMA	Journal of the American Medical Association
MCM	Multi-criteria Mapping
MEPS	Medical Expenditures Panel Survey
MS	Ministério da Saúde
NAAFA	National Association to Advance Fat Acceptance
NCHC	National Cancer for Health Statistics
NEPA	Núcleo de Estudos e Pesquisas em Alimentação
NHANES	National Health and Nutrition Examination Survey
NHIS	National Health Interview Survey
NHS	National Health Service
NUPENS	Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde
NUTTRA	Núcleo de Tratamento de Transtornos Alimentares e Obesidade
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição

PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
POF	Pesquisa de Orçamento Familiar
PORGROW	Policy Options for Responding to the Growing Challenge of Obesity Research Project
PT	Partido dos Trabalhadores
SAMS	Sistema de Assistência Médica Suplementar
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia
SBCBM	Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica
SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes
SBEM	Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia
SDD	Sistema de Desembolso Direto
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SPSP	Sociedade de Pediatria de São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
USP	Universidade de São Paulo
VIGITEL	Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

INSTITUTO DE GEOCIÊNCIAS

PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICA CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA

MEDICALIZAÇÃO DA OBESIDADE: A EPIDEMIA EM NOTÍCIA

RESUMO

Tese de Doutorado

Simone Pallone de Figueiredo

Este trabalho analisa como a obesidade, a exemplo de outros comportamentos, passou para o domínio da medicina, sendo interpretada como doença, sujeita a atenção de médicos, tratamentos, com ou sem o auxílio de medicamentos ou outros procedimentos desse campo, em um processo que se dá o nome de medicalização. É um processo construído socialmente do qual fazem parte profissionais da área da saúde, representantes de governos, do mercado e como se vê neste estudo, a imprensa.

O estudo traça um panorama da situação da obesidade no Brasil, EUA e em países europeus, mostrando algumas medidas de ordem política que esses países têm adotado na tentativa de conter o avanço da obesidade. Mostra, também, a existência de um estigma da obesidade que não está relacionado apenas à questão da saúde, mas à busca de um padrão de beleza estabelecido, que leva um grande número de pessoas, em especial as mulheres, às práticas embelezadoras que vão dos exercícios físicos e dietas às cirurgias plásticas e distúrbios alimentares.

A partir da análise de 305 matérias publicadas no jornal *Folha de S. Paulo* no período de 1998 a 2008, o estudo investiga o papel da imprensa como partícipe deste processo. Do total de textos analisados, 72% enfocam a obesidade como doença ou epidemia, relacionando o mal a outras doenças, destacando os riscos, os custos individuais e para o sistema de saúde em geral – público e privado. O estudo longitudinal permite identificar fatos que marcam o processo de medicalização como a divulgação de que o índice de obesos havia superado o de subnutridos no país, o lançamento de novas drogas, a aprovação da realização da cirurgia bariátrica nos hospitais públicos, entre outros. Os médicos foram fontes predominantes nas matérias, principalmente aqueles ligados às instituições públicas e associações médicas. A editoria privilegiada na publicação das matérias sobre obesidade foi o Cotidiano, ganhando o tema um enfoque mais direcionado ao comportamento, ao dia-a-dia das pessoas.

O trabalho permite concluir que a imprensa representa um importante papel na construção da epidemia da obesidade, apoiada no discurso médico, autoridade científica que legitima o processo da medicalização, e que conta com o apoio dos laboratórios farmacêuticos e o poder público na disseminação da idéia da doença e de possível cura, mesmo que ela não seja algo realmente iminente.

Palavras-Chave: medicalização, obesidade, cirurgia bariátrica, jornalismo científico, epidemia da obesidade.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
INSTITUTO DE GEOCIÊNCIAS
PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICA CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA

OBESITY MEDICALIZATION: EPIDEMIC IN THE NEWS

ABSTRACT

Tese de Doutorado

Simone Pallone de Figueiredo

This thesis analyses how obesity, like other physical and behavioral conditions, became part of medicine ascendance, being interpreted as a disease, subject to the medical treatment, with or without drugs, in a process called medicalization. It is discussed that this is a socially constructed process in which its main social actors are health professionals, government and business representatives, and, as analyzed in the present study, the press.

The study provides an overview of obesity in Brazil, the United States and European countries, showing some measures of political order that these countries have adopted in trying to slow down the development of obesity. It also shows the obesity stigma, which is not constrained to health issues, but to the search of an established beauty standard, which takes a great number of people, especially women, to practice beauty habits that go from exercising and diets to plastic surgeries and eating disorders.

From the analysis of 305 published stories on the Brazilian newspaper *Folha de S. Paulo* during the period between 1998 to 2008, the present study investigates the role of press as participant in this process. From the analyzed texts, 72% focus on obesity as a disease or epidemic, relating it to other diseases and bringing out the risks, individual and health care costs (public and private). This longitudinal study allows the identification of events that were landmarks in the process of medicalization, such as making public the obesity index having overcome the malnourished in the country, the release of new drugs, the inclusion of bariatric surgery in public hospitals, among others. Doctors were the main sources, specially those participants in public institutions and medical associations. The editorial position in the articles publication on obesity was *Cotidiano (Life)*, making the topic a more targeted approach to behavior and day-to-day lives.

The study reveals that the press plays an important role in the obesity epidemic construction, supported by the medical discourse, scientific authority that legitimizes the medicalization process, which has the support of pharmaceutical companies and the public idea dissemination of disease and possible cures, even if it is not something really imminent.

Keywords: medicalization, obesity, bariatric surgery, scientific journalism, public policy.

INTRODUÇÃO

Este trabalho procurou investigar a participação da mídia, por meio do jornalismo impresso, na construção social da epidemia da obesidade, resultado de um processo de medicalização iniciado ainda nos anos 1970. Para atingir tal objetivo foi feito um estudo de caso de um conjunto de matérias da *Folha de S. Paulo* – jornal de maior circulação no país – publicadas no período de 1998 a 2008.

A hipótese testada nesta tese foi a de que o jornalismo, no caso a *Folha de S. Paulo*, contribuiu para o processo de medicalização da obesidade desde a década de 1970, e mais especificamente para a idéia de que a obesidade estava atingindo dimensões de epidemia na década de 1990. Essa influência foi possível devido ao papel que o jornal exerce na legitimação de fatos, um aspecto característico da imprensa, principalmente da mídia televisiva, mas fortemente presente no jornalismo impresso.

O estudo de caso foi desenvolvido utilizando-se recursos da análise de conteúdo, que reúne elementos de caráter quantitativo e qualitativo. Na análise quantitativa, por exemplo, serve de informação a frequência com que surgem certas características do conteúdo. Por sua vez, a análise qualitativa dá conta da presença ou ausência de determinadas características do conteúdo no fragmento de mensagem que está sendo considerado. Tal metodologia tem sido recorrente nos estudos da área de comunicações, nos quais se analisa documentos ou textos que foram produzidos com outra finalidade que não a da pesquisa em questão. É o caso deste estudo, no qual são analisadas as matérias já publicadas pelo veículo jornalístico.

O estudo de caso foi realizado à luz de um referencial analítico que se convencionou chamar de medicalização – uma área de estudos da sociologia da ciência e da sociologia e antropologia da medicina, cujos principais autores se encontram nos Estados Unidos. Ainda que com algumas diferenças de procedimentos e análise, todas essas áreas de estudo entendem a medicalização como um processo pelo qual problemas que se encontravam fora da esfera médica em determinado contexto social são transpostos para o domínio médico, através da participação de diversos atores sociais, além dos próprios médicos. Tais atores, tipicamente, incluem autoridades

ligadas à área da saúde, representantes de governos, laboratórios farmacêuticos, outros setores do mercado e, como se evidencia neste estudo, a imprensa.

Como pano de fundo, o trabalho buscou retratar a obesidade como é vista pelos atores relevantes do processo e pela sociedade em geral, o que apresenta no capítulo *Estado nutricional da população brasileira*. De acordo com tais atores, que ilustram seus argumentos com evidências científicas produzidas através de dados oficiais e inúmeras enquetes específicas, trata-se de uma epidemia que já atinge praticamente todos os países e que avança rapidamente, e acomete um público cada vez mais jovem. O capítulo mostra, assim, como se define, a partir do estabelecimento de indicadores de “normalidade e anormalidade”, o quadro da obesidade no Brasil e no mundo, assim como as causas, conseqüências e riscos associados com outras doenças e propostas de tratamentos que são apontados por diversos atores sociais.

A preocupação com a contenção da epidemia da obesidade destacada no primeiro capítulo levou a pensar o tema do capítulo seguinte, *Políticas públicas para controle de obesidade*, no qual são tratadas as políticas de saúde do Brasil, até chegar à atenção a essa questão específica da obesidade. Aponta-se que a única política pública exclusivamente voltada ao tratamento da obesidade no país é a cirurgia bariátrica, que passou a ser oferecida pelo Sistema Único de Saúde em 2001. Outras medidas, de caráter preventivo, têm sido adotadas pelo setor público e são apresentadas no capítulo, como o acompanhamento nutricional nos postos de saúde, alguns programas específicos em determinados hospitais públicos, distribuição de cartilhas sobre alimentação saudável e programa de aleitamento materno.

O capítulo *Medicalização da obesidade* trata da medicalização em si, das características do processo, e são apresentados exemplos de comportamentos, condições físicas, fases do ciclo de vida que passaram para o domínio médico. O objetivo aqui é apresentar o referencial analítico que serviu como base para esse estudo. O capítulo aborda o estigma da obesidade, a adoção da magreza como padrão de beleza almejado e a decorrente busca das pessoas, em especial as mulheres, desse corpo esbelto que, por questões biológicas e de influências ambientais, dificilmente irão alcançar. O capítulo explora os aspectos relacionados à cirurgia bariátrica – medida extrema para reduzir o peso, principalmente de obesos mórbidos –, mostrando que, embora seja a única solução para muitos casos, ela acarreta efeitos colaterais deletérios. A legitimação da autoridade médica para determinar quais devem ser os cuidados e procedimentos

com o corpo e a saúde também é discutida no capítulo, assim como é introduzida a participação da imprensa como mais um ator relevante desse processo de medicalização da obesidade.

Por último, no capítulo *Papel da Folha de S. Paulo na construção da epidemia da obesidade no Brasil* são apresentadas evidências que confirmam a hipótese de que a imprensa colaborou com esse processo da medicalização da obesidade e de construção da epidemia da obesidade. O jornal reproduziu em suas matérias a obesidade como ela é apresentada pelos principais atores do processo de medicalização, conforme são descritos pela literatura. Enfatizou, também, o padrão de beleza a ser seguido, as dietas que as pessoas devem adotar, os cuidados com o corpo, enfim, um conjunto de procedimentos avalizados pelos médicos – sempre entrevistados nas matérias sobre o tema. Mesmo que o jornal tenha apresentado um contraponto à idéia geral da obesidade, prevaleceram as matérias que a enfatizam como epidemia.

Finalmente são apresentadas as considerações finais do estudo.

1. ESTADO NUTRICIONAL DA POPULAÇÃO BRASILEIRA

Um dos principais desafios para o século 21, considerado por técnicos da área de saúde, é a obesidade. Nos últimos 20 anos, atingiu proporções epidêmicas em quase todo o mundo. A literatura médica, a imprensa, e programas de TV há vários anos vêm divulgando que tanto adultos quanto crianças estão acima do peso ou obesos nos Estados Unidos. Entre 1991 e 2000 o número de adultos obesos aumentou 61% naquele país (Kottke *et al.*, 2003). O aumento dessas taxas não ocorreu apenas nos países mais industrializados, onde a disponibilidade de alimentos é maior; ela vem crescendo em ritmo acelerado também nos países em desenvolvimento, como China e os países da América Latina. As taxas triplicaram comparadas aos dados de 1980, na Europa Oriental, América do Norte, Oriente Médio, Ilhas do Pacífico e Austrália (OPAS, 2003). Dados da Organização Mundial da Saúde apontam para um número acima de 1,6 bilhão de adultos com excesso de peso no mundo¹, dos quais 400 milhões seriam considerados obesos clínicos. A obesidade já é responsável por 2 a 8% dos custos com saúde e por 10 a 13% dos óbitos em diferentes regiões da Europa (Millstone *et al.*, 2006; Fandiño *et al.*, 2004) e pelo agravamento de várias doenças crônico-degenerativas.

É sobre este avanço da obesidade, com base nos dados de levantamentos feitos por especialistas ligados aos órgãos de saúde do Brasil e de outros países que trata este capítulo. A epidemia, assim como todas as doenças, é um produto social. Também o é a medicina que busca solucionar os males e doenças que afligem a humanidade (Porter, 2002). O capítulo todo se apóia no discurso de profissionais médicos e autoridades ligadas à saúde pública, que assumiram desde o aparecimento de uma medicina essencialmente secular no Ocidente, o compromisso de ajudar os pacientes e enfermos (Porter, 2002). Sem a inicial pretensão de realizar curas milagrosas, os primeiros médicos prometiam, acima de tudo, não prejudicar os doentes, ser seus amigos fiéis e estar ao seu lado mesmo quando já não pudessem oferecer nenhum alívio (Porter, 2002).

Neste capítulo é apresentada a visão da obesidade que tem sido a mais recorrente, a de

¹ Como será visto mais adiante, o excesso de peso é determinado principalmente pelo índice de massa corporal, IMC, calculado pelo peso (kg) x altura (m)², padrão adotado pela maioria dos países e pela OMS.

doença, epidemia. É a idéia transmitida pelos médicos em seus consultórios, pelas campanhas de saúde e que é veiculada pelos meios de comunicação (sobre esta questão, v. Capítulo 4).

A obesidade é definida como um acúmulo anormal ou excessivo de tecido adiposo que pode ser prejudicial à saúde. São muitos os problemas que podem surgir em conseqüência da obesidade, incluindo efeitos sobre ossos, articulações e conseqüências diretas de ordem psicológica, em termos de redução da auto-estima e falta de disposição para o desenvolvimento de atividades rotineiras. De acordo com o Departamento de Saúde dos Estados Unidos indivíduos obesos têm risco de morte prematura por todas as causas, 50 a 100% maior que indivíduos com peso normal (INCA/SVS/MS, 2003; Sichieri, 1998).

A relação da obesidade com o diabetes mellito, por exemplo, é bastante estreita. A probabilidade de um indivíduo desenvolver diabetes tipo 2² – que resulta da incapacidade do corpo de responder adequadamente à ação da insulina produzida pelo pâncreas, aumenta acentuadamente com o excesso de peso. Mais comum em adultos de idade avançada, a doença afeta hoje crianças obesas, mesmo antes da puberdade. Aproximadamente 85% das pessoas com diabetes são do tipo 2. Desse grupo, 90% das pessoas são obesas ou têm excesso de peso (OPAS, 2003).

Para Lessa (1998, p. 147), vários elementos do campo da saúde se associam à obesidade, desde o estilo de vida até os preditores imutáveis como os de ordem biológica, dependentes de hereditariedade e idade, mas a obesidade é relacionada também a diversos fatores de risco e doenças:

A obesidade é um bom exemplo das interações entre fatores de risco e da possibilidade de confundimentos: vários fatores de risco comuns à determinação da obesidade são também determinantes da hipertensão, do diabetes e das dislipidemias³, mas a própria obesidade é determinante da hipertensão, do diabetes e de outras doenças cardiovasculares, além de doenças como as articulares, das vias biliares e de algumas neoplasias malignas etc.

Identificar a obesidade, ou mesmo o sobrepeso – que seria o peso acima do limite considerado pelos profissionais da saúde como saudável⁴ –, não é tarefa simples e o diagnóstico

² Apenas para conhecimento, no tipo 1, o pâncreas não produz a insulina essencial à sobrevivência.

³ Aumento anormal da taxa de lipídios no sangue. Representa um importante fator de risco para o desenvolvimento de lesões ateroscleróticas que podem causar a obstrução total do fluxo sangüíneo e apresenta altos índices de mortalidade. Fonte: <http://www.roche.com.br>.

⁴ Peso saudável é o peso que não representa riscos para o paciente, principalmente para outras doenças como as

correto requer algumas formas de quantificação. No passado, segundo a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabolia (2004), a técnica mais indicada para avaliar o peso era a pesagem dentro d'água (peso submerso ou hidrostático). Mais recentemente, técnicas de imagem como ressonância magnética, tomografia computadorizada e absorciometria com raios-X de dupla energia (dexa) têm sido algumas das opções, mas o custo e a falta de equipamentos necessários impedem seu uso na prática clínica. Alternativas disponíveis e relativamente baratas são: a medida da prega cutânea (que mede adiposidade), a ultra-sonografia, a análise de bioimpedância⁵ e a espectroscopia por raios infravermelhos. Outra maneira de avaliar excesso de peso e obesidade é pelo índice de massa corporal ou corpórea (IMC), definido como o peso em quilogramas dividido pelo quadrado da altura em metros (kg/m^2). A combinação de massa corporal e distribuição de gordura é, provavelmente, a melhor opção para preencher a necessidade de uma avaliação clínica. Para Lessa (1998), o IMC é um bom índice também por ser o que melhor se correlaciona com as pregas cutâneas, além de não necessitar padronização por idade e minimizar o efeito da altura. O padrão adotado internacionalmente, inclusive pela Organização Mundial da Saúde (OMS), é de que indivíduos adultos com IMC inferior ou igual a $18 \text{ kg}/\text{m}^2$ podem ser classificados como portadores de déficit de peso; com IMC igual ou superior a $25 \text{ kg}/\text{m}^2$, portadores de excesso de peso, e igual ou acima de $30 \text{ kg}/\text{m}^2$, de obesos. O IMC acima de $40 \text{ kg}/\text{m}^2$ caracteriza a obesidade mórbida, também denominada de severa ou grau III. As pessoas com IMC entre $19 \text{ kg}/\text{m}^2$ e $24 \text{ kg}/\text{m}^2$ têm o peso considerado normal. Mas deve-se lembrar que, em princípio, não há avaliação perfeita para sobrepeso e obesidade.

Um dos motivos para a ampla aceitação do IMC como medida para determinar se um indivíduo está acima do peso ou não, é porque a maioria das pessoas consegue informar sua altura e peso mais facilmente do que a medida da circunferência de sua cintura. Entretanto, especialistas afirmam que essa medida não condiz com grupos que tenham estruturas corpóreas com mais massa muscular, que vão apresentar um IMC mais alto, sem estar obrigatoriamente gordos. Para Friedman (2009), o IMC nem sempre oferece a realidade quanto ao estado do

cardiovasculares, dos ossos, cânceres e outras. O tema será tratado novamente ao longo deste trabalho.

⁵ Capacidade do organismo de resistir (atrasar) a passagem de uma corrente elétrica. O tecido gordo, tecido magro e a água resistem de formas diferentes. O analisador de composição corporal mede a passagem de sinais elétricos quando estes sinais passam pela gordura, tecido magro e água, determinando a quantidade de cada um destes componentes que formam o peso total. Fonte: Medicina Geriátrica (<http://www.medicinageriatrica.com.br/category/sg/page/13/>).

indivíduo. Isto decorre do fato do índice não distinguir gordura de massa muscular, além disso, o uso de altura ao quadrado que, assim como o peso, está sujeita a mudanças demográficas, torna o sistema frágil, baseado apenas no empirismo. Friedman (2009), entretanto, aceita o IMC como medida para obter dados antropométricos sobre populações. Outros autores discutem a eficácia do IMC pelas mesmas razões apontadas por Friedman, entre eles Romero-Corral et al. (2006) e Keheller e Wilson (2005) (v. Capítulo 3).

Outra medida considerada importante é a da circunferência da cintura, pois a adiposidade na região abdominal é associada ao aumento do risco de doenças cardiovasculares e diabetes mellito. Recentemente, um comitê de especialistas do International Diabetes Federation incluiu a circunferência da cintura e não o IMC como o critério chave na definição do conjunto de fatores de riscos de ataques de coração mais perigosos.

Apesar de estudos comprovarem a importância da adiposidade abdominal como um potencial fator de risco para infarto de miocárdio, não há dados mundiais sobre a distribuição, mesmo de medidas simples tais como da circunferência da cintura, feita com um protocolo padronizado. Um grande estudo foi realizado no final de 2007 – International Day For The Evaluation of Abdominal Obesity (IDEA): A Study of Waist Circumference, Cardiovascular Disease, and Diabetes Mellito in 168.000 Primary Care Patients in 63 Countries⁶ – com o objetivo de avaliar a medida de gordura abdominal, e de estabelecer um protocolo padrão para esses países. Este conhecimento é crucial para o estabelecimento de limites geográficos ou étnicos para programas intervencionistas. Esse conhecimento também é importante para determinar o impacto da adiposidade em doenças cardiovasculares e diabetes mellito em diferentes regiões do mundo (Balkau *et al.*, 2007).

⁶ Austrália, Canadá, China, Hong Kong, Coreia, Taiwan, Bulgária, República Checa, Estônia, Hungria, Letônia, Lituânia, Polônia, Rússia, Eslováquia, Eslovênia, Ucrânia, Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, República Dominicana, Equador, Guatemala, Jamaica, México, Peru, Trinidad e Tobago, Venezuela, Israel, Kuwait, Líbano, Catar, Arábia Saudita, Emirados Árabes Unidos, Egito, Marrocos, Tunísia, África do Sul, Índia, Indonésia, Malásia, Paquistão, Filipinas, Singapura, Tailândia, Vietnã, Áustria, Bélgica, Dinamarca, Finlândia, França, Alemanha, Irlanda, Holanda, Noruega, Suécia, Suíça, Grécia, Itália, Portugal, Espanha, Turquia.

1.1. Brasil: da subnutrição para um quadro de sobrepeso e obesidade

O cenário brasileiro para obesidade e excesso de peso da população (IMC \geq 25) é de crescimento nas taxas verificadas nas últimas pesquisas realizadas, com foco em problemas nutricionais. Em 2006, 2007 e 2008 foram conduzidas pelo Ministério da Saúde as pesquisas Vigitel (Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico)⁷, em todas as capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal. As pesquisas revelaram que as taxas de excesso de peso e de obesidade totais vêm aumentando ano a ano, mesmo que seja um ponto percentual (v. Tabela 1.1). As pesquisas são feitas com adultos a partir de 18 anos, por telefone, e o sistema estabelece um tamanho amostral de 2.000 respondentes para cada cidade analisada.

Os dados da pesquisa realizada em 2006 revelaram que a maior freqüência de adultos com excesso de peso foi encontrada no Rio de Janeiro (48,3%) e a menor em São Luís (34,1%). O excesso de peso tendeu a ser mais freqüente em homens do que em mulheres, exceto nas cidades de Recife, Rio Branco, Salvador e São Paulo, onde as freqüências foram semelhantes nos dois sexos (v. Tabela 10 no Anexo). Entre homens, o excesso de peso foi mais freqüente em Porto Alegre (54,2%), seguido do Rio de Janeiro (52,6%) e Cuiabá (51,4%). Entre mulheres, o Rio de Janeiro apresentou a maior freqüência (44,4%), seguido de Rio Branco (43,1%) e São Paulo (42,8%). As capitais que apresentaram menores freqüências de excesso de peso em homens foram São Luís (37,2%), Salvador (41,2%) e Teresina (42,2%). E entre mulheres foram Palmas (24,9%), Teresina (29,5%) e Belém (30,9%).

Em relação à obesidade, as capitais que apresentaram maiores taxas na pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde em 2006 foram João Pessoa (13,9%), Aracaju e Cuiabá em segundo lugar (13,6%) e Manaus (13,5%). As freqüências mais baixas para obesidade ocorrem em São Luís e Belo Horizonte (8,7%), Palmas (8,8%) e Goiânia (9,2%). A divisão dos índices de obesidade no país, por sexo, destaca Belém como a capital com maior freqüência de homens obesos (17,1%), seguida por João Pessoa (15,7%) e Macapá (15,4%). Entre as mulheres, as maiores freqüências estão em Maceió (14%), Manaus (13,9%) e Porto Alegre (13,8%).

⁷ A pesquisa, que deve ser repetida anualmente, tem o objetivo de estimar a freqüência e distribuição sócio-demográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis. Foram analisados os índices de tabagismo, de consumo de bebidas alcoólicas, de excesso de peso e obesidade, hipertensão e diabetes, consumo alimentar e nível de atividade física. O capítulo 2 traz mais explicações sobre o Vigitel.

Tabela 1.1. Percentual de adultos (≥ 18 anos) com excesso de peso ($\text{IMC} \geq 25 \text{ Kg/m}^2$ e obesidade ($\text{IMC} \geq 30 \text{ Kg/m}^2$), para os anos 2006, 2007 e 2008, segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal

Capitais	Excesso de peso			Obesidade		
	2006	2007	2008	2006	2007	2008
Aracaju	40,2	37,7	42,0	13,6	11,1	13,8
Belém	39,5	41,8	46,4	13,1	13,0	12,6
Belo Horizonte	37,1	40,5	44,0	8,7	10,7	12,1
Boa Vista	43,0	41,4	45,9	12,6	12,3	15,0
Campo Grande	43,2	45,3	47,9	11,6	15,0	13,9
Cuiabá	45,0	49,7	48,4	13,6	14,5	14,1
Curitiba	43,7	44,9	46,7	12,3	13,6	14,1
Florianópolis	40,4	44,0	41,8	9,9	11,1	12,0
Fortaleza	42,2	44,9	44,3	11,9	14,7	15,0
Goiânia	38,4	39,4	44,6	9,2	10,9	11,3
João Pessoa	42,1	45,5	45,2	13,9	12,6	14,3
Macapá	41,5	42,2	47,7	13,2	16,1	15,1
Maceió	40,2	42,0	42,1	13,3	11,6	13,5
Manaus	43,7	43,6	42,2	13,5	11,9	13,9
Natal	42,9	44,2	43,4	13,1	13,1	11,7
Palmas	36,4	33,4	38,9	8,8	8,8	10,2
Porto Alegre	47,9	45,1	49,0	12,6	13,1	15,9
Porto Velho	41,8	43,4	44,1	12,8	14,6	13,0
Recife	43,3	42,7	46,5	11,9	11,3	13,9
Rio Branco	44,2	40,0	48,3	11,4	12,2	15,2
Rio de Janeiro	48,3	46,7	43,8	12,5	14,3	12,8
Salvador	39,2	38,6	41,0	9,7	12,3	12,2
São Luís	34,1	36,3	38,4	8,7	10,1	9,5
São Paulo	44,3	43,2	45,7	11,0	13,1	13,8
Teresina	35,8	39,7	36,6	10,5	11,3	10,7
Vitória	38,5	40,4	42,7	10,4	11,4	11,0
Distrito Federal	39,8	37,7	39,7	10,0	10,0	12,0

Fonte: Ministério da Saúde, 2007, 2008 e 2009.

*Percentual ponderado para ajustar a distribuição sócio-demográfica da amostra Vigitel à distribuição da população adulta da cidade no Censo Demográfico de 2000 / IC95%: Intervalo de confiança de 95%.

Em 2007, entre os homens a maior prevalência de sobrepeso foi encontrada em Cuiabá (57,0%), seguida de Florianópolis (52,7%) e Rio de Janeiro (52,3%). Em relação à obesidade, as capitais que apresentaram as maiores porcentagens foram Macapá (19,5%), Campo Grande (17,0%) e Belém (16,1%). As menores taxas de excesso de peso nas capitais em relação ao sexo

masculino foram encontradas no Distrito Federal (38,9%), Palmas (39,1%) e Aracaju (41,6%). Em relação à obesidade entre os homens, as menores porcentagens estiveram nas capitais Palmas e Boa Vista (9,7%), São Luís (10%) e Aracaju e Distrito Federal (10,1%).

Os números para as mulheres costumam ser um pouco inferiores, principalmente em relação ao excesso de peso. Quanto à obesidade, as taxas são mais equivalentes, mesmo assim, as porcentagens encontradas para os homens seguiram a tendência de 2006, sendo levemente superiores às encontradas para as mulheres. As capitais que apresentaram maiores porcentagens de sobrepeso em mulheres foram: Cuiabá (42,2%), Rio de Janeiro (41,6%) e Curitiba (40,3%). Em relação à obesidade, as maiores porcentagens foram encontradas em Cuiabá (14,8%), Porto Velho (14,7%) e Curitiba e Rio de Janeiro (14,3%). As menores taxas de excesso de peso entre as mulheres em 2007 foram apontadas em Palmas (26,8%), São Luís (30%) e Vitória (31,8%). As capitais que apresentaram as menores porcentagens de obesidade foram Palmas (7,7%), Distrito Federal e Belém (9,9%) e São Luís e Goiânia (10,1%).

A partir do Vigitel 2008, é possível observar que as taxas de sobrepeso e obesidade no Brasil continuaram crescendo – exceto de obesidade entre homens que apresentou uma ligeira queda de 0,1 ponto percentual – apesar de haver um constante debate sobre o aumento dessas taxas no país e no mundo, e sobre os riscos que isso representa. O tema aparece cada vez mais na imprensa diária, em revistas semanais e femininas (v. Capítulo 4) e também em programas de TV como *reality shows*, entrevistas com especialistas em nutrição, endocrinologia ou cirurgia de estômago, e em diversos programas que abordam o tema saúde, tanto nos canais abertos como nos fechados (Stein, 2007).

Em 2008, as maiores porcentagens de excesso de peso entre homens foram encontradas em Rio Branco (56,3%), Campo Grande (54,6%) e Porto Alegre (54,1%). As capitais que apresentaram as menores taxas de excesso de peso foram Teresina (38,7%), Salvador (41,4%) e Manaus (42,3%). Em relação à obesidade as maiores porcentagens foram encontradas em Boa Vista e João Pessoa (16,6%), Porto Alegre (15,6%) e Recife (15,4%) e as menores em São Luís (8,1%), Salvador (9,2%) e Goiânia (9,6%).

Em relação às mulheres, as maiores taxas de sobrepeso foram encontradas em Cuiabá (44,8%), Curitiba e Porto Alegre (44,7%) e Macapá (43,4%). As menores porcentagens foram as

de Palmas (30%), São Luís (30,8%) e Teresina (34,6%). As capitais que apresentaram maiores porcentagens de obesidade foram Aracaju (16,3%), Porto Alegre (16%) e Rio Branco (15,8%). As menores taxas foram encontradas em Teresina (9,3%), Palmas (10,2%) e Vitória (10,3%).

Os dados revelam que entre 2006 e 2007, os dois primeiros anos da pesquisa, o aumento da média de sobrepeso tanto para homens quanto para mulheres foi de 0,7 pontos percentuais. Quanto à obesidade, no mesmo período, o aumento foi de 0,8 pontos percentuais entre os homens e 0,6 pontos percentuais entre as mulheres. Entre 2007 e 2008 observa-se uma ligeira queda em relação ao aumento de sobrepeso no sexo masculino, que foi de 0,5% no período, e houve queda também em relação à média de obesidade que foi ligeiramente menor que em 2007 – 12,9% contra os 13% do ano anterior. Observou-se, entretanto, um significativo aumento na média de excesso de peso entre as mulheres na comparação da pesquisa realizada em 2007 e a de 2008. O aumento foi de 3,5 pontos percentuais, e em relação à obesidade, que entre os homens houve uma ligeira queda, as mulheres não apenas ultrapassaram os homens como apresentaram um aumento da taxa média de 1,6 pontos percentuais.

Esses dados podem ser comparados com pesquisas feitas anteriormente em capitais brasileiras e Distrito Federal, no período de 2002-2003, pelo Instituto Nacional do Câncer / Coordenação de Prevenção e Vigilância em Saúde / Ministério da Saúde – Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não-transmissíveis⁸, embora essa pesquisa tenha sido feita em um menor número de capitais, apenas 15, diferentemente daquela mais recente descrita acima.

Os resultados para esse período mostram algumas diferenças por capitais, mas em geral, as freqüências são menores na pesquisa mais antiga. A freqüência mais alta de excesso de peso, no período de 2002-2003, foi no Rio de Janeiro, 46,2% – total, ambos os sexos –, contra 49,4% em Porto Alegre, em 2008, enquanto que a mais baixa freqüência encontrada em 2002-2003 foi em Aracaju (32,5%), contra os 36,6% encontrados em Teresina, na pesquisa de 2008⁹. Fazendo uma divisão por sexo, os resultados apontam que a maior proporção de homens com sobrepeso se

⁸ O trabalho tem o objetivo de constituir-se linha de base para a formulação do Sistema de Vigilância de Comportamentos de Risco para DANT (Doenças e Agravos Não Transmissíveis), ação estratégica para controle desses agravos.

⁹ É preciso considerar aqui que algumas capitais que se destacam na pesquisa de 2006 não foram avaliadas na de 2002-2003. Entre elas São Luís e Teresina, com menores freqüências de excesso de peso entre homens, e Palmas e Teresina, entre mulheres; e Rio Branco uma das maiores freqüências de excesso de peso entre mulheres. Apesar disso, o percentual é importante.

encontra no Rio de Janeiro (51,8%), Porto Alegre (47,5%) e Curitiba (45,7%) (Tabela 1.2). Para as mulheres, as mais altas frequências se localizam nas seguintes capitais: Rio de Janeiro (42,2%), Porto Alegre (39,5%) e São Paulo (37,6%). Nos dois períodos, as frequências de excesso de peso são maiores entre os homens, chegando, em algumas capitais, a 13 pontos percentuais de diferença, padrão observado também nos países europeus. Outra constatação é que as capitais que apresentam maiores índices de excesso de peso entre homens e mulheres estão localizadas nas regiões Sul e Sudeste, com exceção de Rio Branco, que apresentou prevalência de 43,1% de mulheres com excesso de peso na pesquisa realizada em 2006. Essa tendência não se observa nas pesquisas mais recentes. Cuiabá liderou as taxas de sobrepeso em 2007, tanto para homens, quanto para mulheres. Em 2008 foi a capital que apresentou a maior prevalência de sobrepeso entre as mulheres. Quanto à obesidade, os resultados para 2006, 2007 e 2008 não trazem nenhuma capital do Sul ou do Sudeste. Lidera a região Norte e um resultado para o Centro-Oeste.

Tabela 1.2. - Prevalência de excesso de peso e obesidade na população de 15 anos ou mais, por sexo, em 15 capitais brasileiras e Distrito Federal, 2002-2003

<i>Capitais/DF</i>	<i>Masculino</i>				<i>Feminino</i>			
	Excesso de peso		Obesidade		Excesso de peso		Obesidade	
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Aracaju	38,2	32,7-43,8	7,6	4,3-11,0	27,5	23,4-1,5	8,5	5,1-11,9
Belém	39,5	34,1-44,9	9,1	6,2-11,9	30,6	26,8-4,4	8,3	5,8-10,8
Belo Horizonte	41,0	37,5-44,4	8,4	6,4-10,4	33,6	30,7-6,5	10,3	8,5-12,0
Campo Grande	40,5	34,4-46,6	13,6	9,5-17,7	33,8	27,7-9,9	8,8	5,7-11,8
Curitiba	45,7	42,6-48,8	10,9	8,7-13,1	36,5	33,7-9,3	10,8	9,1-12,6
Florianópolis	43,7	38,2-49,2	10,0	6,9-13,1	34,3	29,6-9,0	11,0	8,0-14,1
Fortaleza	44,8	40,8-48,8	11,2	9,0-13,4	32,8	29,9-5,7	8,0	6,2-9,7
João Pessoa	43,6	39,0-48,2	10,7	7,4-14,0	31,3	26,7-5,8	9,5	7,5-11,4
Manaus	45,5	41,1-49,9	10,7	8,2-13,2	32,2	28,0-6,5	8,9	6,5-11,4
Natal	36,6	30,7-42,5	11,4	7,2-15,6	30,7	26,0-5,5	9,9	6,9-13,0
Porto Alegre	47,5	43,8-51,2	12,3	9,8-14,7	39,5	35,8-3,1	12,2	9,9-14,6
Recife	45,4	40,5-50,2	12,5	9,0-16,1	35,6	30,4-0,9	11,1	8,0-14,1
Rio de Janeiro	51,8	48,9-54,6	12,7	10,6-4,8	42,2	39,5-4,8	13,1	11,1-5,0
São Paulo	45,1	40,5-49,7	11,5	8,6-14,4	37,6	33,4-1,7	11,8	8,8-14,8
Vitória	43,7	37,8-49,5	8,8	6,0-11,7	31,5	26,7-6,4	7,6	4,9-10,4
Distrito Federal	38,7	35,4-42,1	8,8	7,0-10,5	30,0	26,7-3,3	8,6	6,6-10,6

Fonte: Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis, 2002-2003.

Na pesquisa de 2002-2003, do INCA/CPVS/MS, são encontrados valores mais baixos para obesidade, sendo a maior taxa a do Rio de Janeiro (12,9%) – um ponto percentual abaixo da maior frequência registrada em 2006 –, seguida de Recife (11,8%) e São Paulo (11,7%). Na diferenciação por sexo, os maiores índices de obesidade entre homens foram encontrados em Campo Grande (13,6%), Rio de Janeiro (12,7%) e Recife (12,5%). Entre as mulheres os resultados foram: Rio de Janeiro (13,1%), Porto Alegre (12,2%) e São Paulo (11,8%). Novamente se constata um crescimento nas taxas de obesidade para os anos mais recentes.

Um dado que chama a atenção é que quando se trata de sobrepeso, os índices para os homens são sempre mais altos que das mulheres, tanto na pesquisa de 2002-2003 quanto nas dos anos de 2006, 2007 e 2008. Porém, quando se trata de obesidade, os índices se equiparam, até mesmo superando as frequências relativas aos homens, chegando ao fato de a taxa média de obesidade entre as mulheres superar a dos homens em 2008: 13,3% contra 12,9%.

Dados sobre a idade da população estudada ajudam a entender esse fenômeno. As frequências de obesidade das mulheres vão se elevando conforme aumenta a faixa etária, variando de 3,5% entre 18 a 24 anos para 23,7% na faixa que compreende idades entre 55 a 64 anos (há uma ligeira queda para a faixa de 65 anos e mais – 20,5%), em 2008. A mesma tendência é observada nos anos anteriores da pesquisa. Em 2006, a diferença entre as faixas de 18 a 24 anos e 55 a 64 anos foi de 12,7 pontos percentuais e em 2007 foi de 16,3 pontos percentuais. No caso dos homens, a variação entre uma faixa de idade e outra é menor, partindo dos 4,9% na primeira faixa, entre 18 e 24 anos, mais que dobrando na segunda faixa etária, dos 25 aos 34 anos, e atingindo a maior frequência entre os 45 e 54 anos (18%), em 2008. Entre os homens ocorreu uma queda na faixa etária seguinte, entre 55 e 64 anos (15,8%), decaindo para 11,2% na última faixa, de 65 anos ou mais (Brasil, 2008).

Gigante *et al.* (1997), Lessa (1998), Brown e Bentley-Condit (1998) oferecem algumas pistas para possíveis causas para essa diferenciação, embora Gigante *et al.* declarem que os determinantes da maior frequência de obesidade entre as mulheres sejam ainda desconhecidos.

Em um estudo conduzido por Gigante *et al.* (1997), no município de Pelotas (RS), com o objetivo de determinar a prevalência de obesidade e os fatores a ela atribuídos, entre a população adulta, foram entrevistadas 1.035 pessoas, tendo metade da amostra idade na faixa entre 20 e 40 anos.

Entre os resultados encontrados na pesquisa, a prevalência de obesidade foi significativamente mais elevada em mulheres do que em homens (25% e 15%, respectivamente) e a proporção de obesidade aumentou com a idade, sendo cerca de quatro vezes mais elevada após os 40 anos do que no grupo com idade entre 20 e 29 anos. O estudo de Gigante *et al.* observou também que mulheres que tiveram um filho apresentaram risco de obesidade quase duas vezes maior do que nulíparas, e este risco chegou a cerca de três vezes naquelas que tiveram três ou mais filhos.

Lessa (1998, p. 147) também aponta a gravidez como um possível fator preditor de obesidade entre as mulheres.

Acredita-se que sucessivas gestações, com pequenos intervalos entre elas, decorram de períodos de sedentarismo entre as gestações, com ingesta maior do que a necessária, sem nenhum esforço para o desempenho de atividades físicas, pelo menos no lazer, que possam consumir o excesso de calorias acumulado durante a gestação.

Outra explicação, influenciada pelo determinismo biológico, vem de Brown e Bentley-Condit (1998) que atribuem o fenômeno às diferenças morfológicas entre homens e mulheres, responsável pela diferente distribuição de tecido adiposo no corpo. Eles afirmam que mulheres têm mais gordura generalizada e uma maior concentração de gordura nas pernas e quadris. Os homens possuem, proporcionalmente, mais gordura central (no abdômen). Além disso, na evolução humana, as fêmeas com maior reserva de energia no tecido adiposo teriam uma vantagem sobre seus homólogos magros para resistir ao estresse de escassez de alimentos, não apenas para si, mas também para seus fetos ou bebês.

Continuando sua explicação sob o olhar evolucionista, Brown e Bentley-Condit dizem que um nível mínimo de gordura aumenta o sucesso reprodutivo feminino por causa de sua associação com o ciclo regular e menarca precoce. Assim, as diferenças entre os sexos na forma de depositar gordura e na prevalência de obesidade são, para os autores, parte da história evolutiva humana.

No período de 2002-2003 foi realizada também uma pesquisa sobre o estado nutricional da população brasileira, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A coleta de dados sobre esse tema fez parte da Pesquisa de Orçamento Familiar (POF). Se forem reunidas as informações obtidas em todas as capitais participantes das pesquisas do INCA/CPVD/MS e Vigitel 2006, obtém-se para o país as médias constantes da Tabela 3 (com informações sobre a POF, reunindo todas as faixas etárias e regiões e com a diferença que a POF considera adultos acima de 20 anos, enquanto que as demais a partir dos 18 anos).

Tabela 1.3. Prevalência de excesso de peso e obesidade na população brasileira – períodos de 2002-2003 e 2006 (em %)

	POF 2002-2003			Inquérito Domiciliar – INCA/ MS – 2003			Vigitel 2006		
	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem
Excesso de peso	40,1	41	39,2	38,4	43,2	33,7	41,3	46,9	35,6
Obesidade	10,7	8,8	12,7	10,2	10,6	9,9	11,5	12,1	11

Fonte: Elaboração própria

Observando a Tabela 1.3 é possível notar que entre as mulheres, as taxas de excesso de peso e de obesidade tiveram uma pequena redução no período de 2006 em relação à POF (de 39,2% para 35,6% e de 12,7% para 11%). Nas demais frequências, o que se vê é um aumento quando comparadas às pesquisas de 2002-2003 com a de 2006.

Diferentemente das duas pesquisas conduzidas pelo Ministério da Saúde (Inquérito Domiciliar... e Vigitel 2006), a Pesquisa de Orçamentos Familiares analisa também o déficit de peso da população brasileira, informação importante principalmente devido às características do país que, por muitos anos, apresentou altos índices de déficit de peso. São considerados nesse grupo os adultos que trazem valores de IMC inferiores a 18,5 kg/m². Segundo especialistas da Organização Mundial da Saúde, esses valores indicam nível mínimo de reservas energéticas no adulto e são encontrados em populações que não apresentam restrição alimentar apenas em 3% a 5% das pessoas. Esta fração representaria o contingente de indivíduos constitucionalmente magros em uma população. Para valores baixos de IMC presentes entre 5% e 9% das pessoas, diz-se que se trata de uma população exposta à baixa prevalência de déficits energéticos, o que justificaria a necessidade de monitorar o problema e estar alerta para sua eventual deterioração. Frequências entre 10% e 19% já caracterizariam prevalências altas de déficits energéticos e,

finalmente, se esses valores baixos de IMC atingirem mais de 40% da população, o país será caracterizado por prevalência de altos déficits energéticos (Monteiro, 1995).

Este déficit energético em alto grau está associado à desnutrição que, no Brasil, vem diminuindo ao longo dos anos, de acordo com os inquéritos já realizados. Anteriormente à POF 2002-2003, três outros importantes estudos sobre a nutrição da população brasileira foram realizados: Estudo Nacional de Despesas Familiares (ENDEF), em 1974 e 1975; Pesquisa Nacional em Saúde e Nutrição (PNSN) em 1989; e, em 1997, a Pesquisa de Padrões de Vida (PPV). Estes estudos permitem avaliar a magnitude dos mais relevantes problemas nutricionais no país e suas tendências.

Na avaliação desses estudos feita por Monteiro (1995) e Brasil (2004) foi observada uma diminuição da prevalência da desnutrição em crianças e déficit de peso em adultos, e um mais acelerado aumento das taxas de sobrepeso e obesidade em adultos. As taxas de obesidade dobraram ou triplicaram dramaticamente nos últimos 30 anos no país. Isso ocorreu exceto na zona rural da região Nordeste, onde a prevalência de desnutrição em mulheres adultas teve uma queda mais lenta, a partir de 1989, chegando a 7,2%, configurando, assim, maior probabilidade de exposição à desnutrição, ainda que, classificada como de baixa magnitude (Brasil, 2004).

O Gráfico 1.1 revela que em treze anos (intervalo entre as pesquisas realizadas em 1989 e 2002-2003), as taxas de excesso de peso e obesidade cresceram entre os homens 11,5 e 2,7 pontos percentuais, respectivamente. Entre as mulheres houve uma redução de 1,5 e 0,1 pontos percentuais para o mesmo período. No entanto, entre 1975 e 1989, o aumento da frequência de excesso de peso entre mulheres foi de 12,1 contra 10,9 pontos percentuais entre homens. Neste mesmo intervalo, as taxas de obesidade tiveram um crescimento considerável tanto para homens (2,3 pontos percentuais) quanto para mulheres (5 pontos percentuais). E os dados da pesquisa mais recente, de 2008, mostram que os índices de sobrepeso e de obesidade continuam crescendo.

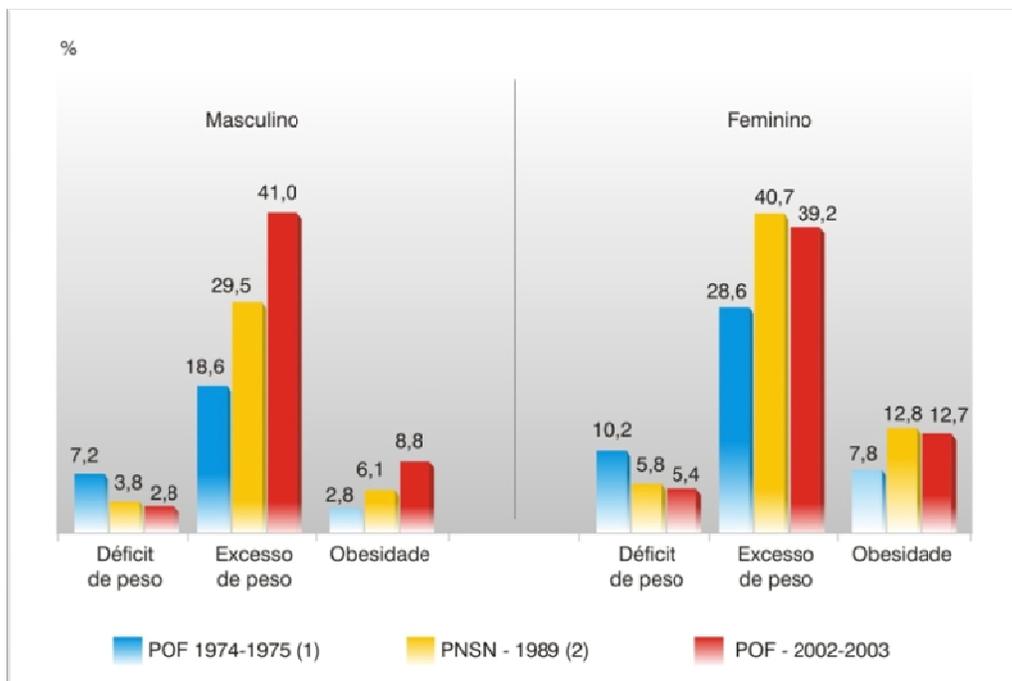


Gráfico 1.1. Prevalência de déficit de peso, excesso de peso na população com 20 ou mais anos de idade, por sexo. Brasil – períodos 1974-1975, 1989 e 2002-2003

Fonte: IBGE, Diretoria de Coordenação de Pesquisas de Índices de Preços, Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003.

No Brasil, esse aumento da prevalência de excesso de peso e obesidade, diferente de países desenvolvidos, surpreende devido ao fato de que há 30 anos, o principal problema nutricional no país era o déficit de peso, provocado pela desnutrição.

1.2. Subnutrição, desnutrição, sobrepeso e obesidade

A desnutrição é um problema nutricional provocado pela falta de alimentos ou baixa ingestão de alimentos apropriados, por um período longo. Monteiro (2003) define a desnutrição – que ele denomina também de deficiências nutricionais – como doenças decorrentes da falta de alimentos suficientes para repor a energia e nutrientes necessários para o bom funcionamento do organismo. Podem decorrer também do aproveitamento inadequado dos alimentos ingeridos, o que pode ser provocado por outras doenças, em especial as infecciosas. A organização não governamental Médicos Sem Fronteira (MSF, s/d) descreve a desnutrição como sendo um mal que vai paralisando o funcionamento do organismo e abrindo caminho para uma série de doenças.

A falta de alimentação gera falta de energia e fadiga. Ao perder as forças, a pessoa deixa de se mexer, de falar, e os mecanismos reguladores da fome deixam de funcionar: não se tem mais sensação de fome ou sede, e o estômago se atrofia... A desnutrição severa pode provocar falência dos órgãos, anemia, infecção generalizada e outras patologias graves.

Os indivíduos desnutridos podem ser separados em três grupos: os **casos moderados**, que necessitam de reposição alimentar durante algumas semanas ou meses; os **casos severos**, cuja vida está em risco, e que necessitam cuidados médicos intensivos, além de alimentos especialmente concebidos para as situações de fome; e os **casos leves**, considerados como subnutrição (MSF, s/d). Por ser a forma mais amena da consequência da fome, a subnutrição tende a ser subestimada, seja pelo próprio indivíduo, seja por autoridades responsáveis pelos cuidados da saúde da população. Seus efeitos são menos severos, mas torna o indivíduo mais susceptível às doenças infecciosas, levando ao agravamento da desnutrição e suas consequências. Maior importância deveria ser dada à subnutrição, pois constitui um sinal de alerta para que se evitem consequências deletérias para uma vida (Banco de Alimentos, 2004).

A desnutrição está associada à pobreza. É na população de baixa renda que se encontra a quase totalidade das pessoas desnutridas, uma vez que na pobreza, a renda do indivíduo ou da família dificilmente permite a satisfação das necessidades básicas como alimentação, vestuário, educação, assistência à saúde. Desta forma, a situação se encaminhará para a insegurança alimentar ou desnutrição. Segundo o Portal Vencendo a Desnutrição (2002, s/p), há no mundo um grande número de pessoas que sofrem de desnutrição, sendo acometidas das doenças decorrentes dessa síndrome.

Cerca de 800 milhões de pessoas ainda não podem suprir suas necessidades básicas de energia e proteína, mais de 2 bilhões de pessoas carecem de micronutrientes essenciais, e milhões sofrem de doenças causadas por falta de higiene dos alimentos e ingestão alimentar desequilibrada.

A desnutrição energético-protéica é uma síndrome que compreende uma série de doenças, cada uma das quais tem uma causa específica relacionada com um ou mais nutrientes (por exemplo, proteínas, iodo ou cálcio) e se caracteriza pela existência de um desequilíbrio celular entre o fornecimento de nutrientes e energia por um lado, e por outro, a demanda corporal para assegurar o crescimento, manutenção e funções específicas. Ocorre mais facilmente em crianças em fase de amamentação, e menores de 5 anos.

A desnutrição tem como causas diversos fatores, normalmente associados à pobreza e à falta de alimentos dela decorrente. Algumas medidas de ordem política e econômica podem levar à sua solução, tais como:

- Acesso à renda que garanta a aquisição de comida para uma vida saudável e a compra de bens necessários para a existência social do indivíduo enquanto cidadão;
- Participação na economia formal, que dá ao cidadão o acesso aos documentos necessários para que ele tenha uma identidade e possa trabalhar na sociedade em que vive;
- Educação mínima que forneça formação e informação, criando oportunidades para uma vida melhor, o que ajuda os indivíduos a cuidar bem de seus filhos;
- Escolaridade para ingressar no mercado de trabalho e viver numa sociedade desfrutando os direitos de cidadão;
- Moradias dignas, com vias pavimentadas, rede de esgoto, água potável e recolhimento de lixo, evitando a proliferação de doenças;
- Serviço de saúde acessível com atendimento adequado por profissionais (Portal Vencendo a Desnutrição, 2002).

O Brasil ainda vive uma contradição, apresentando um grande número (apesar da redução significativa) de pessoas que passam fome, que são desnutridas e também um número grande de pessoas com excesso de peso e obesidade. O declínio das taxas de déficit de peso na população brasileira nos últimos 30 anos acompanha a redução das taxas de pobreza no país, que pode ser atribuída, em parte, ao crescimento da economia nacional nos anos de 1970 e estagnação nos 1980 e 1990 (Monteiro, 2003). Mas essa queda dos níveis de déficit de peso está também relacionada com a ampliação de serviços básicos de saúde, rede pública de água potável e aumento da escolaridade das mães (Monteiro, 2003).

Sobre essa ambigüidade encontrada no Brasil, Sawaya *et al.* (2003) lembram que naquele ano o Brasil era o terceiro país com maior desigualdade de renda no mundo, ficando atrás apenas de Malawi e África do Sul e isso se reflete na condição nutricional da população. Estudos antropométricos e socioeconômicos realizados em 22 favelas de São Paulo revelaram que, apesar

de não se observarem diferenças nas condições socioeconômicas entre elas, o estado nutricional era divergente, podendo ser encontrados até mesmo casos de subnutrição e obesidade em uma mesma família. Chama à atenção a taxa de desnutrição entre homens adultos (12%) na pesquisa realizada nas favelas, pois, na Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) de 2002-2003, quando os dados são para todas as faixas de renda, o índice de desnutrição entre homens adultos cai para 2,8%. Embora a taxa de desnutrição seja alta, ainda assim, o índice de sobrepeso foi bem maior que a de desnutrição para homens e mulheres, como mostra o **Gráfico 1.2**. Esses dados, segundo os autores, “mostram a importância de se classificar o estado nutricional para programas de combate à desnutrição, sendo o corte por renda impreciso para populações pobres que vivem em zonas urbanas” (Sawaya *et al.*, 2003), até mesmo para estabelecer programas de mais largo espectro. Os dados acima alertam para o fato de que programas de distribuição de alimentos, baseados apenas em informações sobre renda (sem cuidados de saúde, avaliação do estado nutricional individual e dados sobre o tipo de alimentos ingeridos), podem agravar o quadro de obesidade já presente na população pobre que vive na zona urbana.

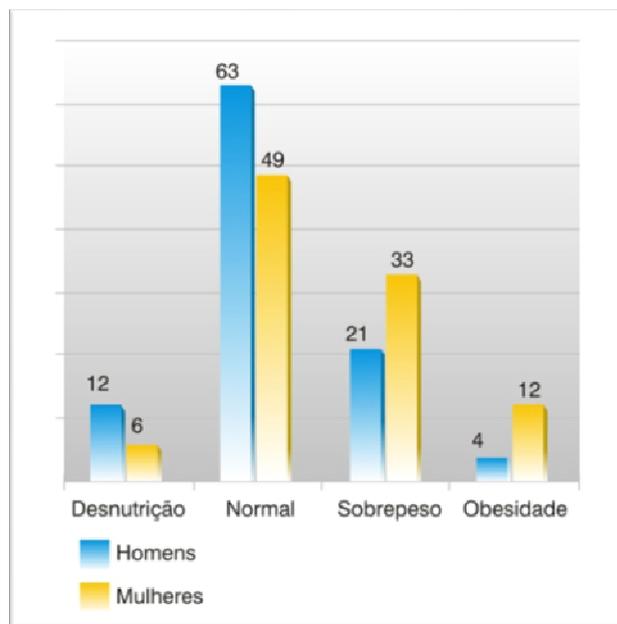


Gráfico 1.2. Estado nutricional de adultos moradores em 22 favelas do município de São Paulo

Fonte: Sawaya *et al.*, 2003.

O **Gráfico 1.2** mostra a contradição de se ter nas mesmas comunidades, que possuem a mesma faixa de renda, casos de desnutrição e obesidade, com situações em que o fenômeno ocorre em um mesmo domicílio. Sawaya *et al.* (2003, p.29) se perguntam: “se há uma prevalência alta de desnutrição, ocorre claramente uma insuficiência alimentar decorrente da pobreza e da baixa renda, com dificuldade de acesso aos alimentos devido a esta última. Como pode então ocorrer obesidade?”

A explicação pode estar no fato de o organismo possuir inúmeros mecanismos para controlar o gasto energético. Diante de episódios de fome, o indivíduo pode lançar mão de mecanismos fisiológicos para poupar energia e acumular gordura em detrimento do crescimento em altura. Segundo Sawaya *et al.* (2003) há vários relatos na literatura sobre ganho de peso excessivo na adolescência diante da privação de alimentos na vida intrauterina. Além dessa explicação, há também a de que os hábitos alimentares e estilo de vida dos indivíduos podem ser diferentes, mesmo se tratando de uma mesma família.

Esses dados fazem pensar que é preciso avaliar as condições nutricionais da população com base em estudos científicos, antes de apostar em políticas com um único fim. Coutinho e Lucatelli (2006) escrevem que há uma contradição entre a percepção de diferentes setores quanto às questões da fome e nutrição no Brasil. Enquanto a comunidade científica na área de nutrição, por meio de estudos epidemiológicos, destaca a obesidade como um dos problemas de saúde pública mais grave no Brasil, o governo brasileiro investe grandes somas e dá grande destaque para o Programa Fome Zero, baseado na idéia de que a condição de fome é socialmente relevante para o país. Ela é, sem dúvida, como mostram os dados da pesquisa feita nas favelas de São Paulo, mas a atenção a políticas públicas de combate à fome e ao aumento da prevalência do sobrepeso e da obesidade deveria ser mais equilibrada. O déficit de peso é revelado como um problema social ainda presente também em resultados da POF, na qual se observa que alguns grupos chegam a apresentar frequências de 12,2% (população feminina de 20 a 24 anos), 7,3% (mulheres de 25 a 29 anos) e 8,9% (homens com mais de 75 anos). E, diferente das conclusões de Sawaya *et al.* sobre a população pobre urbana, a pesquisa do IBGE revela frequências de déficit de peso maiores na população rural, chegando a atingir 6,2% desta população na região Sudeste,

7,2% na região Nordeste e 6,3% na região Centro-Oeste¹⁰. Segundo Coutinho e Lucatelli, os elaboradores do Programa Fome Zero divulgaram, ainda em 2006, que “quase um terço da população brasileira tem fome”, quando os resultados dos estudos antropométricos revelam taxas bem inferiores.

Coutinho e Lucatelli (2006) entendem que os elaboradores preferiram ignorar a produção científica sobre nutrição e obesidade do país, que representa 2,3% da produção mundial e ocupa o 12º lugar em produção, o que lhe garante grande visibilidade para se apoiar no caráter político de mobilização popular sobre o tema da fome. “Dizer que 40 milhões de brasileiros vivem em estado de fome crônica é dizer que um em cada quatro brasileiros necessita de uma ação imediata, emergencial e contundente para garantir a sua sobrevivência” (Coutinho e Lucatelli, 2006, p. 92), que equivaleriam a 22% da população (considerando-se o total de 180.087.384, segundo dados do IBGE de abril de 2007). Isto parece bem distante do dado fornecido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, na POF, que traz como média total de déficit de peso apenas 2,8% da população masculina e 5,4% da população feminina em 2002-2003. As políticas governamentais deveriam ter foco para as ações de combate à obesidade e excesso de peso da população, na mesma proporção que tem dedicado atenção e recursos para o combate à fome e desnutrição.

1.3. Comparação da situação brasileira com os índices de sobrepeso e obesidade dos nove países europeus

Dados da Organização Mundial da Saúde indicam que em 2005, aproximadamente 1,6 bilhões de adultos encontravam-se acima do peso e pelo menos 400 milhões eram obesos. Preocupante é a expectativa de que o número de pessoas com sobrepeso alcance cerca de 2,3 bilhões de pessoas adultas em 2015, quando cerca de 700 milhões de pessoas corresponderão a indivíduos obesos. Entre a população infantil, pelo menos 20 milhões de crianças até cinco anos apresentavam condições de sobrepeso em 2005 (OMS, 2006).

¹⁰ Considerando que a pesquisa demonstra um equilíbrio para esta região entre a frequência de déficit de peso entre a população urbana (6,2%) e a rural (6,3%).

O sobrepeso ou excesso de peso não é um fenômeno apenas dos países desenvolvidos, mas tem atingido números epidêmicos também nos países em desenvolvimento, com baixa ou média renda *per capita*, principalmente nos centros urbanos.

A OMS aponta como principal causa do sobrepeso e obesidade no mundo o desequilíbrio entre calorias consumidas e calorias gastas. O fato estaria associado também a outros fatores, tais como uma mudança global na ingestão de alimentos de alta energia que são ricos em gordura e açúcares e pobres em vitaminas, minerais e outros micronutrientes. A segunda razão é a tendência em direção à redução de atividade física devida ao aumento do sedentarismo de muitas formas de trabalho, mudanças nos modos de transporte e o crescimento da urbanização (OMS, 2006; Popkin, 1998). Além desses, aspectos fisiológicos estão relacionados à obesidade.

As causas da obesidade são multifatoriais e vão de condições genéticas, como deficiência de leptina – hormônio protéico específico produzido e secretado pelo tecido adiposo, que tem o papel de diminuir o apetite e estimular o gasto de energia – a condições ambientais (Holt, 2005; Coutinho, 2007). A contribuição de fatores genéticos para a evolução dos índices da obesidade pode representar 24% a 40% na variância no IMC. Isto porque tais fatores determinam diferenças entre indivíduos quanto à taxa de metabolismo basal, resposta à superalimentação e outros (Bouchard, 1994; Price, 2002, *apud* Coutinho, 2007). As mudanças de comportamento alimentar e os hábitos de vida sedentários atuando sobre genes de susceptibilidade podem ser o principal determinante do crescimento da obesidade no mundo. Para Coutinho (2007, s/p),

...é provável que a obesidade surja como a resultante de fatores poligênicos complexos e um ambiente obesogênico. O chamado mapa gênico da obesidade humana (Snyder *et al.*, 2004) está em processo constante de evolução, à medida que se identificam novos genes e regiões cromossômicas associados com a obesidade.

Outra hipótese para o aumento dos níveis de obesidade é levantada por Neel *et al.* (1998, *apud* Filozof *et al.*, 2001), a partir dos dados sobre a transição epidemiológica apresentada em países em desenvolvimento, como os da América Latina. Observa-se uma mudança de padrão de uma alta taxa de fertilidade e mortalidade para uma baixa taxa de fertilidade e mortalidade e redução da prevalência de doenças infecciosas e desnutrição, associadas a um aumento das doenças crônicas e degenerativas, como a obesidade. Entre as explicações para isto está a de que, com o envelhecimento, há uma perda progressiva da massa magra com aumento da proporção de

gordura corpórea nos indivíduos, além da diminuição da estatura, relaxamento da musculatura abdominal, cifose e alteração da elasticidade da pele (Cabrera e Jacob-Filho, 2001).

A migração da área rural para a urbana e o rápido crescimento urbano e a influência da comunicação em massa podem ter contribuído para a mudança na dieta dos migrantes rurais que abandonaram suas dietas ricas em vegetais e cereais em favor de alimentos de origem animal e processados. Somando-se a esse quadro e a redução dos níveis de atividade física, os resultados são as crescentes taxas de sobrepeso e obesidade (Filizof *et al.*, 2001).

A possível explicação de Filizof *et al.* (2001) para tantas pessoas se tornarem obesas diante de uma variedade e abundância de alimentos de alta densidade energética e de gorduras pode ter sua origem nas teorias evolucionistas. Neel *et al.* (1998, *apud* Filizof *et al.*, 2001) formularam uma hipótese de um “genótipo econômico”, segundo a qual propõem que, quando um ancestral coletor-caçador tem que batalhar para evitar a fome, ele desenvolve mecanismos que permitem armazenar calorias em forma de gordura nos tempos de abundância. A vantagem disso é que os “indivíduos econômicos” são capazes de conservar energia e sobreviver à fome. Esse mecanismo positivo e benéfico se torna desvantajoso quando o alimento é abundante, favorecendo a alta prevalência de obesidade e outras doenças crônicas.

O “genótipo econômico” é universal, mas seus efeitos são mais evidentes nas populações dos países em desenvolvimento como os da América Latina, pela substituição de alimentos básicos, de suas dietas tradicionais ricas em fibras e grãos, por dietas de alto teor de gordura. Além do valor energético dos alimentos, pode ser que a genética das populações nativas latino-americanas não seja capaz de vencer os desafios dessa nova dieta e a obesidade é provavelmente uma de suas conseqüências. Além disso, é possível que o baixo peso dos recém-nascidos, em particular o baixo índice ponderal dos recém-nascidos aumente sua predisposição à obesidade, com alto risco para a obesidade abdominal, resistência à insulina, intolerância à glicose, dislipidemia e hipertensão (Hales e Barker, 1992, *apud* Filozof *et al.*, 2001). Filozof *et al.* (2001) destacam que esse fenômeno não é um problema específico das populações nativas dessa região, mas pode ser agravado nesses povos devido à transição nutricional.

No Brasil, por exemplo, as causas do aumento da prevalência de sobrepeso e obesidade também têm sido atribuídas ao acesso a uma maior quantidade e variedade de alimentos,

principalmente às proteínas de origem animal. Isto em parte foi possível devido às mudanças de ordem socioeconômica, ocorridas no país na década de 1980. A estabilidade econômica permitiu que um número maior de pessoas pudesse adquirir alimentos, porém, ao mesmo tempo, facilitou o acesso a alimentos mais gordurosos, processados, com mais açúcar, caracterizando uma mudança nos hábitos alimentares da população (Brasil, 2004; Doak *et al.*, 2000; Monteiro *et al.*, 2004).

Dados sobre o consumo de alimentos no Brasil, obtidos pela Pesquisa de Orçamento Familiar (POF), do IBGE, que descreve o tipo e quantidade de alimentos adquiridos pelas famílias durante o período de 2002-2003, mostram que a média da disponibilidade alimentar por domicílio corresponde a algo em torno de 1.800 Kcal por pessoa, especificamente 1.700 Kcal em áreas metropolitanas, e 2.400 Kcal na zona rural.

Entre os grupos de alimentos com maior participação na dieta dos brasileiros, em comparação aos períodos anteriores – 1986-1987 e 1995-1996 – são: carnes em geral (crescimento próximo a 50%); carne bovina (22%); carne de frango (acima de 100%); presuntos e embutidos (300%); leite e derivados (26%); óleos e gorduras vegetais (16%); biscoitos (400%); refeições semi-prontas (80%) e refrigerantes (400%). Por outro lado, vários alimentos que eram frequentes na alimentação do brasileiro sofreram queda em seu consumo. Entre os grupos de alimentos que se encontram nessa situação estão: arroz (23%); feijões (30%); raízes e tubérculos (30%); peixe (50%); ovos (84%); gordura animal (para preparo dos alimentos, 65%); açúcares (23%). Em relação às frutas, verduras e legumes, o consumo se manteve nos mesmos níveis, em torno de 3% a 4%, quando o consumo recomendado pela Organização Mundial da Saúde, é de 6% a 7% no mínimo (Brasil, 2004).

Tal mudança nos hábitos alimentares é apontada como o principal fator para o aumento de peso da população brasileira. A segunda razão seria a redução da atividade física. É preciso considerar também que há doenças metabólicas, que levam ao sobrepeso.

Os estudos realizados no País (Brasil, 2007, 2008, 2009) permitiram observar também que o nível mais alto de renda está associado ao excesso de peso entre homens e redução de peso entre mulheres (Tabela 4). Porém, em geral, o mais baixo nível de renda é responsável por hábitos alimentares impróprios. O grupo de mais baixa renda acaba optando por alimentos com mais gordura e consome menos vegetais do que deveria, de acordo com as recomendações da

Organização Mundial da Saúde. Snyder (2004) afirma que as possibilidades de uma mulher de menor nível socioeconômico ser obesa são aproximadamente 50% maiores do que aquelas com nível socioeconômico mais elevado. A Tabela 1.4 mostra também que embora o sobrepeso e a obesidade aumentem conforme o crescimento do rendimento familiar, entre as mulheres nas mais altas faixas de renda, os índices decaem. Presume-se que seja porque as mulheres que têm maior poder aquisitivo possuem mais informação, e são mais cuidadosas com a alimentação e saúde. É possível imaginar também que essas mulheres estejam mais sujeitas às influências culturais que impõem a ditadura da magreza como padrão de beleza a ser perseguido (v. Capítulo 3). Além disso, dependendo do rendimento familiar, recorrem não apenas à prática de exercícios físicos, mas também às intervenções cirúrgicas que garantem a manutenção do peso em níveis considerados mais saudáveis segundo os padrões estabelecidos por médicos e mais adequados aos padrões estéticos impostos pela sociedade. Esse padrão é buscado também pelas classes de menor renda como forma de reduzir a distância social, como foi mostrado por Edmonds (2002) em seu estudo sobre a popularização da cirurgia plástica no Brasil. Porém, o acesso às práticas embelezadoras, inclusive os procedimentos para afinar os corpos, muitas vezes exigem recursos monetários e de tempo que as mulheres das camadas socioeconômicas mais baixas não dispõem.

Tabela 1.4. Prevalência de déficit de peso, excesso de peso e obesidade na população com 20 ou mais anos de idade, por sexo, segundo classes de rendimento monetário mensal familiar *per capita* - Brasil - período 2002-2003

Classes de rendimento monetário familiar mensal per capita	Prevalência de déficit de peso, excesso de peso e obesidade na população com 20 ou mais anos de idade, por sexo (%)					
	Masculino			Feminino		
	Déficit de peso	Excesso de peso	Obesidade	Déficit de peso	Excesso de peso	Obesidade
Até ¼	4,5	21,3	2,7	8,5	32,1	8,8
Mais de ¼ a ½	4,1	26,2	4,1	6,4	39,6	12,7
Mais de ½ a 1	3,6	35,3	7,6	5,6	41,2	13
Mais de 1 a 2	3	40,7	8,8	5,4	42,4	14,4
Mais de 2 a 6	1,8	48,6	11	4,6	40,9	13,7
Mais de 6	1,3	56,2	13,5	3,3	35,7	11,7

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Índice de Preços, Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003 (Brasil, 2004)

A base da alimentação da população brasileira é arroz e feijão, hábito que tem sido alterado a partir de mudanças socioeconômicas do país, quando se conseguiu uma estabilidade econômica, principalmente a partir do período de 1995-2002. Foi nessa fase que a população passou a consumir mais proteína animal, alimentos prontos ou semi-prontos e com mais gordura saturada. O crescimento da participação da mulher no mercado de trabalho e do número de

pessoas vivendo sozinhas, também influencia a mudança dos hábitos alimentares, incluindo uma maior frequência de alimentação fora do lar.

1.3.1. Sobrepeso e obesidade em países europeus

A obesidade tem sido considerada uma epidemia pela classe médica, autoridades ligadas à saúde pública e até mesmo por cientistas de outras áreas do conhecimento, como as ciências sociais, em todo o mundo devido ao seu rápido crescimento e ao número de pessoas afetadas. Em todos os países em que foram coletados dados ao longo do tempo – como os exemplos mostrados na Tabela 1.5 e outros já citados nesta tese – observa-se um aumento na prevalência do sobrepeso.

As estimativas de obesidade e sobrepeso são baseadas em enquetes nacionais e regionais, realizadas, geralmente, por órgãos governamentais ou institutos de pesquisas ligados à área de saúde. Entretanto, eles diferem em termos da forma de coleta de dados, períodos avaliados, metodologia, categorias, tamanho e amplitude das amostras. Isso dificulta a comparabilidade entre eles. Seria preciso criar padrões únicos para essas pesquisas, inclusive internacionalmente. Mesmo assim, tenta-se fazer comparações entre os diversos países, de diferentes regiões do mundo.

Dados do International Obesity Task Force (IOTF), da OMS, sugerem que mais de 50% da população adulta dos países membros da União Européia esteja acima do peso ou obesa, o que pode ser observado na Tabela 1.5. Além disso, as estimativas do IOTF indicam que os níveis de obesidade na União Européia praticamente dobraram no período de 1985 a 2005, e prevê que dupliquem novamente nas próximas quatro décadas (OMS, 2008).

Tabela 1.5. Prevalência de excesso de peso e obesidade em adultos na União Européia

País	Ano da coleta	Masculino				Feminino	
		Excesso de peso % IMC 25-29.9	Obesidade% IMC \geq 30	IMC \geq 25	Excesso de peso % IMC 25-29.9	Obesidade % IMC \geq 30	IMC \geq 25
Áustria	2005/6	42.3	23.3	65.6	32.4	20.8	53.2
Bélgica (Auto-informação)	2004	38.7	11.9	50.6	24.4	13.4	37.8
Bulgária (Auto-informação)	2001	38.8	11.3	50.1	28.8	13.5	42.3
Chipre	1999-2000	46	26.6	72.6	34.3	23.7	58
República Tcheca	1997/8	48.5	24.7	73.2	31.4	26.2	57.6
Dinamarca	2001	40.1	11.8	51.9	26.9	12.5	39.4
Inglaterra	2005	43.4	23.1	66.5	32.1	24.3	56.4
Estônia (Auto-informação)	2004	32	13.7	45.7	28.4	14.4	42.8
Finlândia (Auto-informação)	2005	44.8	14.9	59.7	26.7	13.5	40.2
França (Auto-informação)	2006	35.6	11.8	47.4	23.3	13	36.3
Alemanha (Auto-informação)	2002/3	52.9	22.5	75.4	35.6	23.3	58.9
Grécia	2001/2	53	20	73	31	15	46
Hungria	1992-4	41.9	21	62.9	27.9	21.2	49.1
Irlanda	1997-99	46.3	20.1	66.4	32.5	15.9	48.4
Itália	2003	42.1	9.3	51.4	25.8	8.7	34.5
Latvia	1997	41	9.5	50.5	33	17.4	50.4
Lituânia (Auto-informação)	2002	41.2	16.4	57.6	26.6	15.8	42.4
Luxemburgo	-----	45.6	15.3	60.9	30.7	13.9	44.6
Malta (Auto-informação)	2003	46.5	22.9	69.4	34.3	16.9	51.2
Holanda	1998-2002	43.5	10.4	53.9	28.5	10.1	38.6
Polônia	2000	41	15.4	56.4	28.7	18.9	47.6
Portugal	2003/4	44.1	14.5	58.6	31.9	14.6	46.5
Romênia (Auto-informação)	2000	38.1	7.7	45.8	28.6	9.5	38.1
Eslováquia	1992-9	49.7	19.3	69	32.1	18.9	51
Eslovênia	2001	50	16.5	66.5	30.9	13.8	44.7
Espanha	1990-2000	45	13.4	58.4	32.2	15.8	48
Suécia	2002	43.5	14.8	58.3	26.6	11	37.6

Fonte: International Association for the Study of Obesity, London – June 2007

<http://www.iof.org/database/documents/AdultEU27July08pdf.pdf>.

Obs.: Espectro de idade e período da coleta de dados diferem de um país para outro. Com essa limitação, as prevalências não são padronizadas. Enquetes baseadas em auto-informação podem subestimar a verdadeira prevalência.

Em 2006 foi conduzido na Europa um projeto – PorGrow (Policy Options For Responding to the Growing Challenge Of Obesity Research Project) – patrocinado pela Comissão Européia, que elegeu vinte opções de medidas para controlar o excesso de peso da população. Realizado em nove países europeus – Reino Unido, França, Itália, Espanha, Polônia, Finlândia, Grécia, Hungria e Chipre –, o programa escolheu ações a serem implementadas imediatamente, e outras que poderiam ser adotadas num prazo mais longo. No projeto foram entrevistados representantes de associações de consumidores, da indústria alimentícia e de redes

de distribuição de alimentos, agricultores, políticos dos ministérios da saúde e de C&T, e jornalistas especializados.

Entre os países participantes do PorGrow, aproximadamente 56% dos homens e 49% das mulheres apresentam IMC acima de 25 kg/m². E desses, 17% de ambos os sexos são obesos (IMC acima ou igual a 30 kg/m²). Os dados são de 2005, exceto os da Grécia que foram coletados em 2004.

Em vários países estudados no PorGrow (Grécia, Polônia, UK, Espanha) mais de 70% da população entre 50 e 70 anos tem sobrepeso ou é obesa. Os estudos da área têm revelado também diferenças no sobrepeso/obesidade entre etnias e entre essas, diferenças entre gêneros. Entre paquistaneses, negros caribenhos e indianos residentes na Inglaterra, por exemplo, foi observada uma frequência maior no grupo de mulheres.

Também nos países desenvolvidos o nível socioeconômico mais baixo está relacionado a uma maior prevalência da obesidade. Segundo Millstone *et al.* (2006, p. 23) os grupos de menor renda apresentam não só comportamentos alimentares menos saudáveis, como podem ter menos sucesso no tratamento da obesidade.

...status social 'percebido' e auto-estima podem estimular o comportamento saudável, e a prevenção e o tratamento da obesidade podem ter menos sucesso entre grupos de mais baixa renda do que entre aqueles com rendas maiores, aumentando a desigualdade em termos de saúde (tradução nossa).

Algumas observações podem ser feitas em relação às prevalências de excesso de peso e obesidade nos nove países estudados no PorGrow. Na Espanha, maior prevalência da obesidade se observa em mulheres (v. Tabela 1.6), enquanto o sobrepeso é maior entre os homens, principalmente na faixa entre 35 a 64 anos, assim como ocorre no Brasil. A obesidade na Espanha é mais alta nos indivíduos de menor nível educacional e mais prevalente em classes sociais mais baixas. Em relação à distribuição geográfica, a prevalência é mais alta nas regiões nordeste, sul e sudeste. Na área rural homens apresentam índices mais altos de obesidade enquanto na área urbana são as mulheres. Uma comparação de dados da OMS sobre obesidade e excesso de peso para três países da União Européia a partir de pesquisas nacionais mostra os seguintes resultados para 2002 (Álvarez-Dardet *et al.*, 2006):

Tabela 1.6. Comparação de sobrepeso e obesidade entre Espanha, França e Reino Unido

	Sobrepeso (IMC\geq25)		Obesidade (IMC\geq30)	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
Espanha	56%	66%	16%	15%
França	44%	33%	7%	6%
Reino Unido	63%	59%	19%	22%

Fonte: PorGrow, 2006.

Em Chipre, as taxas de sobrepeso e obesidade não têm sido monitoradas sistematicamente. Há vários estudos, mas com significativas limitações, que não permitem comparações diretas ou uma análise precisa de tendências históricas. Os dados apresentados para o PorGrow incluem estimativas de prevalência obtidas a partir do cálculo do IMC feito por pesquisadores, mas também com informações sobre peso e altura fornecidos pelos entrevistados. A auto-informação tende a limitar a precisão dos dados, uma vez que a tendência é o entrevistado superestimar sua altura e subestimar seu peso.

De todo modo, os pesquisadores observaram em uma de suas enquetes, realizada na região de Nocosia, com adultos entre 35 e 64 anos, que a prevalência da obesidade foi de 19% para homens e 24% para mulheres (Berrios *et al.*, 1997, *apud* Savas e Tornaritis, 2006). Em outro estudo conduzido por Polychronopoulos *et al.* (2005, *apud* Savas e Tornaritis, 2006), com pessoas de 65 a 100 anos, a prevalência de obesidade foi bastante alta, de 34% entre homens e 52% entre mulheres.

A prevalência de sobrepeso foi similar em outros estudos citados por Savas e Tornaritis. Em dois deles, baseados em auto-informação, obtiveram-se taxas semelhantes para homens: 47,7% e 49,3%, e de 46% no banco de dados do IOTF, mas bastante distintas no cálculo feito pela OMS, 41%. No caso das mulheres, a diferença ocorre em todos os estudos analisados. As taxas foram de 19,2% e 14% nos dois primeiros, de 28% no estudo do IOTF e 38,3% pela OMS.

Na Finlândia, mais de 50% dos adultos apresentaram excesso de peso e obesidade e o problema foi mais comum entre a população masculina. Entre homens de 30 a 64 anos, 67% apresentam IMC acima de 25, enquanto entre mulheres esse índice é de 54%. Já a prevalência de obesidade está no mesmo nível para os dois sexos, em torno de 20%, mas há que se notar que entre as mulheres essa taxa se mantém há pelo menos três décadas, enquanto entre os homens, ela dobrou no mesmo período (Borg, e Fogelholm, 2006)

Na comparação com todos os países da União Européia, pode-se dizer que a Finlândia se encontra na média dos demais, até um pouco abaixo dos países de população mais pesada, mas, comparado com os demais países nórdicos, seus índices se sobressaem em relação à Noruega, por exemplo, que tem índices de obesidade de 9% entre homens e 8% entre as mulheres (Tabela 1.7).

Tabela 1.7. Prevalência de excesso de peso e obesidade nos países nórdicos

	<i>Excesso de peso</i>	<i>Excesso de peso</i>	<i>Obesidade</i>	<i>Obesidade</i>
	<i>Homens</i>	<i>Mulheres</i>	<i>Homens</i>	<i>Mulheres</i>
Dinamarca (2003)	40	33	10	9
Suécia (2005)	41	26	12	11
Noruega (2002)	43	27	9	8
Finlândia (2002)	46	29	20	20
Islândia (2002)	44,6	28	12,4	12,4

Fonte: Borg e Fogelholm, 2006

Apesar de a obesidade estar presente em toda a população da Finlândia, alguns subgrupos parecem estar mais susceptíveis aos efeitos debilitantes do estilo de vida moderno. A obesidade tem sido menos comum entre aqueles de mais elevado nível educacional e de renda. A prevalência é maior em áreas rurais, mas é alta também entre empresários e mulheres que trabalham em casa. As diferenças sócio-demográficas parecem influenciar, neste país, mais as mulheres do que os homens, em termos de peso corporal (Borg e Fogelholm, 2006).

Dentre todos os países estudados no PorGrow, a França foi o que apresentou as mais baixas taxas de sobrepeso e obesidade. Os dados utilizados para o projeto foram obtidos por uma enquête realizada por telefone, no período de 1997 a 2003, com mais de 27 mil pessoas de idade acima de 15 anos. O estudo ObiEpi, conduzido pelo Instituto Roche de Obesidade em colaboração com o Instituto Nacional de Pesquisa em Medicina e Saúde (INSERM), verificou que houve um aumento na prevalência de obesidade de 6% para 11% entre 1980 e 2003. Estima-se que mais de 40% da população passou a ser afetada tanto pelo excesso de peso quanto pela obesidade. Se o aumento da prevalência continuar nessas proporções, estima-se que cerca de 20% da população adulta estará obesa em 2020 (Holdsworth *et al.*, 2006).

Assim como em outros países, observou-se que a prevalência de obesidade é maior em grupos de nível mais baixo de escolaridade. A prevalência nas mulheres cresce bastante a partir

dos 15 anos, atingindo um pico na faixa de idade entre 45-54 anos (mais de 14%). Na população masculina, o crescimento também começa a partir dos 15 anos, mas é um pouco inferior ao das mulheres, atingindo um pico maior na faixa de 54-64 anos, suplantando o índice das mulheres (18%). A partir dos 65 anos a prevalência entre homens e mulheres é equivalente e fica em torno de 15,2%.

Na Grécia, os dados que o IOTF divulgou foram obtidos no maior *survey* já realizado, na década de 90, como parte da European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC), na qual chegou-se à prevalência da obesidade de 27.5% para homens e 38.1% para mulheres (Codrington *et al.*, 2006).

O estudo demonstrou que o país está entre aqueles de maiores índices de prevalência de excesso de peso e obesidade, tanto para homens quanto para mulheres. O IMC médio da população masculina é de 28 kg/m² e da feminina de 26,5 kg/m². O sobrepeso atinge 80% dos homens e quase a mesma porcentagem de mulheres. Já a prevalência da obesidade é bem maior entre as mulheres (42,6%) do que entre os homens (29,9%) (Haftengerger *et al.*, 2002, *apud* Codrington *et al.*, 2006), segundo essa avaliação do IOTF. Porém, outros estudos realizados no país (Attica, HMAO e Crete¹¹) revelam índices bem inferiores de sobrepeso e obesidade entre mulheres. Para se ter uma idéia, no estudo realizado pela Hellenic Medical Association for the Obesity (HMAO), que também foi realizado nacionalmente, a prevalência apresentada para este gênero foi de aproximadamente 46% para sobrepeso e 17% para obesidade. Para o sexo masculino também se observam índices inferiores aos apresentados pelo IOTF, mas a diferença é menor. Para sobrepeso a taxa é próxima de 70% e para obesidade perto de 26%.

Fragmentos de análises sobre a distribuição sócio-demográfica e sobre características em relação ao estilo de vida da população mostram, como já notado em outros países, inclusive no Brasil, que há uma relação inversa entre obesidade e anos de educação e também no status

¹¹ Attica survey é uma pequena, mas representativa amostra sobre essa região da Grécia, que inclui a cidade de Atenas. Os dados foram coletados entre 2001 e 2002; HMAO é um estudo conduzido pela Hellenic Medical Association for the Obesity em 2004; e Crete é um estudo regional, realizado apenas na Ilha de Creta. Os dados começaram a ser coletados em 1992.

socioeconômico. O estudo Attica revelou diferenças entre taxas de prevalência nas áreas urbana e rural, mas pouco significativas. Em relação a minorias religiosas, observou-se uma prevalência maior de obesidade abdominal em muçumanos do que na população geral (63,6% e 56,8%, respectivamente).

Na Hungria, uma amostra de 7 mil indivíduos acima de 18 anos, de 447 comunidades, foi selecionada para representar o país no PorGrow. Dados de 2000 e 2003 mostram uma evolução da prevalência de sobrepeso e obesidade na população húngara. Na faixa de 35 a 64 anos há pouca variação das taxas de sobrepeso e obesidade entre mulheres, mantendo-se no patamar de aproximadamente 32% e 22%, respectivamente, nos dois períodos. Na faixa acima de 65 anos, observa-se um aumento da prevalência de sobrepeso, de 35% para 38% e de 25% para 28% em relação à obesidade. Entre os homens, as taxas de sobrepeso são mais altas que as das mulheres nos dois períodos, para a faixa de 35 a 64 anos, mas sofrem um aumento pouco significativo entre os dois anos pesquisados: 42% em 2000 e 43% em 2003. Em relação à obesidade, a prevalência foi a mesma observada para as mulheres. Mas na faixa de 65 anos ou mais, há uma redução na taxa de sobrepeso para o sexo masculino, de 44% para 40%, enquanto a prevalência de obesidade aumenta substancialmente, de 18,5% para 30% entre 2000 e 2003.

Os dados para a Itália revelam pouca variação das taxas de sobrepeso e obesidade nos anos 2000, 2001, 2002 e 2003 para uma faixa de idade geral e para ambos os sexos. Mas quando esses dados são desagregados por faixa etária e gênero, chega-se a resultados bastante diferentes, com pico de prevalência de sobrepeso para homens na faixa de 55 a 64 anos (53%) e para mulheres na faixa de 65 a 74 anos (40,7%). Em relação à obesidade, os índices maiores são de 15,2% para homens na faixa de 65 a 74 anos e de 16,1% para mulheres nessa mesma faixa de idade.

A distribuição geográfica do sobrepeso e obesidade na Itália mostra um fato interessante. É possível observar maiores prevalências na região sul e nas ilhas. Isso surpreendeu os pesquisadores uma vez que é nessa região que se encontra a tradicional dieta mediterrânea, rica em pescados e azeite e conhecida por ser uma alimentação mais saudável, mais leve, indicada para reduzir peso e taxas de colesterol. Esses índices contrastam com os obtidos para a região norte do país, aonde se vê estruturas familiares mais modernas, com nível de renda e educacional superiores, as quais recorrem à comida pronta, ao invés de se dedicar ao preparo das refeições no lar.

De Marchi *et al.* (2006), autores do estudo sobre a Itália para o PorGrow, observaram também uma prevalência de sobrepeso e obesidade em cidades menores em comparação aos grandes centros. A razão sugerida pelos autores é que nos últimos anos, a busca por melhor qualidade de vida tem levado muitas pessoas a deixarem os centros urbanos em direção a lugares menores. Em parte, esse novo estilo de vida é buscado com o propósito de dedicar mais tempo para a culinária tradicional. Segundo um dos atores entrevistados na pesquisa, os italianos não estariam ganhando peso em função dos hábitos alimentares modernos, baseados na chamada “*junk food*”, mas sim porque mantêm o estilo de vida predominante no país, o qual inclui preparar e cozinhar em casa ricas refeições. A declaração do entrevistado contrasta com a tendência alimentar que se acredita estar tomando todos os países.

Por último, os dados do Reino Unido estão divididos pelos países: Inglaterra, Escócia, Irlanda e País de Gales. Na Inglaterra, enquetes recentes sugerem que a obesidade atinge cerca de 24% de homens adultos e 26% de mulheres. O sobrepeso afeta 44% dos homens e 34% das mulheres, sendo a maior prevalência encontrada em grupos de mais idade, entre 45 e 74 anos, com índice perto de 30% tanto para homens quanto para mulheres.

O aumento da prevalência de sobrepeso e obesidade no país foi observado nas últimas duas décadas, com especial atenção para a obesidade que, no período de 1980 a 2003, cresceu de 8% para 23% entre as mulheres e de 6 para 23% entre os homens.

Os dados da Escócia indicam também índices mais altos de obesidade entre pessoas de mais idade, atingindo 29% dos homens na faixa de 45 a 54 anos e 32% das mulheres na faixa de 55 a 64 anos. Na Irlanda do Norte os índices de obesidade são de 17% para os homens e 20% para as mulheres e no País de Gales, mais de 50% da população adulta apresenta excesso de peso; cerca de 17% é obesa, sendo que a ocorrência da obesidade duplicou nos últimos 10 anos.

A condição socioeconômica e a etnicidade dos entrevistados foi destacada no relatório produzido pelos pesquisadores ingleses para o PorGrow, que são os coordenadores do projeto. Eles indicaram que homens pertencentes a comunidades do sul da Ásia e China, residentes na Inglaterra, se mostraram menos susceptíveis à obesidade, enquanto os homens irlandeses seriam mais vulneráveis. Entre as mulheres, negras caribenhas e paquistanesas apresentam maior tendência a serem obesas, ao contrário das mulheres de Bangladesh e China.

A condição socioeconômica foi destacada como determinante para a prevalência de situações de sobrepeso e obesidade no Reino Unido, à semelhança dos resultados encontrados para os outros países. Classificando a obesidade e o sobrepeso por cinco faixas de renda, o que se observa é uma maior prevalência no nível de renda mais baixo entre as mulheres e entre os homens, na terceira, além de apresentar taxas menos variadas, entre 20% e 25% nas cinco faixas de renda, enquanto que as mulheres apresentam uma variação de pouco mais de 15% na faixa de renda mais alta para um pouco mais de 27% na faixa de menor renda (Lobstein *et al.*, 2006).

De maneira geral, entre homens e mulheres pode ser observada uma diferença em relação aos índices tanto de sobrepeso quanto de obesidade. Enquanto os homens apresentam níveis mais elevados de sobrepeso, são as mulheres que elevam as taxas de obesidade na União Européia, principalmente as que pertencem ao grupo de níveis de renda mais baixo (13,8%), seguido das de renda média-alta (12,6%). As de renda média representam 8% enquanto as de renda mais alta representam 5,6%.

A obesidade entre a população européia masculina também acompanha o nível econômico, mas com taxas inferiores em relação à população feminina: 11,1%, 8,9%, 8% e 7,8% (Lobstein *et al.*, 2006).

1.4. Dados para América Latina e Estados Unidos

A prevalência da obesidade em países de baixa renda e em transição é tão alta quanto ou até mais alta que a prevalência observada em nações desenvolvidas e parece estar aumentando rapidamente. Na maioria dos países a prevalência da obesidade é maior nas mulheres do que nos homens e mais alta nas áreas urbanas do que nas rurais. A prevalência do excesso de peso é muito alta na maioria dos países latino-americanos. Da população de Venado Tuerto (Argentina), 60% têm o índice de massa corporal maior ou igual a 25 kg/m², assim como 30% da população do Brasil, 60% no México, 68% no Paraguai e 53% no Peru (Filizof *et al.*, 2001). Dados do Brasil mostram notáveis aumentos da taxa de obesidade têm ocorrido exceto em mulheres de grupos de alta renda. Mulheres desses quartis de alta renda de regiões urbanas vivenciaram uma notável redução na prevalência da obesidade no período de 1989 a 1997 (12,8% para 9,2%) (Brasil/IBGE, 2004). A prevalência da obesidade é ainda maior em grupos de minorias indígenas (Arruda *et al.*, 2003, Gugelmin e Santos, 2006). As rápidas mudanças na estrutura dietética (em

particular associada à urbanização) e as grandes mudanças nos níveis de atividade física, ambas ocupacionais e durante o tempo de lazer, podem explicar essas mudanças (Popkin, 2007; Garcia, 2003; Doak *et al.*, 2000; Monteiro *et al.*, 2004).

Apesar de existirem grandes lapsos nos dados disponíveis, a obesidade na América Latina é um sério problema. A maior parte dos dados disponíveis para os países latino-americanos concorda com o que foi descrito para a maioria dos países do mundo todo: a mais alta prevalência da obesidade na área urbana do que na rural, e a maior prevalência entre mulheres do que em homens, embora os dados das pesquisas feitas no Brasil – Vigitel 2006, 2007 e 2008 – apontem índices superiores de sobrepeso e obesidade entre os homens. Quanto ao sobrepeso, a prevalência em homens e mulheres é tão ou mais alta que a dos Estados Unidos. Os dados do Brasil estratificados em grupos socioeconômicos mostram que a prevalência da obesidade é maior em homens e mulheres urbanos em qualquer quartil de renda, exceto nas mulheres urbanas do quartil de renda mais alta.

Dados sobre a prevalência de excesso de peso e obesidade nos Estados Unidos reforçam informações já levantadas para o Brasil, outros países da América Latina e países membros da comunidade européia, em especial os participantes do PorGrow. Segundo Wilde e Peterman (2006), em uma condição aparentemente contraditória, há uma forte relação entre peso e renda no país. Embora a fome seja tradicionalmente relacionada a níveis mais baixos de renda, atualmente sobrepeso e obesidade é que o são. Os pesquisadores sugerem um modelo conceitual que se baseia na insegurança alimentar que levaria a padrões alimentares desordenados de consumo de alimentos, ora nada, ora limitado, ou com a substituição de alimentos mais conhecidos (diets tradicionais), quando os recursos são escassos e um consumo exagerado de alimentos quando há recursos disponíveis, levando a um maior acúmulo de gordura. Há vários estudos que fazem essa correlação entre privação de alimentos e sobre-consumo, como os de Filizof *et al.* (2001) e Sawaya *et al.* (2003).

Outros fatores que poderiam também influenciar o peso e questões de segurança alimentar nos Estados Unidos são a renda familiar, raça e nível de escolaridade. Dados do National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES), coletados nos períodos 1999-2000 e 2001-2002 fornecem algumas informações sobre a condição nutricional das famílias americanas. Alguns cruzamentos permitem afirmar que a média de prevalência de sobrepeso foi mais baixa entre as

mulheres que vivem em lares onde há uma condição alimentar mais completa (*fully food-secure*) e significativamente mais alta nas demais categorias, que indicam escassez de alimentos, chegando à que indica insegurança alimentar, porém, sem chegar à fome. Foi esta última categoria, por mais estranho que possa parecer, que apresentou a maior taxa de mulheres obesas (46,3%).

Para os homens, a prevalência de sobrepeso e obesidade foi moderadamente mais baixa nos lares com insegurança alimentar com fome, em comparação com os que vivem em ambientes de completa segurança alimentar.

O aumento no consumo de alimentos de alta densidade energética e de gordura pode explicar, em certa medida, o aumento do sobrepeso em algumas situações. Outro fator que leva a esta tendência mundial para o aumento da obesidade em adultos e crianças pode ser a diminuição do gasto energético dos indivíduos, o qual está relacionado a menor demanda física nas atividades e redução do gasto energético nas atividades de lazer.

1.5. Obesidade mudança tecnológica

Philipson e Posner (1999) destacam o fator econômico como componente importante na determinação da obesidade. Quanto maior a renda das populações, maior é a ingestão de alimentos e menor o gasto de energia com atividade física. Os autores afirmam que esse processo se dá em parte devido à mudança técnica¹², ou tecnológica que, segundo eles, leva ao aumento da obesidade no longo prazo, apesar da tendência ao aumento de dietas e práticas de exercícios nos países desenvolvidos – hábito mais comum entre pessoas de nível de renda mais alto.

Para eles, a mudança tecnológica provocou a queda nos preços dos alimentos ao mesmo tempo em que o esforço físico demandado para o trabalho foi reduzido. A equação só poderia resultar em aumento de peso. Nas sociedades agrícolas o trabalho era extenuante e, por conseguinte, o trabalhador era pago para fazer exercícios. Nessas sociedades em que o bem estar público não era generoso, sem empenhar esforço físico no trabalho, o indivíduo poderia estar fadado à fome.

¹² Entende-se por mudança técnica a introdução de um conjunto de inovações, desenvolvidas a partir do conhecimento científico, transformado em artefatos tecnológicos que garantiram determinadas facilidades para os homens, como os motores, a luz elétrica, e a partir desses, muitos outros.

Já nas sociedades pós-industriais, que, de certa forma, redistribuem a riqueza, a maioria dos trabalhos implicam em pouco exercício, e não trabalhar nem sempre significa que o indivíduo ou as famílias estejam arriscados a sofrer de inanição, graças aos programas de alimentação e outros benefícios de bem-estar social oferecidos pelos governos¹³.

Para Philipson e Posner (1999) a atividade física é uma escolha pessoal que afeta a ocupação profissional, as atividades praticadas em casa, no transporte e no lazer. Por exemplo, em relação ao trabalho eles argumentam que é sabido que – pelo menos para a maioria das pessoas – para perder peso é preciso comer menos e praticar mais exercícios, e que seria possível optar por empregos nos quais a qualidade de vida fosse privilegiada, mas poucos são os que aceitam trocar seu trabalho sedentário que remunera melhor, por um trabalho no qual se exercite mais, mas em troca se receba uma remuneração menor.

Em determinados casos, procura-se compensar essa falta de atividade física no trabalho, com prática de exercícios nos momentos de lazer. A tendência à prática da corrida e a frequência às academias de ginástica é crescente, principalmente entre as classes de renda superior. No Brasil, o estudo de Castro (2001) analisou a frequência de academias de ginástica, concluindo que os objetivos dos frequentadores não é apenas compensar a falta de exercício diário, pensando na saúde, mas principalmente embelezar o corpo, esculpindo-o com os exercícios físicos. Apenas para o grupo de terceira idade, o objetivo principal é a saúde. Malysse (2002) analisou a prática de exercícios físicos nas praias e academias do Rio de Janeiro.

Concordando com Castro (2003), os praticantes de exercícios se mostraram muito mais interessados em resistir à decadência física do que pelo esporte em si. Outro ponto importante destacado por Malysse (2002, p. 103) é a questão da possível diferenciação de classe pela transformação do corpo. Segundo o autor, “as cariocas estão cada vez mais condenadas a exibir o

¹³ No Brasil, há programas como o Bolsa Família, um programa de transferência direta de renda, que beneficia famílias em situação de pobreza (com renda mensal por pessoa de R\$ 60,01 a R\$ 120,00) e extrema pobreza (com renda mensal por pessoa de até R\$ 60,00), de acordo com a [Lei 10.836, de 09 de janeiro de 2004](#) e o [Decreto nº 5.749, de 11 de abril de 2006](#). O Bolsa Família integra o Programa Fome Zero, que visa assegurar o direito humano à alimentação adequada, promovendo a segurança alimentar e nutricional e contribuindo para a erradicação da extrema pobreza e para a conquista da cidadania pela parcela da população mais vulnerável à fome (Fonte: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome).

corpo de sua classe, e aquelas que não podem comprar o estilo de corpo fornecido pelas academias se sentem estigmatizadas”¹⁴.

O trabalho doméstico tem sido poupado com o uso de máquinas de lavar roupa, secadoras, de forno de microondas, as pessoas consomem comidas prontas ou semi-prontas, e tudo isso reduz o gasto calórico no lar. Outra mudança diz respeito aos aparelhos que são operados por controle remoto, que também poupam o esforço físico (Popkin, 2007).

Popkin (1997) lembra que isso foi possível graças à introdução da energia nas casas, e que a cada dia está presente em mais e mais localidades. O autor cita o estudo de Herrin, de 1979, que mostra a transformação do uso do tempo das famílias, com o uso da eletricidade.

No tempo dedicado ao lazer também se nota uma profunda modificação em termos de atividade física, promovida pela mudança técnica. Popkin diz que no passado as atividades das crianças incluíam basicamente brincadeiras ativas, mas o lazer hoje pode significar uma ocupação bastante sedentária como assistir TV ou brincar com jogos eletrônicos, em plataformas próprias ou no computador.

Philipson e Posner (1999) destacam uma diferença regional em relação ao sedentarismo no lazer, afirmando que americanos assistem mais TV que os europeus em parte porque a TV americana oferece uma programação mais variada. Segundo eles, os EUA são o país líder em inovação em entretenimento passivo, sedentário. Cerca de metade do tempo de lazer no país é gasto em frente à TV. O fato de o gasto monetário da atividade ser praticamente nula (exceto a TV paga e o que já foi investido no aparelho e com energia elétrica) facilita que se escolha esse tipo de lazer em detrimento à prática de exercícios ou ter que se deslocar para algum programa cultural ou de entretenimento.

Os autores ressaltam também a diferença em relação ao tipo de urbanização. A Europa, segundo eles, é menos suburbanizada que os EUA, e o custo do combustível é muito alto, isso torna a população europeia menos sedentária, optando por meios de transporte coletivos, fazendo uso de bicicletas e disposta a caminhar por distâncias mais longas.

¹⁴ Tanto Castro quanto Malysse responsabilizam a mídia como incentivadora desse padrão de beleza/magreza que essas pessoas buscam nas academias

1.6. Conseqüências do sobrepeso e da obesidade sobre a saúde e custos

Em alguns pontos deste texto já foi abordada a influência do excesso de peso nas condições de saúde, sendo as doenças cardiovasculares, diabetes mellito, hipertensão e vários tipos de câncer algumas delas. O estudo conduzido por Balkau *et al.* (2007), realizado em 63 países com o objetivo de analisar a relação entre circunferência abdominal e doenças cardiovasculares e diabetes mellito, mais uma vez demonstra essa influência.

Os tradicionais riscos para a morbidade e mortalidade causadas por doenças cardiovasculares – cigarro, colesterol alto e hipertensão – estão sendo substituídos pela corrente epidemia da obesidade (Balkau *et al.*, 2007). A obesidade, em particular a gordura abdominal, tem sido crescentemente associada ao risco de doenças cardiovasculares, assim como ao aumento do número de casos de diabetes mellito em diversas regiões. Nos Estados Unidos, a doença já é identificada em 33% dos homens e 38% das mulheres. Lembrando que o diabetes mellito aumenta o risco para doenças cardiovasculares, pode-se dizer que a obesidade começa a se tornar o maior problema clínico e de saúde pública a ser tratado.

Allender e Rayner (2007) observam que, por ano, no Reino Unido, as doenças cardiovasculares são responsáveis por mais de 200 mil óbitos (37% do total) e cânceres por 156 mil (27% do total). O Relatório Mundial de Saúde, da OMS, aponta que sobrepeso e obesidade seriam responsáveis por algo entre 8% e 15% do número de dias perdidos de trabalho na Europa e Estados Unidos. Há várias estimativas sobre custos diretos e indiretos do sobrepeso e obesidade em diferentes países.

O custo de uma doença pode ser mensurado pelo cálculo de dias de vida perdidos, por morte prematura e os anos de vida com alguma incapacidade, e o impacto financeiro disso sobre o sistema de saúde (custos diretos) e para a sociedade (custos indiretos). As doenças identificadas no Relatório da OMS como tendo alguma relação com sobrepeso e obesidade são: diabetes tipo 2, doença coronariana, derrame cerebral, hipertensão, câncer de mama, de cólon e reto, câncer de útero e osteoartrite.

Dados de estudos avaliados por Allender e Rayner (2007) revelaram que em 1992/1993, 12% do total dos custos do National Health Service (NHS), ou 8,6 bilhões de libras, foram

despendidos com doenças com algum componente de sobrepeso ou obesidade. Derrames (4,1%) e doenças coronarianas (3,3%) foram as duas doenças que tiveram maior contribuição nos custos econômicos. A análise dos pesquisadores sugere que mais de 66 mil óbitos ocorridos no período entre 2003 e 2004 poderiam ter sido evitados se a população mantivesse o índice de massa corporal em torno de 21 kg/m². Estima-se que o sobrepeso e a obesidade tenham sido responsáveis por 7,3% da morbidade e mortalidade no Reino Unido, contribuindo com custos diretos de mais de 3 bilhões de libras.

Como custos indiretos tais como dias parados no trabalho por motivos de doença, morte prematura, custos com cuidados de saúde no sistema privado ou em casa podem ser incluídos.

O Centro de Controle de Doenças (CDC) dos Estados Unidos divulgou um estudo que calcula que os custos de despesas médicas atribuíveis à obesidade e sobrepeso representaram 9,1% do total de gastos médicos em 1998, e podem ter alcançado algo em torno de 78,5 bilhões de dólares. Aproximadamente metade desses custos foi paga pelos sistemas Medicaid e Medicare. Os dados primários usados para chegar às estimativas mostradas na Tabela 1.8 incluem os resultados do Medical Expenditure Panel Survey (MEPS), de 1998 e o National Health Interview Surveys (NHIS), de 1996 e 1997 e, ainda, dados dos gastos do National Health Accounts (NHA).

Tabela 1.8. Gastos médicos agregados, em bilhões de dólares, atribuíveis ao sobrepeso e obesidade, por categorias de seguros e dados sobre recursos, 1996-1998

<i>Categorias de seguros</i>	<i>Sobrepeso e obesidade</i>		Obesidade	
	MEPS (1998)	NHA (1998)	MEPS (1998)	NHA (1998)
Sem seguro	7,1	12,8	3,8	6,9
Particular	19,8	28,1	9,5	16,1
Medicaid	3,7	14,1	2,7	10,7
Medicare	20,9	23,5	10,8	13,8
Total	51,5	78,5	26,8	47,5

Fonte: Finkelstein, Fiebelkorn e Wang, 2003

Informações sobre os custos do sobrepeso e obesidade são importantes para estabelecer ações preventivas. O cálculo desses custos diretos relacionados a diferentes riscos para diferentes doenças pode fornecer informações sobre potencial economia com serviços de saúde.

No Brasil, um levantamento sobre os custos da obesidade e sobrepeso divulgado em 2003

(Buchalla, 2003) estimou em um bilhão e 100 milhões de reais os gastos anuais com internações hospitalares, consultas médicas e remédios para o tratamento do excesso de peso e doenças relacionadas. O estudo revela que só o Sistema Único de Saúde (SUS) destinava, na época, 600 milhões de reais para as internações relativas à obesidade, valor equivalente a 12% dos gastos governamentais com todas as outras doenças.

Considerando-se os custos indiretos relativos a ausências no trabalho, licenças médicas e morte precoce, que consomem cerca de 400 milhões de reais, essa conta chega a 1,5 bilhão de reais. Trata-se de uma soma muito grande de recursos, em um país que tem outras necessidades na área de saúde e que poderia ser economizada com medidas simples, porém de difícil adesão, como a adoção de hábitos de vida saudáveis (Buchalla, 2003).

Uma vez que o excesso de peso está ligado a várias outras doenças, esses custos tendem a se elevar acompanhando o crescimento dos índices de obesidade e sobrepeso do país. Buchalla (2003, s/p) destaca um dos problemas de saúde associado à obesidade.

Uma mulher obesa tem duas vezes e meia mais riscos de ser diagnosticada com pedra na vesícula do que uma mulher dentro dos padrões normais de peso. Todos os anos, 73.000 brasileiras são internadas por causa de cálculos vesiculares. A maioria dos casos requer cirurgia e uma média de cinco dias de internação.

Esses doentes são também mais vulneráveis a outros distúrbios, levando a uma recuperação mais demorada em casos de cirurgias. Isso tudo onera os cofres públicos, os planos de saúde, as empresas onde os pacientes trabalham e os próprios orçamentos. As doenças associadas à obesidade elevam os gastos médicos mensais de uma pessoa em até 36%, segundo reportagem publicada na revista *Veja* (Buchalla, 2003).

O Brasil já ocupa o sexto lugar no ranking dos países com maior número de obesos, atrás de Estados Unidos, Alemanha, Inglaterra, Itália e França. Nos Estados Unidos, o gasto com um americano que desenvolve doenças crônicas associadas à gordura é de 395 dólares por ano ao sistema de saúde. No Brasil, esse custo era, em 2003, de 100 reais.

1.7. Considerações preliminares

Deste volume de informações sobre a obesidade no Brasil e no mundo, alguns dados chamam mais atenção do que outros. O agravamento de doenças crônicas degenerativas é um deles; a mudança, no Brasil, de um padrão de desnutrição para níveis de obesidade acentuados; a transição nutricional que afeta o mundo inteiro, com a introdução do hábito de fazer as refeições fora do lar, principalmente em *fast-foods*; o impacto da mudança tecnológica sobre o aumento do peso das populações; os custos da obesidade para os sistemas públicos e privados de saúde e – um deles que merece um destaque ainda maior – o agravamento da obesidade na população de mais baixa renda, fenômeno observado no Brasil, nos países participantes do PorGrow e também nos EUA.

No Reino Unido, por exemplo, observou-se uma prevalência de sobrepeso e obesidade no nível de renda mais baixo entre as mulheres e entre os homens, além de apresentar taxas menos variadas, entre 20% e 25% nas cinco faixas de renda, enquanto que as mulheres apresentam uma variação de pouco mais de 15% na faixa de renda mais alta para um pouco mais de 27% na faixa de menor renda, segundo o Health Survey for England, 2003. Os dados para a União Européia, fornecidos pelo PorGrow, mostram também que as maiores frequências de obesidade se encontram em faixas de renda mais baixa, sempre com o agravante de que são as mulheres das faixas de renda inferior que elevam as frequências de obesidade. Segundo Millstone *et al.* (2006) e Lobstein *et al.* (2006), as mulheres que pertencem ao grupo de níveis de renda mais baixo são as que apresentam os níveis mais altos de obesidade, 13,8%, seguido de renda média-alta, 12,6%, de renda média, 8%, enquanto as de renda mais alta apresentam a frequência de 5,6%. Apesar de uma diferença menor, entre a população masculina ocorre a mesma queda de níveis de obesidade conforme aumenta a renda.

No Brasil, a Tabela 1.4, fornecida pela Pesquisa de Orçamentos Familiares, do IBGE, mostra um crescimento das taxas de obesidade entre homens, de acordo com a renda monetária familiar e o inverso em relação às mulheres.

Este fenômeno, segundo alguns autores (Philipson e Posner, 1999; Monteiro *et al.*, 2004; Popkin, 2007), ocorre também em termos de países, sendo a obesidade crescente em mais alta velocidade nos países menos desenvolvidos. A explicação de Conde e Monteiro (2007) para que isso ocorra está na condição natural de tentar se proteger contra as enfermidades que caracteriza

os estratos sociais menos favorecidos com escassa disponibilidade de alimentos e perfil de intensa atividade física.

Popkin (2007) atribui o aumento da obesidade entre os mais pobres à transição alimentar primordialmente que alterou, segundo ele, a dieta e a saúde de milhões de pessoas nos países em desenvolvimento. Ele conta que ao retornar a vilarejos que visitou 15 anos atrás na Índia, China, México e Filipinas, encontrou crianças tomando refrigerantes e ocupando horas em frente à TV, adultos andando de bicicletas motorizadas e não a pé, e comprando comidas em supermercados. Além dos hábitos mais sedentários, essas pessoas aumentam o consumo de adoçantes mais calóricos, óleos vegetais e alimentos de origem animal.

Sobre os países desenvolvidos o autor confirma o que dizem os dados do PorGrow, de que a obesidade se tornou um problema dos pobres, o que ocorre, segundo ele, também nos EUA, com maior prevalência para mulheres em situação socioeconômica menos privilegiada.

Popkin (2007) diz que conforme a renda média nesses países cresce, os trabalhadores agrícolas e os pobres das cidades vão adotando hábitos modernos associados à obesidade, como assistir TV e comprar nos supermercados. Porém, essas pessoas continuam sem acesso à educação, a alimentos mais saudáveis ou a atividades recreativas que os ajudem a controlar o peso. Ele destaca ainda o fato de as pessoas obesas dos países do terceiro mundo terem maior susceptibilidade a diabetes e pressão alta do que as dos países de origem européia. Esta propensão estaria ligada aos “genes econômicos” que, segundo ele (baseado em teorias de outros cientistas), evoluíram para auxiliar essas pessoas a sobreviver em períodos de fome, permitindo-lhes armazenar gorduras mais eficientemente (Popkin, 2007).

O capítulo seguinte traz alguns exemplos de medidas que países, no nível governamental, estão empreendendo com o objetivo de conter o avanço da obesidade. Maior foco será dado para as políticas em implementação no Brasil e nas sugestões do PorGrow para países europeus.

2. POLÍTICAS PÚBLICAS PARA CONTROLE DE OBESIDADE

Não há uma definição única para política pública. Para alguns, trata-se de um “campo dentro do estudo da política que analisa o governo à luz de grandes questões públicas”. Outros a definem como “um conjunto de ações do governo que irão produzir efeitos específicos”, ou “a soma das atividades dos governos, que agem diretamente ou através de delegação, e que influenciam a vida dos cidadãos”; e ainda como “o que o governo escolhe fazer ou não fazer”. (Souza, 2006).

Para Reis (2003), “política pública” é uma especialização que responde mais diretamente ao imperativo da relevância na prática das ciências sociais. Seja analisando a formulação, a implementação ou os resultados de *policies*, os especialistas podem ver de maneira bastante clara e imediata como suas análises interpelam situações concretas, examinam tecnicamente problemas empíricos específicos e podem servir para legitimar ou deslegitimar as escolhas políticas efetivas. Podem determinar, também, cursos de ação alternativos.

Mesmo com abordagens diferentes, as definições de políticas públicas em geral assumem uma visão global do tema e guiam a atenção para o local onde os embates em torno de preferências e idéias se desenvolvem, que são os governos (Souza, 2006, p. 25).

A política pública em geral, e a política social em particular, são campos multidisciplinares e seu foco está nas explicações sobre a natureza da política e seus processos. Por isso, uma teoria geral da política pública implica a busca de sintetizar teorias construídas no campo da sociologia, da ciência política, economia e sociedade.

A política pública é um campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, “colocar o governo em ação” e/ou analisar essa ação. Depois de formuladas, as políticas públicas se desdobram em planos, programas, projetos, bases de dados ou sistemas de informação e pesquisas. Quando implementadas ficam submetidas a sistemas de acompanhamento e avaliação (Souza, 2006).

Outros segmentos, além dos governos, se envolvem na formulação de políticas públicas, tais como os grupos de interesse e os movimentos sociais, cada qual com maior ou menor influência, dependendo do tipo de política formulada e das coalizões que integram o governo. Há, porém, segundo Souza (2006), uma literatura que argumenta que o papel dos governos tem sido encolhido por fenômenos como a globalização, a diminuição da capacidade dos governos de intervir, formular políticas públicas e de governar, o que não se comprova empiricamente.

Existe, hoje, uma tentativa, em vários países em desenvolvimento, de implementar políticas públicas de caráter participativo, impulsionadas, por um lado, pelas propostas dos organismos multilaterais e, por outro, por mandamentos constitucionais e pelos compromissos assumidos por alguns partidos políticos. Várias experiências foram implementadas visando a inserção de grupos sociais e/ou interesses na formulação e acompanhamento de políticas públicas, principalmente nas políticas sociais. No Brasil, são exemplos dessa tentativa os diversos conselhos comunitários voltados para as políticas sociais, assim como o Orçamento Participativo.

Das diversas definições e modelos sobre políticas públicas é possível extrair e sintetizar seus elementos principais:

- A política pública permite distinguir entre o que o governo pretende fazer e o que, de fato, faz.
- A política pública envolve vários atores e níveis de decisão, embora seja materializada por meio dos governos, e não necessariamente se restringe a participantes formais, já que os informais são também importantes.
- A política pública é abrangente e não se limita a leis e regras.
- A política pública é uma ação intencional, com objetivos a serem alcançados.
- A política pública, embora tenha impactos no curto prazo, é uma política de longo prazo.
- A política pública envolve processos subseqüentes após sua decisão e proposição, ou seja, implica também implementação, execução e avaliação (Souza, 2006).

A política pública continua sendo definida no contexto dos Estados nacionais. É, então, necessário reexaminar as relações do Estado com a sociedade civil, por um lado, e com o

mercado, por outro. No segundo caso, é importante analisar como o Estado age e/ou poderia agir para assegurar a provisão de bens públicos que não são mais produzidos e/ou distribuídos pelo setor público. Nesse sentido, a análise das agências de regulação é um dos objetos de estudo cruciais (Reis, 2003).

Embora o foco principal deste trabalho seja mostrar como a imprensa colaborou com a epidemia da obesidade, este segundo capítulo mostra quais são os princípios que norteiam as políticas públicas de saúde no Brasil, entre as quais irão se situar as políticas de nutrição e alimentação, que respondem, pelo menos em certa medida, ao quadro de alastramento da obesidade apresentado no capítulo anterior. Este capítulo, assim como o primeiro, segue a idéia corrente de uma epidemia de obesidade em curso, da qual médicos, autoridades de saúde e indivíduos devem dar conta. Alguns exemplos de soluções nesse sentido serão apresentados nas próximas páginas.

O capítulo mostra que a única política governamental exclusivamente de controle da obesidade é a realização da cirurgia bariátrica, pelo Serviço Único de Saúde, a partir de 2001.

2.1. Políticas públicas na área da saúde

As políticas públicas em saúde constituem um campo de ação social do Estado, voltado para a melhoria das condições de saúde da população e dos ambientes em que os indivíduos convivem. Sua tarefa é organizar as funções públicas governamentais para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade (Luchese, 2004, s/p). No Brasil, essas políticas se orientam pela Constituição Federal de 1988¹⁵, pautando-se pelos princípios de *universalidade* e *equidade* no acesso às ações e serviços, e pelas diretrizes de *descentralização* da gestão, de *integralidade* do atendimento e de *participação da comunidade*, na organização de um sistema único de saúde presente em todo o território nacional.

¹⁵ No que diz respeito à saúde em especial, é o artigo 196 que dá o tom a ser seguido: “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido por políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm.

Nos anos 1990, após a promulgação da Constituição, o setor da saúde tomou novos rumos em termos de aplicação de políticas. Houve uma interrupção do processo de proteção social, como determinava o artigo 196 da Constituição de 1988, que levaram a um retrocesso, segundo Noronha e Soares (2001). Por razões econômicas, sociais e institucionais, foram instituídas reformas estruturais, conduzidas por políticas de ajuste econômico, e que colocaram a área social, em especial a da saúde, em risco, por ser mais sensível às condições econômicas de restrição financeira. Tal situação levou, no início da década, a um quadro de aumento da pobreza da população, desemprego e precarização do trabalho e, conseqüentemente, a um agravamento das desigualdades sociais e econômicas no país (Noronha e Soares, 2001).

Essas políticas de ajuste impuseram, também, encargos adicionais para as unidades da federação, reduzindo sua capacidade de intervenção frente às crescentes demandas sociais e de saúde. Sendo o “local” o espaço privilegiado capaz de atender às necessidades da população, o resultado foi uma situação de iniquidades e aprofundamento ainda maior das desigualdades regionais (Noronha e Soares, 2001).

Nesse processo de precarização da assistência pública da saúde, as pessoas e as famílias passaram a ser responsáveis pelos cuidados com a saúde e bem-estar. Essa ausência do Estado facilitou ao setor privado iniciar as atividades que podiam ser controladas pelo mercado. Essa privatização da saúde no Brasil foi, de certa maneira, interpretada como “modernização gerencial” e foi dentro dessa lógica da privatização que proliferaram os seguros de saúde.

Silva (2003) e Paim (2006) também tratam das transformações na área da saúde na década de 1990, destacando a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), determinada pela Constituição de 1988, baseado em seus princípios de universalidade, equidade e integralidade. Silva (2003) afirma que o SUS seria uma resposta à ineficiência da gestão pública e baixa efetividade das ações no atendimento das necessidades da população, que ele atribui à ênfase dada às ações curativas no que se refere à atenção à saúde, ao invés de se priorizar a promoção da saúde e prevenção de doenças.

O sistema, porém, é caracterizado por diferenças de acesso por níveis de renda da população, evidenciando que as famílias de menor renda têm menos chances de utilizar a rede de

serviços. Esta, quando enfatiza as ações curativas é baseada na atenção hospitalar, que tem custos mais altos e se insere numa rede de serviços desarticulada e mal hierarquizada (Silva, 2003).

Entre os fatores limitadores de acesso aos serviços do SUS estariam os problemas de distância dos equipamentos de atenção à saúde, falta de recursos para custear despesas relativas ao transporte e, muitas vezes, exigência de pagamentos extras (embora formalmente vigore o princípio de gratuidade e universalidade dos serviços). Falta também acesso a informações, principalmente para as famílias de mais baixa renda, sobre a necessidade de utilizar os postos de saúde e hospitais disponíveis a partir de determinados sintomas de doenças (Silva, 2003).

Atualmente, segundo Paim (2006), o sistema de serviços de saúde é composto por três subsistemas: o SUS, público, integrado por serviços dos municípios, estado e União, além dos contratados (filantrópicos e lucrativos); o Sistema de Assistência Médica Suplementar (SAMS), de caráter privado e que dispõe de diversas modalidades assistenciais que, em grande parte, utilizam a mesma rede de serviços privados, filantrópicos e universitários vinculados ao SUS, e o Sistema de Desembolso Direto (SDD), que representa mais uma forma de pagamento do que uma organização. Este sistema se relaciona com hospitais e serviços privados de alta tecnologia e médicos com autonomia preservada (Paim, 2006, p. 25). A distribuição da população por esses diversos sistemas ficaria organizada deste modo, segundo o autor:

O SUS é destinado a toda a população e corresponde à única possibilidade de atenção à saúde para mais de 140 milhões de brasileiros com baixos rendimentos, empregos precários ou desempregados. O SAMS tem registrados 35 milhões de brasileiros vinculados a planos coletivos de grandes empresas e a planos individuais adquiridos no mercado pela classe média alta e alta que, em determinadas situações, também recorrem ao SUS. Já o SDD é utilizado por pessoas de alta renda para serviços eventualmente não cobertos pelos planos de saúde ou para a realização de consultas e exames com profissionais de prestígio não vinculados ao SUS e ao SAMS. Tanto o SAMS quanto o SDD são subsidiados pelo governo federal mediante renúncia fiscal via abatimentos de despesas médicas de pessoas físicas e jurídicas no imposto de renda.

Em resumo, a política de saúde na década de 1990 foi marcada pela construção do SUS, pela descentralização das ações, serviços e gestão, “melhorias” na gerência e na capacidade de regulação; redução das desigualdades dos tetos financeiros da assistência à saúde entre as regiões (embora a desigualdade permaneça devido à capacidade diferenciada dos municípios de suportarem o sistema); ampliação do acesso à assistência; e aumento da cobertura de imunizações

das crianças. Na virada da década para o século XXI foram produzidos fatos político-institucionais com conseqüências importantes para as políticas de saúde.

Entre essas políticas podem ser destacadas a expansão do Programa de Saúde para a Família, para uma cobertura de aproximadamente 50 milhões de brasileiros; a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa); a aprovação da Lei dos Medicamentos Genéricos (Lei nº 9.787/99); implantação do Sistema de Informação do Orçamento Público em Saúde (Siops); adoção do cartão SUS em alguns municípios; implementação do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (Pits); atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename); estabelecimento da Emenda Constitucional nº 29 (EC-29)¹⁶ e a realização da 11ª Conferência Nacional de Saúde em 2000 e da I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária” (Paim, 2006).

2.2. Políticas de controle de sobrepeso e obesidade no Brasil

Com relação à política de alimentação e nutrição, no Brasil, o eixo norteador dessa temática é a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), criada em 1999 e revista em 2003 (Brasil, 2003). Na PNAN, pelo menos duas diretrizes (4 e 5) dão o respaldo necessário em termos científicos e epidemiológicos para avanços na demanda de prevenção da obesidade e, por conseguinte, das doenças crônicas não-transmissíveis.

2.2.1. Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN)

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição foi aprovada em 1999 e publicada em 2003, pelo Ministério da Saúde, quando suas diretrizes passaram então a vigorar. A política foi estabelecida após a consulta aos principais *stakeholders*¹⁷, especialmente ministérios e associações de saúde e nutrição. Esta política é a guia mestra para o desenvolvimento de um conjunto de políticas e programas estabelecidos na Política Nacional de Saúde, pela qual o Ministério da Saúde é responsável.

¹⁶ Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.

¹⁷ Pessoa ou grupo de pessoas envolvido com uma organização, sociedade, e tem responsabilidades para com ele e um interesse em seu sucesso.

Entre seus principais objetivos estão a promoção de hábitos alimentares saudáveis e melhoria no estilo de vida, disseminação de informações sobre alimentos (principalmente sua composição) e proposta de recuperação de práticas alimentares tradicionais e regionais, especialmente aquelas de alto valor nutricional. Trata-se de uma política social no gênero de políticas públicas e demonstra maior preocupação com a escassez alimentar e a pobreza, como afirma logo na apresentação do documento o ministro Humberto Costa, da Saúde, no cargo de 2003 a 2005, que a endossou em 2003 (Brasil, 2003).

Fica claro nos dizeres do ministro que a PNAN está vinculada à proposta do Governo Federal de erradicar a fome no país. Quanto a isso, há críticas de alguns autores de que se dê tão grande atenção ao problema da fome, uma vez que os dados antropométricos da população apresentam atualmente um viés mais preocupante em relação ao sobrepeso do que em relação à desnutrição (Coutinho e Lucatelli, 2006) e que esta questão deveria ser central nas políticas de saúde brasileiras.

A PNAN propõe uma articulação entre o setor de saúde e outras áreas do governo, sociedade e setor industrial para alcançar o objetivo de suprir a população com alimentos saudáveis e de qualidade, considerando-se que “o acesso à alimentação é um direito humano em si mesmo, na medida em que a alimentação constitui-se no próprio direito à vida... negar este direito é, antes de mais nada, negar a primeira condição para a cidadania, que é a própria vida” (Relatório do Brasil para a Cúpula Mundial de Alimentação, Roma – 1994). Mas, entre suas atribuições, deve também cuidar da prevenção e controle de problemas nutricionais.

A Política baseia suas ações em sete diretrizes programáticas, sendo elas: o estímulo às ações intersetoriais com vistas ao acesso universal aos alimentos; a garantia da segurança alimentar e nutricional; a promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis; a prevenção e controle dos distúrbios e doenças nutricionais; a promoção do desenvolvimento de linhas de investigação relacionadas aos temas nutricionais e alimentares; monitoramento da situação alimentar e nutricional, desenvolvimento e capacitação de recursos humanos em saúde e nutrição.

Nas diretrizes, fica clara a expectativa de que cada ministério deve ser responsável pela implementação de um conjunto específico de políticas e seu acompanhamento. Como exemplo, o documento sugere que o Ministério da Agricultura deve ser encarregado de garantir o suprimento

de uma produção de baixo custo para o consumidor, e também pela rotulagem de alimentos, por meio das agências de controle sanitário (Brasil, 2003).

Já o Ministério de Ciência e Tecnologia e o de Comércio e Indústria devem avaliar a oferta de tecnologias capazes de incrementar a produtividade de alimentos, e aumentar o incentivo a pesquisas que respondam às necessidades apontadas nesta política. Ao Ministério da Saúde cabe prover o acompanhamento sistemático das condições nutricionais da população. Além disso, deve também garantir tratamento adequado para as pessoas que apresentam níveis de sobrepeso preocupantes (Brasil, 2003).

Apesar de várias dessas diretrizes apresentarem alguma relação com o controle da obesidade, as duas que apresentam foco mais direto a esta questão são as diretrizes 4 e 5, que dizem respeito à promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis e à prevenção e controle dos distúrbios nutricionais e das doenças associadas à alimentação e nutrição (Brasil, 2003).

A promoção de práticas alimentares saudáveis se inicia com o incentivo ao aleitamento materno, hábito extremamente importante no cenário da alimentação, uma vez que, se as práticas de aleitamento materno seguissem as recomendações de ser alimentação exclusiva até os seis meses de vida e complementar até os dois anos, além dos ganhos para a saúde, nutrição e bem-estar das crianças, a despesa das famílias seria bastante reduzida (Brasil, 2003).

No sentido de promover estilos de vida saudáveis, a PNAN se propõe a dar ênfase à socialização do conhecimento sobre alimentos e o processo de alimentação, bem como acerca da prevenção dos problemas nutricionais, desde a desnutrição – inclusive as carências específicas – até a obesidade. “O direito à alimentação deverá ser sempre citado em todo material educativo, pois é condição indispensável à vida e à construção da cidadania” (Brasil, 2003).

As ações que pretendam estimular a adoção de práticas alimentares saudáveis deverão integrar todas as diretrizes definidas na PNAN, com atenção especial ao caráter educativo das questões relativas à alimentação e nutrição, com ajuda de campanhas de comunicação social sistemáticas. “Para isso deverá ser buscado o engajamento das entidades técnico-científicas, dos estabelecimentos de ensino, dos veículos de comunicação, de entidades da sociedade civil e do setor produtivo” (Brasil, 2003).

Em relação à educação alimentar e nutricional, por se tratar de um tema que contém elementos complexos e até conflituosos, a política propõe que sejam buscados consensos sobre conteúdos, métodos e técnicas do processo educativo, considerando os diferentes espaços geográficos, econômicos e culturais. Por exemplo, na consolidação do conteúdo técnico das medidas, o material informativo deverá apoiar a capacitação de profissionais da rede básica de saúde em orientação alimentar e este deve atender a algumas especificidades de cada público. Esta diretriz diz respeito também ao resgate de hábitos e práticas alimentares regionais, que muitas vezes têm maior valor nutritivo, baixo custo e fazem parte do acervo cultural das regiões (Brasil, 2003).

Uma medida relevante entre as propostas elaboradas pela PNAN diz respeito ao acompanhamento do processo de industrialização e comercialização de produtos farmacêuticos e/ou dietéticos, apresentados como soluções terapêuticas ou profiláticas de problemas nutricionais. Ao lado desse acompanhamento, deverão ser implementadas iniciativas que possibilitem o acompanhamento e o monitoramento de práticas de marketing sob os critérios e interesses de uma vida efetivamente saudável. Da mesma forma, deverão ser adotadas medidas voltadas ao disciplinamento da publicidade de produtos alimentícios infantis, sobretudo em parceria com entidades representativas da área de propaganda, com as empresas de comunicação, com entidades da sociedade civil e do setor produtivo (Brasil, 2003).

As medidas de prevenção e controle dos distúrbios nutricionais e das doenças associadas à alimentação e nutrição deverão responder tanto ao quadro de morbimortalidade, dominado pelo binômio desnutrição/infecção, que afeta, principalmente, crianças pobres nas regiões de atraso econômico e social, quanto ao grupo predominante do sobrepeso e obesidade, diabetes melitto, doenças cardiovasculares e algumas neoplasias, em especial adultos e pessoas de idade mais avançada, apesar de atingir também crianças e adolescentes (Brasil, 2003).

Para o grupo das enfermidades crônicas não-transmissíveis, as medidas deverão estar voltadas à promoção da saúde e ao controle dos desvios alimentares e nutricionais. Essas condutas parecem ser mais eficazes para prevenir a instalação e evolução dessas doenças. Porém, a diretriz não sugere que medidas seriam estas, se seriam campanhas de prática de exercícios, ou estímulo ao consumo de alimentos mais saudáveis por meio de publicidade ou em pontos de venda, ou acompanhamento nos postos de saúde ou hospitais, por exemplo (Brasil, 2003).

Além dessas duas diretrizes já citadas, uma terceira tem relação estreita com a questão abordada neste trabalho. É a que diz respeito à promoção de linhas de investigação. A implementação de todas as diretrizes da PNAN deve contar com o suporte dessas linhas que devem oferecer o cenário de situações e dos fatores que interessam para a definição e a execução de ações em nutrição (Brasil, 2003).

Entre as linhas de interesse, segundo a PNAN, caberá destaque o problema da desnutrição energético-protéica que requer atualização em termos geográficos e sociais e, do outro lado, os estudos ainda preliminares sobre a relação entre enfermidades crônicas não-transmissíveis e perfil da dieta deverão ser ampliados, e suas conclusões disseminadas. A relação entre consumo alimentar e valor da dieta também deverá ser objeto de estudos, que permitam ampliar a análise da situação, uma vez que os dados disponíveis referem-se apenas a algumas áreas metropolitanas. Deverão ser promovidos, igualmente, estudos relativos ao custo-benefício e ao custo-eficácia de programas e ações decorrentes da PNAN, bem como estudos epidemiológicos destinados a mapear as carências nutricionais prevalentes no País (Brasil, 2003).

Outra contribuição das investigações científicas concerne aos estudos que deverão possibilitar a elaboração de tabelas sobre composição e valor nutritivo dos alimentos nacionais, e das principais preparações culinárias (Brasil, 2003).

A última diretriz do programa ressalta a importância da capacitação de recursos humanos para a operacionalização de um elenco básico de atividades, na perspectiva de promoção dos direitos humanos. Essa capacitação deverá constituir as bases para o desenvolvimento do processo contínuo de articulação com os demais setores, cujas ações estão diretamente relacionadas com a alimentação e a nutrição no âmbito do setor Saúde.

Ações ligadas à PNAN

Algumas ações em nível de Governo Federal já vinham sendo desenvolvidas antes mesmo da homologação da PNAN em 2003. Dentre elas, vale destacar:

- Formação de recursos humanos: em 2002 foram realizados cursos macro-regionais para capacitação de profissionais de saúde da atenção básica, em alimentação e nutrição;

- Educação e socialização da informação e do conhecimento sobre alimentação e nutrição: algumas publicações foram produzidas para subsidiar as ações dos trabalhadores, tais como o guia alimentar para crianças menores de 2 anos, os dez passos para alimentação saudável para crianças menores de 2 anos, alimentos regionais brasileiros, que pretende contribuir para o resgate de hábitos e práticas alimentares saudáveis, a partir de alimentos regionais de alto valor nutritivo e baixo custo, entre outros;
- Obrigatoriedade da rotulagem nutricional, garantindo o direito à informação sobre os alimentos ao cidadão-consumidor (Brasil, 2003).

Segundo Pinheiro (2003), o Ministério da Saúde tem clareza que assumir a promoção da alimentação saudável exige uma integração intersetorial e transectorial que articule diretrizes para a consecução desse objetivo. Nesse sentido, duas ações foram definidas como prioritárias no Brasil para dar início à consolidação de uma estratégia nacional de promoção da alimentação saudável. São elas: a promoção de modos de vida saudáveis nas escolas e o incentivo ao consumo de frutas, verduras e legumes. Também a regulamentação da publicidade e da comercialização de alimentos já havia sido identificada como importante aspecto a ser considerado para intervenção por parte do Estado brasileiro, na perspectiva de proteção à saúde da população.

2.2.2. Estratégia Global da OMS

Em 2004, o Brasil ratificou a Estratégia Global para Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde, da Organização Mundial da Saúde (OMS). Uma avaliação da Estratégia foi feita por 13 especialistas nas áreas de epidemiologia, nutrição e medicina designados pela Portaria nº 596 do Ministério da Saúde, que solicitava um conjunto de evidências científicas relacionadas aos objetivos, metas e recomendações contidas na Estratégia.

De forma geral, a avaliação considerou tratar-se de “um instrumento de promoção geral da saúde para populações e indivíduos, não sendo uma prescrição de tratamento para grupos especiais” (Brasil, 2004b).

A análise das evidências sobre cada recomendação determinou sua classificação em convincente, provável, possível e insuficiente, segundo orientação do grupo de peritos da OMS. Nenhum item avaliado foi considerado insuficiente.

Sobre as recomendações para se alcançar balanço energético e peso saudável, um alvo importante, uma vez que “estima-se que para cada 5% de aumento de peso acima daquele apresentado aos 20 anos de idade, ocorre um aumento de 200% no risco de desenvolver a síndrome metabólica na meia idade” (Brasil, 2004b), os especialistas avaliaram três itens como convincentes, três prováveis e dois possíveis.

Seriam convincentes as recomendações de redução de alimentos de alta densidade calórica, aumento regular da atividade física e aumento da ingestão de fibras. Os alimentos de alta densidade promovem o ganho de peso porque são ricos em gorduras, carboidratos simples ou amido e são em geral, altamente processados e pobres em nutrientes. Além disso, há teorias que indicam que são promotores de um “superconsumo passivo” de energia total. Por essa razão devem ter seu consumo reduzido.

Quanto à atividade física, os especialistas designados pelo MS encontraram evidências de que seja protetora contra o ganho de peso excessivo, ao contrário dos hábitos sedentários. Essas evidências foram sustentadas por estudos que demonstram que pessoas que exercem atividade física regular em quantidades moderadas a grandes, apresentam menor ganho de peso e menor ocorrência de sobrepeso e obesidade. A recomendação geral para adultos é a de realizar atividades de moderada a grande intensidade por 30 minutos todos os dias. Mas essa recomendação parece ser insuficiente para muitos indivíduos prevenirem ganho de peso. A prevenção de re-ganho de peso em obesos prévios com atividades de intensidade moderada pode requerer 60 a 90 minutos diários. Mesmo na ausência de evidências conclusivas, estabeleceu-se que a transição de sobrepeso à obesidade pode ser prevenida com atividades de moderada intensidade por 45 a 60 minutos.

Sobre o aumento da ingestão de fibras, isso é recomendado porque elas atuam na regulação do peso corporal por serem alimentos de baixo valor energético, menos palatáveis e constituem barreira para a digestão de outros carboidratos; são fermentadas por bactérias no cólon, resultando na liberação de ácidos graxos de cadeia curta na circulação, afetando o

equilíbrio da glicose hepática. Ensaios clínicos randomizados demonstram que dietas sem restrição calórica, mas ricas em fibras, promovem perda de peso.

Em relação às evidências prováveis, a primeira delas é do aumento da ingestão de frutas e vegetais que reduziriam a densidade energética e aumentariam a quantidade de alimento que pode ser consumida para um determinado nível de calorias. A redução da densidade energética aumenta a saciedade, efeito que se manifesta sobre a finalização da refeição. Esses efeitos podem ajudar no balanço energético e no controle do peso, mas os papéis desempenhados pela densidade energética e pelas quantidades de água, fibra, carboidrato e gordura de refeições constituídas de frutas e vegetais precisam ser melhor avaliados por estudos sistematizados com uma variedade de frutas e vegetais em diferentes quantidades e formas de preparo.

A escolha de frutas e vegetais, pela sua resposta glicêmica¹⁸, pode afetar a saciedade e a ingestão alimentar. De acordo com essa hipótese, alimentos com baixo índice glicêmico aumentariam a saciedade, porém, esse efeito ainda não está comprovado de forma convincente.

Outra recomendação classificada como provável é a de que a redução do consumo de bebidas açucaradas auxilia na prevenção do ganho de peso. Isto porque o carboidrato, quando ingerido em líquidos, promove um balanço energético positivo maior.

Quanto aos ambientes domiciliares e escolares que promovam atividade física e alimentação saudável, trata-se também de uma recomendação provável e não convincente, uma vez que estudos preliminares experimentais e observacionais sugerem que adolescentes obesos tendem a ingerir maiores quantidades de alimentos processados e a não compensar esse excesso energético do que seus pares não obesos. Comportamentos que promovem balanço energético positivo caminham juntos, por exemplo, escolares que assistem mais TV também ingerem maior quantidade de refrigerantes e são mais obesos.

¹⁸ A resposta glicêmica pode ser avaliada por dois índices, o índice glicêmico (IG) e carga glicêmica (CG). O IG é calculado a partir da glicemia encontrada no sangue em até duas horas após a ingestão de um determinado alimento fonte de carboidrato; é um índice qualitativo. A carga glicêmica (CG) relaciona a qualidade do carboidrato do alimento e a quantidade consumida desse alimento. A CG tem aplicação mais prática, podendo ser utilizada em prescrição de dietas e seleção dos alimentos, pois pode indicar a resposta glicêmica que um determinado alimento ou dieta pode provocar. Fonte: Departamento de Alimentos e Nutrição Experimental FCF/USP (1998, atualizada em 2008).

Uma das duas recomendações classificadas como possíveis de ajudar no balanço energético e ganho de peso é a de que a restrição de alimentos com alto índice glicêmico, entre eles certos tipos de amido, como os presentes na batata, no pão branco e em cereais matinais, como flocos de milho, por exemplo, geram alterações glicêmicas mais rápidas. Estudos sugerem que esses alimentos provocam mais fome após as refeições. A hipótese é de que níveis diferentes de glicemia provocariam diferentes respostas hormonais na regulação do apetite.

A segunda é a de que há evidências de que o aumento do tamanho das porções alimentares está relacionado ao ganho de peso, postulando-se que o organismo seria incapaz de estimar corretamente o tamanho da porção ingerida, o que dificultaria a compensação energética. Relacionado a esse postulado está o fato de que é crescente o hábito de se fazer refeições fora de casa e tradicionalmente essas refeições são maiores, contêm maior densidade calórica e maior conteúdo de gordura total, gordura saturada, colesterol e sódio.

Outros fatores também estão associados ao ganho de peso, mas as evidências para esses são ainda muito esparsas ou conflitantes, como por exemplo, a relação do álcool com o ganho de peso. Na maior parte dos estudos, não se encontra essa relação, apesar de sua alta densidade calórica. Omitir refeições tem sido apontado como fator de risco para obesidade, mas também não há evidências convincentes a esse respeito.

A indicação seguinte diz respeito à prevenção de várias doenças crônicas não-transmissíveis, mas vamos nos ater aos itens relacionados à obesidade. Ela diz respeito à diminuição do consumo de açúcares livres que contribuem para o aumento da densidade energética da dieta. A limitação do consumo de açúcares livres é vista como uma medida importante para o Brasil, no entanto não se sabe ainda como fazê-lo a partir da redução de quais alimentos e com que mensagens, segundo o relatório encomendado pelo MS (Brasil, 2004b).

2.2.3. Recomendações relativas à atividade física

Já se apontou aqui a relação entre a atividade física e o ganho de peso, mas a recomendação da Estratégia Global (EG) é para as demais doenças crônicas não-transmissíveis, tendo sido classificada como convincente para a prevenção das doenças cardiovasculares, do diabetes tipo 2 e de doenças do aparelho músculo-esquelético e na melhoria do perfil lipídico. Em

relação à obesidade foi considerada apenas provável uma vez que o aumento do nível de atividade física por si não seria suficiente para perda ou manutenção do peso de pessoas obesas. Quando associada à dieta, já foi demonstrado que a atividade física e o exercício contribuem para a perda de peso mais rápida, sem redução concomitante de massa magra e com menor índice de recidiva do aumento de peso.

Seria provável também como mantenedora da capacidade funcional, na prevenção de câncer de cólon e de mama.

Foi classificada ainda como possível na prevenção da síndrome metabólica, caracterizada basicamente por obesidade central, dislipidemia (HDL-C baixo e triglicérides alto), hiperglicemia e diminuição da fibrinólise, associadas à resistência à insulina e à inflamação crônica e branda. A síndrome pode ser potencialmente combatida pela prática regular de atividade física de moderada intensidade.

As interfaces da EG com a PNAN refletem a posição de vanguarda do Brasil, como afirmam os especialistas. A intersetorialidade expressa a interface entre elas, na medida em que evidencia a magnitude das ações propostas, extrapolando o setor saúde. Entre outros aspectos, destacar a relevância das ações de alimentação e nutrição no setor saúde significa alavancar e alertar para a importância e efetividade que a promoção da alimentação saudável pode representar em termos de redução de gastos na saúde pública com procedimentos curativos de tratamento e recuperação do grupo de DCNT (Brasil, 2004b).

A PNAN e a EG têm em comum o propósito central que é fomentar a responsabilidade compartilhada entre sociedade, setor produtivo, e setor público, em assumir a necessidade de mudanças sócio-ambientais, em nível coletivo, para favorecer as escolhas saudáveis no nível individual para a construção de modos de vida que tenham como objetivo central a promoção da saúde e a prevenção das doenças.

A proposta da EG mostra-se, portanto, uma oportunidade para a formulação e implementação de linhas de ação efetivas para reduzir substancialmente as mortes e doenças em todo o mundo, devendo ser considerada parte de um grande esforço em prol da alimentação, atividade física e saúde pública.

2.2.4. Tabela Brasileira de Composição de Alimentos

Uma das diretrizes da PNAN recomendava a elaboração de uma tabela de composição de alimentos brasileira o que, segundo Leão e Carvalho (2005), era uma demanda antiga, uma vez que não era bem aceito o uso de tabelas de alimentos que resumiam dados compilados de outros países. Além disso, a biodiversidade brasileira oferece uma gama de produtos que não eram avaliados fora do país. Outro fato é que a composição dos alimentos é determinada pelas características edafoclimáticas (relação planta-solo-clima) de cada país e a variação dos valores da composição química encontrados para um mesmo alimento pode ser significativa.

Esta tarefa foi realizada em 2003, a partir de um convênio firmado entre a Fundação de Desenvolvimento da Universidade Estadual de Campinas (Funcamp/Unicamp) e o Núcleo de Estudos e Pesquisa em Alimentação (Nepa), que coordenou o estudo, em colaboração com uma rede de laboratórios de diversas regiões do país. Para a formulação da TACO, os componentes dos alimentos analisados foram: gordura total, nitrogênio, cinzas, fibra alimentar, ferro, cobre, sódio, zinco, potássio, magnésio, cálcio, fósforo, niacina, vitaminas A, B1, B2, B6 e C, ácidos graxos e colesterol (Leão e Carvalho, 2005).

A análise química priorizou também informações a respeito do valor calórico, proteínas, carboidratos, gorduras saturada e trans, colesterol e fibra alimentar, que devem constar nos rótulos dos alimentos industrializados.

Uma tabela de composição de alimentos fornece o domínio do conhecimento dos alimentos consumidos pela população, sendo muitos deles patrimônio nacional por serem nativos, têm elevado valor nutricional, e fazem parte dos hábitos culturais da população. As autoras destacam que esse conhecimento da composição dos alimentos é uma ferramenta importante para os países, para o alcance da segurança alimentar e nutricional, uma vez que serve como controle da qualidade e segurança dos alimentos, para a avaliação e adequação da ingestão de nutrientes por indivíduos e população (Leão e Carvalho, 2005).

São diversos os usos e aplicações dos dados fornecidos pela TACO, entre eles: a) no apoio às ações de promoção à saúde como recomendado pela OMS na Estratégia Global para Promoção da Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde; b) na adoção de iniciativas

nacionais de incentivo ao consumo de frutas, verduras e legumes, dentre outros grupos de alimentos importantes para a promoção da alimentação saudável; c) na elaboração de guias alimentares que definam as recomendações e os parâmetros da alimentação saudável para cada fase da vida; d) na elaboração dos rótulos dos alimentos industrializados, em atendimento às legislações emanadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), inclusive no que se refere à rotulagem nutricional, cujas informações possibilitem ao consumidor a escolha de alimentos mais saudáveis; e) no suporte à decisão nutricional, prescrição dietética, elaboração de cardápios e dietas; f) no subsídio para realização de estudos de avaliação de consumo alimentar e no apoio para a educação alimentar e nutricional, no âmbito coletivo ou individual; g) na melhoria da qualidade dos produtos oferecidos pela indústria nacional de alimentos, permitindo a análise fidedigna da composição dos seus produtos e; h) na orientação à agricultura para a produção de alimentos saudáveis e funcionais, em meio a processos de proteção ao meio ambiente e à biodiversidade nacional (Leão e Carvalho, 2005).

2.2.5. Rotulagem de alimentos

A rotulagem nutricional de alimentos é um apoio valioso para os consumidores, dando-lhes a oportunidade de conhecer a composição do alimento, a segurança quanto à ingestão de nutrientes e energia, bem como informações importantes para a manutenção de sua saúde. A legislação na área de alimentos deve ser vista como estratégia para auxiliar na redução dos índices de obesidade, das deficiências nutricionais e das doenças crônicas não-transmissíveis associadas ao padrão de consumo.

A partir da década de 70 foram publicadas diversas resoluções acerca de rotulagem para produtos alimentícios, para informar os cidadãos sobre o conteúdo dos produtos que eles estão adquirindo. Entre elas, a Lei 8.543, que determina sobre o anúncio de conteúdo com glúten; a Portaria nº 2.160, que cria o Programa Nacional de Controle da Deficiência de Vitamina A; a Portaria nº 41 que obriga a rotulagem para alimentos que queiram ressaltar uma propriedade nutricional, a Portaria nº 29 que define e regulamenta os alimentos destinados a pessoas em condições metabólicas ou fisiológicas especiais, entre outras.

Depois de várias dessas resoluções, em 2003 foram publicadas as resoluções nº 359 e nº 360, que equipararam a legislação brasileira às dos países que compõem o Mercosul, facilitando

o comércio desses alimentos e estabeleceu-se a data de 31 de julho de 2006, como prazo máximo para os fabricantes adequarem os rótulos de seus produtos às novas normas.

A Resolução nº 360 estabelece que a rotulagem nutricional compreende a declaração obrigatória do valor energético e de nutrientes (carboidratos, proteínas, gorduras totais, saturadas e trans, fibra alimentar e sódio), bem como a informação nutricional complementar, caso sejam declaradas, e facultativa, as propriedades nutricionais do produto. Vitaminas e sais minerais podem ser declarados opcionalmente, desde que cada porção do alimento contenha pelo menos 5% da ingestão diária recomendada (IDR).

A declaração de propriedade nutricional deve vir acompanhada da apresentação do conteúdo do nutriente em questão. A declaração sobre o conteúdo de ferro, cálcio e colesterol, antes obrigatória, passa a ser facultativa, enquanto a declaração de conteúdo de gorduras trans passa a ser obrigatória, seguindo uma tendência internacional.

A maioria dos consumidores brasileiros não tem o hábito de ler a rotulagem de alimentos. Mas há uma parcela cada vez maior de pessoas que se preocupam com o bem-estar e saúde individual e familiar, e essas pessoas buscam informações sobre os alimentos antes de consumi-los. Uma pesquisa¹⁹ sobre percepção pública da ciência e da tecnologia, realizada pelo Laboratório de Estudos Avançados em Jornalismo, da Unicamp, entre 2007 e 2008, constatou que as mulheres são mais acostumadas a ler rótulos de alimentos do que os homens. Dos entrevistados que responderam que lêem rótulos de alimentos com frequência, 60,1% eram mulheres e 39,9% homens (Gráfico 1.3). Acredita-se que esta resposta se dê porque são mulheres as principais responsáveis pelos cuidados de alimentação e saúde da família. Além disso, elas são também mais interessadas pelos ingredientes dos alimentos, em função de sua preocupação maior com a culinária e com sobrepeso e obesidade, principalmente quando se trata das classes socioeconômicas mais elevadas.

¹⁹ A pesquisa de campo que deu base a este trabalho foi realizada pelo Instituto de Opinião Pública, Estatística e Qualidade (IOPEQ), que consultou a população de 33 municípios do Estado de São Paulo, ou 14 regiões administrativas, em um total de 1.825 entrevistados (sendo 1.076 na capital e 749 no interior e litoral do estado). O número de entrevistados proporcionou uma margem de erro de até 3% para a cidade de São Paulo e 3,68% para o restante do estado, com um índice de confiança na amostra de 95%.

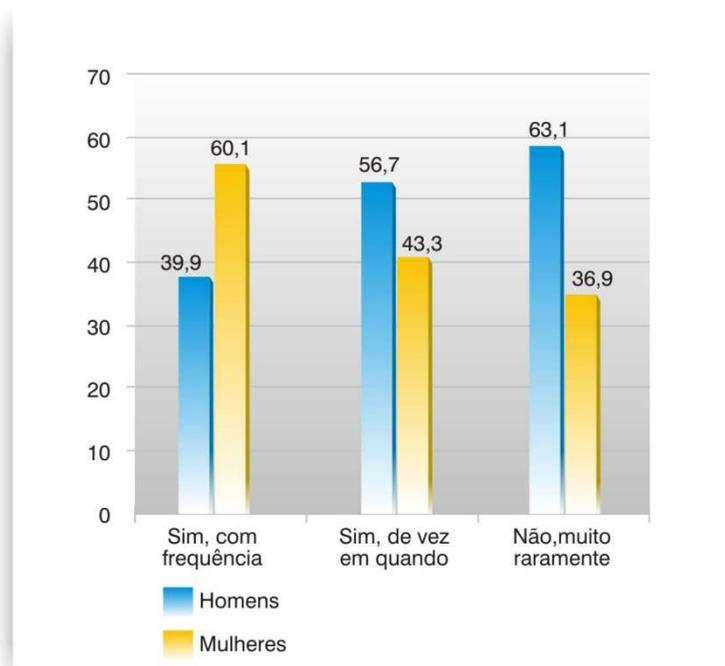


Gráfico 1.3. Leitura de rótulos de alimentos, por sexo

Fonte: Pesquisa sobre Percepção Pública de Ciência no Estado de São Paulo (Vogt *et al.*, 2009).

A leitura de rótulos de alimentos é um exemplo de apropriação social da ciência e da tecnologia, que influencia na tomada de decisões em nível individual. Ela depende de contextos culturais específicos e sofre influência do volume de informações a respeito do tema, transmitido pelo meio científico ou governamental, bem como pelos meios de comunicação. A questão da pesquisa que levou a essas conclusões perguntava se a pessoa lê os rótulos dos alimentos ou se interessa por suas qualidades. As opções de respostas eram: com frequência, de vez em quando e muito raramente (Vogt *et al.*, 2009).

A mesma pesquisa revelou que o interesse por alimentação e consumo é bastante alto entre os entrevistados do estado de São Paulo. Obteve-se um índice de 83,3% de respostas de interesse (muito interessado + interessado) em alimentação e consumo, em uma lista de 10 itens, entre os quais estavam Medicina e saúde (80,9%); Meio ambiente e ecologia (76,0%); Ciência e tecnologia (63,4%); Economia e empresas (43,4%); Esportes (65,4%); Política (21,1%); Astrologia e esoterismo (25,0%); Curiosidades sobre a vida de pessoas famosas (32,1%).

Ainda sobre a leitura de rótulos, o ministério da Saúde conduziu em 2001 um *survey*, realizado com cerca de 6.000 pessoas, por telefone, durante uma semana. Quando se trata de alimentos constatou-se que os consumidores desejam que os rótulos dos produtos tragam informações sobre os mesmos. Entretanto, não há clareza sobre o uso que os consumidores fazem de tal informação. Eles querem também que os rótulos sejam mais prescritivos em termos de informação nutricional, e mostraram o desejo de receber mais informações sobre o que deve ser ingerido e o que deve ser evitado em termos dos alimentos e seus ingredientes. Foi requerido também que os rótulos tenham uma “tradução” mais amigável acerca da informação nutricional. O ministério concluiu entre outras coisas, que é preciso fornecer mais informação sobre nutrição para os consumidores (Coitinho *et al.*, 2002).

2.2.6. Guia alimentar

O guia alimentar é de 2005. Contém as primeiras diretrizes alimentares oficiais para a população brasileira acima de 2 anos. Suas orientações refletem a grande preocupação estatal com as carências nutricionais da população brasileira, o que pode ser evitado por meio de uma alimentação saudável, rica em carboidratos, proteínas e vitaminas. As recomendações do guia são também adequadas para a prevenção de mortes prematuras causadas por doenças cardiovasculares e neoplasias e também outras doenças crônicas não-transmissíveis, como a hipertensão e o diabetes mellito. É também uma das ações para prevenir obesidade que, pela literatura médica, aumenta o risco de todas essas outras enfermidades.

O público-alvo do guia alimentar são todas as pessoas envolvidas com a saúde pública, principalmente os profissionais de saúde da atenção básica, incluindo aqueles vinculados à Estratégia de Saúde da Família, que devem receber informações sobre alimentação saudável para subsidiar abordagens específicas no contexto familiar. O guia é destinado também às famílias que podem por si definir sua dieta de forma a manter a saúde; traz recomendações também para o setor produtivo que deve oferecer ao mercado produtos nutritivos, seguros do ponto de vista da qualidade sanitária e dentro de normas em relação ao seu conteúdo, no caso de produtos industrializados, com a indicação de sua composição, seguindo legislação nacional e internacional no caso de produtos que também atendam à exportação. Os preços dos alimentos devem ser compatíveis com a renda da população. Outro público que se pretende atingir são os formuladores e executores de ações de governo, em áreas correlacionadas.

O guia é composto de três partes: uma que trata de um referencial conceitual em que baseia seus objetivos e metas; uma segunda parte mais prática que traz as diretrizes (sobre cada grupo de alimentos por seus nutrientes mais importantes, tais como carboidratos, vitaminas, proteínas, açúcares), as atribuições para uma alimentação saudável e seus princípios; e a terceira que traça as bases epidemiológicas e científicas das diretrizes nacionais para a determinação de uma alimentação saudável.

O guia trata da importância da alimentação saudável para o suprimento de carências bem como para a manutenção do peso e prevenção às doenças supracitadas. Discorre sobre o valor nutritivo dos alimentos por grupos. Deixa bastante claro que as recomendações referem-se ao consumo de alimentos e não de seus nutrientes, para facilitar o entendimento sobre como deve ser composta a dieta. As duas últimas diretrizes tratam da atividade física e da qualidade sanitária dos alimentos.

Em relação às diretrizes, as recomendações são dirigidas aos diferentes públicos separadamente: 1) para todos, 2) para os profissionais da saúde, 3) para o governo e setor produtivo e, por último, 4) para as famílias. Para os profissionais da saúde são feitas recomendações em relação ao que devem orientar e ao que devem saber sobre cada uma das diretrizes. Para as famílias as recomendações são bem diretas, algo como “consume diariamente alimentos como cereais integrais, feijões, frutas, legumes e verduras, leite e derivados e carnes magras, aves ou peixes” (Brasil, 2005).

Ao final da segunda parte, um item intitulado “Colocando as diretrizes em prática” ressalta que o guia foi formulado com base em conhecimentos científicos atuais, expressos em relatórios de especialistas produzidos pelas Nações Unidas e outras agências internacionais, bem como pelos ministérios de saúde de vários países, nos últimos anos. Trata-se, portanto, de um conteúdo cientificamente confiável e atual.

Destaca que para muitos grupos de alimentos, há muita diferença entre o que o guia recomenda e o que os brasileiros consomem. Por exemplo, a população está consumindo menos feijão, o consumo de frutas, legumes e verduras é muito baixo e, por outro lado, o consumo de alimentos gordurosos, muito açucarados e muito industrializados aumentou. O consumo de sal

também é alto, o que, aliado à redução de atividade física, resultou em excesso de peso e obesidade no país.

Segundo os autores do guia, todas as diretrizes constantes são importantes, mas aquela relacionada às frutas, legumes e verduras é possivelmente a mais valiosa porque além de contribuir para a variedade da alimentação e oferta mais adequada de micronutrientes, o aumento na ingestão desses alimentos promove a redução no consumo de outros, inadequados, com alto teor de gordura, sal e açúcares.

Por todo o guia é também ressaltada a importância da manutenção de hábitos alimentares regionais, da recuperação do hábito de se fazer as refeições em família, e incentiva o consumo de alimentos produzidos localmente.

2.2.7. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)

A Política Nacional de Promoção da Saúde vai ao encontro dos esforços do país, de construir um modelo de atenção à saúde que priorize ações de melhoria de qualidade de vida dos sujeitos e coletivos. A PNPS ratifica o compromisso na ampliação e qualificação das ações de promoção de saúde nos serviços e na gestão do SUS. Seu principal objetivo é promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais.

Nas últimas décadas, tornou-se mais importante cuidar da vida de maneira a se reduzir a vulnerabilidade de adoecer e as chances de que a doença produza incapacidade, sofrimento crônico ou morte prematura. A saúde é resultado dos modos de organização da produção, do trabalho e da sociedade, em determinados contextos históricos e o aparato biomédico muitas vezes não é capaz de modificar os condicionantes e nem os determinantes desse processo, uma vez que continua operando um modelo de atenção e cuidado mais focado na centralidade dos sintomas.

A promoção da saúde deve ser o ponto focal das ações que resultem em obtenção e manutenção da saúde. Esta deve ser a estratégia de ação no sentido de se evitar o adoecimento e possibilitar o atendimento às necessidades sociais na área da saúde.

No SUS a estratégia de promoção à saúde representa uma possibilidade de focar os aspectos que determinam o processo saúde-adoecimento no país, como violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada e/ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, entre outras.

Campos *et al.* (2004) dizem que os modos de viver têm sido abordados numa perspectiva que coloca os sujeitos como únicos responsáveis pelas mudanças ocorridas no processo saúde-adoecimento ao longo da vida. Na perspectiva ampliada de saúde, definida pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, do SUS e das Cartas de Promoção da Saúde, o modo como sujeitos e coletividades elegem determinadas opções de viver, organizam suas escolhas e criam novas possibilidades para satisfazer suas necessidades, desejos e interesses pertencem à ordem coletiva, uma vez que seu processo de construção se dá no contexto da própria vida.

Em sua avaliação sobre a PNPS, Campos *et al.* (2004, p.748) atribuem a responsabilidade pela promoção à saúde ao setor governamental.

A promoção da saúde é o compromisso ético do próprio Sistema Único de Saúde, com a integralidade e a gestão participativa, uma vez que se trata de estabelecer modos de atenção e gestão das políticas públicas em saúde que operem na indissociabilidade entre a clínica e a promoção e entre necessidades sociais e ações do Estado.

Os autores acreditam que para a efetividade da política na redução da vulnerabilidade e na melhoria da qualidade de vida da população, é fundamental manter o diálogo com os movimentos sociais, conseguindo estabelecer formas de articulação mais permanentes e sustentáveis, na medida em que, nessa relação, é possível multiplicar possibilidades de enfrentamento dos problemas de saúde pública e qualificar cada vez mais as ações no Sistema Único de Saúde. Ainda segundo eles, tal postura ético-teórico-política se expressa no compromisso em reorganizar os serviços de saúde e preparar os profissionais de saúde para incluírem a população na construção e na gestão de seus projetos de saúde e processos de trabalho, montando colegiados gestores que não se deixem burocratizar. Esta seria a efetivação da intersetorialidade, uma das principais características da PNPS.

2.2.8. Vigitel - Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

Já abordado no primeiro capítulo desta tese, o Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas Por Inquérito Telefônico (Vigitel) é uma das ações do Ministério da Saúde que visam à promoção da saúde, prevenção e atenção às doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT), buscando reduzir a prevalência dos principais fatores de risco e, conseqüentemente, da morbimortalidade associada a essas doenças.

Para se ter uma idéia, no Brasil, em 2004, às DCNT foi atribuída a responsabilidade por 62,8% do total de mortes por causa desconhecida. A principal causa de óbito no país, naquele ano, foram as doenças do aparelho circulatório, seguidas pelas neoplasias e causas externas. Dentre os fatores de risco para essas doenças estão o tabagismo, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, a obesidade, as dislipidemias (determinadas principalmente pelo consumo de gorduras saturadas), a ingestão insuficiente de frutas e legumes e a inatividade física.

Segundo a apresentação do Vigitel, acredita-se que por meio da vigilância em saúde seja possível monitorar e analisar o perfil das doenças e de seus fatores determinantes e condicionantes, bem como detectar mudanças nas suas tendências no tempo, no espaço geográfico e em grupos populacionais, contribuindo também para o planejamento de ações na área da saúde. O Vigitel tem o objetivo de monitorar a frequência e distribuição de fatores de risco e proteção para DCNT em todas as capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal, por meio de entrevistas telefônicas realizadas em amostras probabilísticas da população adulta residente em domicílios servidos por linhas fixas de telefone em cada cidade²⁰.

A primeira aplicação do Vigitel foi feita em 2006, viabilizada pela parceria entre a Secretaria de Vigilância de Saúde e a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, além do

²⁰ Excluindo-se da amostra uma parcela da população que não possui nenhum tipo de telefone ou que possua apenas telefone móvel que pode, inclusive, em determinados casos funcionar apenas para receber ligações. Muitas pessoas de baixa renda utilizam esse sistema, principalmente trabalhadores do setor de serviços. Porém, a razão entre a frequência relativa de indivíduos da amostra Vigitel e da amostra censitária em cada categoria sócio-demográfica permite a correção da sub ou super-representação de estratos sócio-demográficos no sistema Vigitel, decorrente da cobertura diferencial desses estratos pela rede telefônica. Um exemplo de indivíduos que provavelmente sub-representados na amostra são homens jovens com baixa escolaridade. Por outro lado, mulheres idosas com alta escolaridade ficariam super-representadas na amostra. Segundo a PNAD 2008 (Brasil, 2008), 77% dos domicílios no Brasil possuem pelo menos um tipo de telefone, fixo ou móvel.

suporte técnico-científico do Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde da Universidade de São Paulo (Nupens/USP), que foi o precursor da metodologia do sistema, desenvolvida e testada anteriormente em cinco cidades brasileiras (Belém, Florianópolis, Goiânia, Salvador e São Paulo) e que colaborou de forma decisiva para sua implantação no conjunto das capitais dos estados brasileiros. Em 2007, manteve-se a parceria com essas instituições, consolidando o Vigitel como um sistema de vigilância e avançando no monitoramento dos principais fatores de risco e proteção para DCNT, e em 2008 conservou os mesmos padrões das pesquisas anteriores.

Relevantes na definição do perfil epidemiológico da população, e passíveis de prevenção, esses fatores de risco não eram monitorados no país até 2002-2003, quando o Ministério da Saúde conduziu, em 16 capitais, o Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis. Esse inquérito coletou informações sobre o hábito de fumar, peso, altura, consumo alimentar, atividade física, consumo de bebidas alcoólicas e diagnóstico médico de hipertensão arterial e diabetes, que foi o trabalho que antecedeu o Vigitel.

O sistema estabelece um tamanho amostral mínimo de 2.000 indivíduos com 18 anos ou mais de idade em cada cidade para que se possa estimar com coeficiente de confiança de 95% e erro máximo de cerca de dois pontos percentuais a frequência de qualquer fator de risco na população adulta. Erros máximos de cerca de três pontos percentuais são esperados para as estimativas específicas, segundo gênero, assumindo-se proporções semelhantes de homens e mulheres na amostra.

O sistema Vigitel, segundo Lopes *et al.* (2008, s/p), “foi inspirado em um modelo de pesquisa adotado pelo governo dos Estados Unidos desde 1984 para monitorar os fatores de risco que afetam a saúde dos americanos”. Já foi aplicado em três anos seguidos e é uma ferramenta essencial para corrigir ou aprofundar as políticas de saúde.

2.2.9. Regulamentação para controle de publicidade de alimentos

As mudanças na relação do Estado, sociedade civil e mercado têm trazido uma série de conseqüências no campo da alimentação e nutrição. Existe a necessidade de se estabelecer um

pacto entre esses três atores para efetivar medidas de controle da obesidade e para melhorar as condições de saúde e nutrição da população brasileira.

Algumas medidas já foram apontadas neste capítulo, mas dizem respeito, principalmente, às propostas feitas pelo Estado para ações que devem ser implementadas por seus representantes. Porém, o mercado tem uma grande responsabilidade na construção de um ambiente obesogênico, não só no Brasil, mas em todo o mundo. O poder da indústria de alimentos na transformação dos hábitos não só alimentares, mas também nos comportamentos sociais das populações já foi apontado em capítulo anterior, mas resta tratar aqui de uma medida proposta na Política nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) que é a regulamentação sobre publicidade e propaganda de alimentos voltadas ao público infantil.

Desde a criação da PNAN, foi constituído um grupo de trabalho para discutir a adoção de medidas para o disciplinamento da publicidade de produtos alimentícios infantis, o que deveria ser feito em parceria com entidades representativas da área de propaganda, com as empresas de comunicação, com entidades da sociedade civil e do setor produtivo.

O grupo teve uma primeira vitória com a aprovação, no dia 9 de julho de 2008, na Comissão de Defesa do Consumidor da Câmara dos Deputados, do Projeto de Lei no. 5921/01, que proíbe a publicidade de produtos destinados a crianças. O PL, de autoria do deputado Luiz Carlos Hauly (PSDB-PR), foi aprovado na forma do substitutivo da deputada Maria do Carmo Lara (PT-MG) e pode se tornar um importante mecanismo para conter o avanço de doenças crônicas não transmissíveis, tais como obesidade, diabetes e hipertensão.

O texto propõe a proibição de qualquer tipo de publicidade e de comunicação mercadológica, voltada à criança, em qualquer horário e em qualquer suporte de mídia, Podem ser produtos ou serviços relacionados a crianças ou adolescentes. Ou seja, pelo texto, a publicidade só pode ser dirigida ao público adulto.

Conforme o projeto, a comunicação mercadológica abrange a própria publicidade, anúncios impressos, comerciais televisivos, "*spots*" de rádio, "*banners*" e "*sites*" na internet, embalagens, promoções, "*merchandising*" e disposição dos produtos nos pontos de vendas. Pelo texto, também deve ser proibido qualquer tipo de publicidade ou de comunicação mercadológica

na televisão, na Internet ou no rádio 15 minutos antes, 15 minutos depois e durante a programação infantil ou a programação cuja audiência seja na sua maioria constituída pela criança. Fica vetada também a participação de crianças em publicidade ou comunicação mercadológica, exceto campanhas de utilidade pública referentes a informações sobre boa alimentação, segurança, educação, saúde, entre outros itens relativos ao melhor desenvolvimento da criança no meio social.

A comunicação voltada à criança tem se valido dos seguintes atributos: linguagem infantil, efeitos especiais e excesso de cores; trilhas sonoras de músicas infantis ou cantadas por vozes de criança; representação de criança; pessoas ou celebridades com apelo ao público infantil; personagens ou apresentadores infantis; desenho animado ou de animação; bonecos ou similares; promoção com distribuição de prêmios ou de brindes colecionáveis ou com apelos ao público infantil; e promoção com competições ou jogos com apelo para as crianças.

Segundo os críticos à publicidade infantil, como o Conselho Federal de Psicologia, que se manifestou na Audiência Pública nº 1388/07, realizada no dia 30 de agosto de 2007, na pessoa de Ricardo Moretzsohn, a “autonomia intelectual e moral é construída paulatinamente. É preciso esperar, em média, a idade dos 12 anos para que o indivíduo possua um repertório cognitivo capaz de liberá-lo, do ponto de vista tanto cognitivo quanto moral, da forte referência a fontes exteriores de prestígio e autoridade”. Logo, as crianças até essa idade, seriam altamente influenciáveis pelo que é transmitido pela mídia (que é vista como instituição de prestígio) e por personagens e personalidades que transmitem as informações pela mídia (que são vistas como autoridades).

Embora não seja voltado exclusivamente para a questão da alimentação e nutrição, o PL de autoria do deputado Haully é coerente com os objetivos de se reduzir as influências nefastas para as crianças, quando o desejável é criar um ambiente que estimule hábitos mais saudáveis de alimentação e nutrição.

Em outubro de 2009, a pedido do presidente da Câmara, Michel Temer (PMDB/SP), a sessão da Comissão de Desenvolvimento Econômico, Indústria e Comércio foi suspensa e, pela segunda vez em duas semanas, o Projeto de Lei nº 5921/2001 – de autoria do deputado Luiz Carlos Haully (PSDB/PR) e que dispõe sobre a publicidade infantil – teve sua votação adiada.

Em 2006, a Anvisa abriu um processo de Consulta Pública (nº 71), sobre a proposta de que a propaganda de alimentos ricos em carboidratos, açúcar e gordura deveria conter frases informativas – como já ocorre com os remédios –, em áudio e escritas, alertando sobre os potenciais danos causados pelo consumo continuado. Além disso, a Anvisa pretendia permitir esse tipo de publicidade na TV, nos horários em que a programação não é voltada para crianças, entre as 21h e 6h. Outra proposta era proibir o uso de animações e personagens de desenhos infantis nos comerciais, medida que a indústria prometeu implementar até o final do ano.

Levantamento realizado pelo Instituto de Defesa do Consumidor (Idec) e o Instituto Alana mostrou que das 12 empresas de alimentos pesquisadas no país, dez faziam publicidade de alimentos ou bebidas direcionada ao público infantil, recorrendo ao uso de desenhos e personagens admirados por crianças, o que seria irregular, segundo a regulamentação da Anvisa, caso já estivesse em vigor.

Segundo o estudo “Monitoramento de propaganda de alimentos visando à prática da alimentação saudável”, realizado pelo Observatório de Políticas de Segurança Alimentar e Nutricional, ligado à Universidade de Brasília (UnB), e financiado pelo Ministério da Saúde, 71,6% dos anúncios publicitários de alimentos veiculados em quatro canais de TV (dois abertos e dois infantis fechados) eram de produtos ricos em açúcar, sal e gordura. E 50% desses anúncios eram voltados para as crianças.

Essa porcentagem é composta pela soma dos cinco tipos de alimentos mais frequentes nas peças de publicidade: *fast-food* (18,4%); guloseimas e sorvetes (16,9%); refrigerantes e sucos artificiais (13,7%); salgadinhos de pacote (12,8%); e biscoitos doces e bolos (9,8%).

O estudo foi realizado com o objetivo de caracterizar as inserções comerciais de alimentos (produtos veiculados, tempo e frequência de exposições em relação aos demais produtos, estratégias de marketing utilizadas) na programação da televisão aberta e fechada e revistas de grande circulação. A hipótese da pesquisa era a de que o modo que a alimentação é destacada pela mídia, por meio da publicidade, tem contribuído para a formação de hábitos alimentares não saudáveis, uma das causas do aumento, em crianças e adolescentes, da incidência de doenças que antes eram presentes apenas em adultos, como sobrepeso, obesidade, hipertensão e diabetes melitto.

Segundo Pinheiro (2008), a proposta de formulação de leis e regulamentações relacionadas ao tema da alimentação surge a partir do Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno, aprovado pela Organização Mundial da Saúde, em 1981. No Brasil, a Política Nacional de Aleitamento Materno tem como um dos principais avanços a aprovação da Lei nº 11.265/2006 (Brasil, 2005), que regulamenta a propaganda abusiva dos produtos que interferem na amamentação. A lei foi elaborada com base na Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL), constituída pela Portaria nº 2051/01 e pelas resoluções da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) nº 221 e nº 222/02. A lei prevê autuação e punição para estabelecimentos de saúde e empresas que não se enquadrarem nos dispositivos da legislação. A transformação da estrutura legal da NBCAL em lei federal representa um marco importante na proteção da amamentação contra as estratégias de *marketing* no Brasil (Pinheiro, 2008).

2.2.10. Cirurgia Bariátrica

Diferente das demais políticas abordadas neste capítulo, o Protocolo de Tratamento Cirúrgico da Obesidade Mórbida – Gastroplastia, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) não é uma política de prevenção de obesidade, mas sim de tratamento e que ajuda no controle do avanço da doença. Pode, entretanto, ser considerada uma medida de prevenção de doenças associadas à obesidade, como hipertensão, diabetes, dispilidemias, na medida em que, em alguns casos, essas doenças ainda não surgiram até o estágio em que se indica a cirurgia. É também a única política pública voltada exclusivamente para a obesidade.

Segundo Pareja *et al.* (2005), a obesidade severa, chamada também de grave, grau III ou mórbida, e definida pelo Índice de Massa Corporal (IMC) igual ou maior que 40 kg/m^2 , é uma doença crônica, evolutiva, com co-morbidades médicas, sociais, econômicas e psicológicas. Segundo os autores, nesses casos, apenas a cirurgia resulta em perda de peso significativa e permanente, com melhora das condições das co-morbidades (diabetes, hipertensão, hiperlipidemias, por exemplo).

Garrido Jr. (2000) explica que a cirurgia para tratamento da obesidade severa iniciou-se na década de 1950, com operações que causavam má absorção dos alimentos – e assim proporcionavam o emagrecimento – que foram abandonadas no fim dos anos 1970 pelos seus

efeitos indesejáveis graves e freqüentes. Eram denominadas de *bypass jejuno ileal*, em que apenas 45 cm do intestino delgado, de um total médio de 600 cm, ficam no trânsito intestinal para absorção dos alimentos.

Segundo Oliveira (2007), com o desenvolvimento dos grampeadores cirúrgicos, passaram então a predominar os procedimentos que limitam a ingestão dos alimentos, seja pela simples restrição da capacidade do estômago, seja por sua divisão e junção (anastomose) ao jejuno proximal. Os procedimentos que foram se desenvolvendo a partir deste primeiro passo são descritos por Oliveira (2007, p.14),

...o primeiro *bypass* gástrico foi relatado por Mason e Ito em 1967. Modificações dessa técnica resultaram no *bypass* em Y de Roux, uma técnica muito utilizada atualmente, que pode ser feita por via convencional (céu aberto) ou por via laparoscópica. Outra técnica muito utilizada é a banda gástrica ajustável laparoscópica. Outros procedimentos comuns são o *bypass* biliopancreático, que pode ser combinado com o duodenal *switch*. Uma pesquisa realizada entre 2002 e 2003 mostrou que o procedimento mais realizado mundialmente (65,1%) é o *bypass* gástrico (Buchwald e Williams, 2003), seguido pelo procedimento de banda gástrica ajustável laparoscópica (24%), gastroplastias verticais com banda (5,4%), e 4,9% de *bypass* biliopancreático (com ou sem duodenal switch).

A indicação do tratamento cirúrgico da obesidade baseia-se em análise abrangente de múltiplos aspectos clínicos do doente feita, em geral, por equipes multidisciplinares que incluem cirurgiões do aparelho digestivo, clínicos endocrinologistas e psicólogos e podem incluir ainda, nutricionistas, enfermeiros e cirurgiões plásticos.

Alguns dos fatores que reforçam a indicação da cirurgia²¹ são: presença de morbidade que resulta da obesidade ou é por ela agravada, como a apnéia do sono, a dificuldade de locomoção, o diabetes, a hipertensão arterial e as hiperlipidemias; a persistência de excesso de peso de pelo menos 45 kg, ou índice de massa corporal acima de 40 kg/m² ou IMC maior que 35 kg/m² em presença de complicações severas da obesidade; fracasso de métodos conservadores de emagrecimento bem conduzidos; ausência de causas endócrinas de obesidade, como hipopituitarismo ou síndrome de

²¹ Sobre a questão da indicação da cirurgia bariátrica, no Capítulo 3 desta tese são trazidos outros elementos para o debate, que mostram que não apenas a preocupação com a saúde leva à busca pelo procedimento, mas também o estigma da obesidade, o desejo de se enquadrar nos padrões de beleza estabelecidos pela sociedade, a publicidade do procedimento – cirurgia bariátrica – na Internet, ou seja, condicionantes de ordem social que influenciam a escolha.

Cushing; avaliação favorável das possibilidades psíquicas de o paciente suportar as transformações radicais de comportamento impostas pela operação (Garrido Jr, 2000).

Considerando esses fatores apontados por Garrido Jr. (2000), que reforçam o discurso médico de que a obesidade é uma preocupação relevante para a saúde pública por impor ao seu portador fator de risco à saúde e limitações de qualidade de vida e, considerando, também, que a prevalência da obesidade severa e a verificação de casos que não respondem aos tratamentos habituais, levando ao aumento de morbimortalidade de seus portadores e, ainda, levando em conta a necessidade de ampliar a oferta de serviços na área de gastroplastia e de criar mecanismos que facilitem o acesso dos portadores da doença, quando indicado pelos técnicos, o Ministério da Saúde resolveu, em 2001, por meio da Portaria nº 628/GM, aprovar o Protocolo de Indicação de Tratamento Cirúrgico da Obesidade Mórbida no âmbito do SUS. As despesas decorrentes do Tratamento Cirúrgico de Obesidade Mórbida deveriam ser custeadas com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC. Estão incluídas no tratamento, as despesas com a cirurgia bariátrica e com a aquisição do kit grampeador linear cortante + 3 cargas.

A gravidade da obesidade deve ser considerada na seleção do candidato ao tratamento cirúrgico, levando-se em conta o risco associado à cirurgia em si. Algumas situações contraindicam a cirurgia, tais como cirrose hepática avançada, presença de distúrbios psíquicos ou dependência de álcool e drogas. Vários estudos relacionam não só a realização da cirurgia bariátrica e a acomodação com o novo corpo a processos depressivos, mas a própria condição anterior, a obesidade (Oliveira e Yoshida, 2009; Moliner e Rabuske, 2008; Almeida, 2005; Zambolin, 2007).

Menezes e Alvarez (2008) relatam também casos de problemas de ordem neurológica como outro tipo de efeito deletério da cirurgia bariátrica. Segundo as autoras, eletroneuromiografias identificaram em três casos de pacientes que apresentaram dor neuropática, com ou sem envolvimento motor, uma polineuropatia periférica. Em dois casos houve comprometimento intenso dos nervos fibulares, ocasionado pela cirurgia.

Os candidatos ao procedimento cirúrgico devem ter uma personalidade estável e não devem possuir fatores de risco pré-operatórios, como distúrbios alimentares, por exemplo. Devem também apresentar alguma habilidade de perder peso antes mesmo da cirurgia, facilitando o procedimento cirúrgico e, principalmente, a restrição alimentar do período pós-cirurgia.

Oliveira (2007) destaca que o paciente deve se comprometer com o tratamento e acompanhamento no longo prazo.

O aumento das cirurgias para redução do estômago evidenciou as complicações associadas que podem estar relacionadas ao período pré-operatório, ao operatório imediato e ao pós-operatório. Os clínicos e cirurgiões precisam estar atentos e devem comunicar os pacientes sobre todos os riscos, até mesmo para alertá-los sobre a necessidade de seguir todos os cuidados recomendados pelos médicos e toda a equipe que acompanha o tratamento (nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas, enfermeiros).

Algumas das complicações mais comumente observadas, segundo Oliveira (2007), são: seromas, infecções subcutâneas, atelectasia pulmonar (falta de dilatação ou mesmo colapso do pulmão), infecções urinárias, esplenectomia (excisão do baço), fístula gástrica, enterorragia (hemorragia intestinal), trombose venosa profunda, embolia pulmonar, pancreatite, peritonite, abscesso cavitário, relaparotomias e síndrome compartimental.

As cirurgias restritivas e mistas podem levar também às deficiências de macro e micronutrientes. O grau das deficiências é determinado pelo tipo de procedimento cirúrgico e pelos hábitos nutricionais do paciente.

- Nas cirurgias restritivas, o anel ou a banda gástrica dificultam a ingestão de carne, o que pode levar à desnutrição protéica e à anemia ferropriva. Essa deficiência ocorre também em pacientes que desenvolvem distúrbios alimentares após a cirurgia, como a bulimia e a anorexia.
- Nos procedimentos disabsortivos como a derivação biliopancreática, por exemplo, a desnutrição é mais comum que nas cirurgias restritivas ou mistas. Entre as complicações estão a queda da albumina no sangue, a falta de ferro, queda de cabelos, ocasionadas pelas deficiências de ferro, zinco, vitaminas e ácidos graxos essenciais.
- O *bypass* gástrico pode levar a deficiências de ferro, vitamina B12, folato, cálcio, vitamina D e tiamina.
- Após uma derivação biliopancreática com *switch* duodenal podem ocorrer deficiências de proteínas e vitaminas lipossolúveis (Oliveira, 2007).

“A deficiência de vitamina B12 ocorre em 26 a 70% dos pacientes submetidos ao *bypass* gástrico. Portanto, todo paciente submetido à cirurgia bariátrica deve tomar suplementação vitamínica para o resto da vida” (Shikora *et al.*, 2007, *apud* Oliveira, 2007).

Desde 1999 a cirurgia bariátrica encontra-se inserida na tabela de procedimentos do Sistema Único de Saúde (SUS), quando foi instituída a rede de atendimento ao paciente portador de obesidade mórbida, com a criação dos Centros Nacionais de Referência para Cirurgia Bariátrica/Gastroplastia. De 1999 ao final de 2001, foram cadastrados 22 Centros no SUS, possibilitando a cobertura assistencial de todas as macrorregiões brasileiras. Em 2005, existiam 52 hospitais cadastrados em todo o país.

A partir de agosto de 2001, o financiamento do procedimento de gastroplastia foi incluído entre aqueles considerados estratégicos e passou a ser custeado pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC). A única técnica abonada era o *Bypass* Gástrico em Y de Roux (BPGYR), por via aberta (DATASUS/Ministério da Saúde, 2004, *apud* Oliveira, 2007). Em 2007, as portarias anteriormente vigentes foram revogadas (Portarias SAS n° 390 e Portaria GM n° 1075, ambas de julho de 2005), sendo então publicadas novas portarias ministeriais sobre o assunto. As portarias atualmente vigentes são: a Portaria SAS n° 492 de 05 de setembro de 2007, que define unidade de assistência de alta complexidade ao paciente portador de obesidade grave como o hospital que ofereça assistência diagnóstica e terapêutica especializada, de média e alta complexidade, condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados ao atendimento às pessoas portadoras de obesidade grave; a Portaria GM n° 1570 de 25 de julho de 2007, que determina que a Secretaria de Atenção à Saúde, isoladamente ou em conjunto com outras Secretarias do Ministério da Saúde, adote todas as providências necessárias à organização da assistência ao portador de obesidade grave; e a Portaria GM n° 1569 de 02 de julho de 2007, que institui diretrizes para a atenção à saúde, com vistas à prevenção da obesidade e assistência ao portador de obesidade, a serem implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão (Oliveira, 2007).

No Brasil, até 2003 realizavam-se 4.000 cirurgias bariátricas por ano, incluindo o setor público e privado. “Hoje, realizam-se cerca de 20 a 25 mil cirurgias de obesidade mórbida no país, sendo apenas 20% delas, pelo SUS” (Pareja, 2007, comunicação pessoal, *apud* Oliveira, 2007). Há listas de espera em muitos hospitais certificados. Embora as primeiras intervenções

tenham sido realizadas no Nordeste (Recife), em 1999, hoje é a região Sudeste a que tem a maior concentração dessas cirurgias, seguida pelo Sul. De 1999 a 2002, houve um aumento de 200% nas cirurgias no Sudeste, comparado a um aumento de 1.6% no período 2002-2005. No Sul, os mesmos números são 25% (1999 - 2002) e 3.3% (2002-2005), respectivamente. Para o todo o país, o aumento foi de 267% (1999-2002) seguido por um aumento de 15% (2002-2005) (Oliveira, 2007).

No mesmo estudo foram analisados os custos médicos relativos às intervenções, mas somente de produtos e serviços utilizados no procedimento cirúrgico. Os dados foram obtidos no Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), contido no Datasus, que é um sistema do Ministério da Saúde, disponível na Internet. A base de dados (SIH/SUS) contém o registro de todos os serviços hospitalares fornecidos e financiados pelo SUS. A pesquisa revelou que os custos, na realização de cirurgias bariátricas, pelo SUS, de 1999 a 2006, foram entre U\$1,010.73 e U\$1,513.36 por procedimento, conforme mostra a Tabela 2.1 (Oliveira, 2007).

Tabela 2.1. Evolução, custo total e média, tempo de internação e taxa de mortalidade das cirurgias bariátricas – Brasil, 1999 – 2006

Ano	Número de cirurgias	Custo total (US\$)	Custo médio de cuidado hospitalar	Média de dias de internação	Número de mortes	Taxa de mortalidade (%)
1999	63	87,799.57	1,417.02	6,9	0	0
2000	353	460,848.27	1,263.25	6,3	3	0,85
2001	497	524,424.40	1,097.46	7,4	2	0,40
2002	1,008	1,003,991.60	1,010.73	7,8	8	0,79
2003	1,778	1,872,031.60	1,069.52	7,5	11	0,62
2004	1,872	2,070,198.20	1,116.06	6,8	17	0,91
2005	2,266	3,038,994.50	1,356.85	6,7	12	0,53
2006	2,528	3,751,922.10	1,513,36	6,3	17	0,67
Total	10,365	12,810,208.00	1,230.53	6,9	70	0,69

Fonte: Banco Central do Brasil (Oliveira, 2007).

2.3. Experiência internacional de controle da obesidade

A experiência internacional do PorGrow - Policy Options for Responding to the Growing Challenge from Obesity pode servir de modelo para ações em nível nacional. O projeto envolveu, de forma integrada, diversos atores interessados na questão da obesidade, desde ministérios até associações ligadas aos direitos dos cidadãos foi um estudo realizado entre 2004 e 2006, entre nove países da Comunidade Européia. Coordenado por Erik Millstone, professor do Science Policy Research Unit (SPRU), da Universidade de Sussex, o PorGrow teve como objetivo identificar um leque de opções de medidas que respondam ao desafio da obesidade, e que permitam que se faça o cruzamento de informações dessas perspectivas entre os países participantes da pesquisa: Reino Unido, França, Finlândia, Espanha, Itália, Polônia, Grécia,

Hungria e Chipre. Muitas das opções sugeridas fazem parte de políticas propostas no Brasil.

O PorGrow, já abordado no capítulo 1, teve início em 2004, patrocinado pela Comissão Européia, e constituiu um sistemático processo para identificar opções de políticas públicas chave que poderiam responder à tendência de crescimento da incidência da obesidade na Europa. Usando a metodologia do mapeamento multicritério, dados quantitativos e qualitativos foram obtidos de um amplo leque de organizações representantes dos mais relevantes grupos de interesse, em cada um dos nove países participantes do projeto.

Durante as entrevistas estruturadas, os *stakeholders* foram convidados a avaliar um conjunto de 20 opções de políticas e a propor ainda outras opções de políticas, cuja implementação fosse considerada importante. Para cada uma das opções os entrevistados deveriam atribuir uma pontuação, considerando as condições favoráveis ou desfavoráveis à sua implementação. Depois de atribuir a pontuação para cada uma das opções e dar-lhes pesos diferenciados, os entrevistados deveriam descrever os critérios usados para o julgamento feito. As entrevistas foram gravadas e transcritas para que o grupo de pesquisadores pudesse identificar as razões das escolhas dos critérios, pontuação e pesos (dados qualitativos). Os pesquisadores analisaram então o conjunto de respostas obtidas no contexto da incidência de aumento da obesidade nos estados membros, as mudanças de padrões de consumo de alimentos e da atividade física, e os debates sobre as respostas de políticas para a obesidade no contexto europeu.

A metodologia usada – *multi-criteria mapping* (MCM) – fornece uma série de elementos para analistas e tomadores de decisão sobre as visões dos *stakeholders* e também dicas de como eles podem ser envolvidos no desenvolvimento e implementação de ações práticas. Os dados obtidos nesse estudo, quando analisados dentro do contexto de saúde pública e política pública dos estados membros da Comunidade Européia indicam que há um amplo consenso de que para reverter a tendência de aumento da obesidade é necessário implementar um conjunto de medidas e que a elaboração e implementação dessas ações precisam ser coordenadas e integradas.

Um dos pontos fortes do método MCM é que ele provê os analistas com um sistemático quadro de preferências dos diferentes *stakeholders*, enquanto também destacam as razões detalhadamente e as incertezas associadas à questão. Por permitir que cada participante/entrevistado use seus próprios critérios de julgamento de uma opção de política, os

policy-makers podem identificar os aspectos das políticas que mais afetam e têm mais apelo para cada um dos entrevistados.

Os resultados do trabalho indicaram, entre as opções de políticas mais favoráveis, considerando-se como critérios principais que seja praticável, aceitável, efetivo e, preferencialmente, que tenha baixo custo de implementação:

- Educação para nutrição, focando não apenas as crianças, a partir da escola, mas também a população adulta, incluindo profissionais ligados à área da saúde, muitas vezes pouco preparados para responder às questões sobre obesidade;
- Obrigatoriedade da rotulagem de alimentos, com informações detalhadas sobre os alimentos e controle sobre propagandas de alimentos como forma de desafiar a obesidade. Tais opções refletem um custo para a indústria, mas são consideradas praticáveis e socialmente aceitáveis;
- A opção de sobretaxar alimentos considerados não-saudáveis não foi considerada uma alternativa “simpática” para os entrevistados. Já outra medida sobre a atuação da indústria, que é o controle da composição dos alimentos foi considerada efetiva, praticável e aceitável;
- A sugestão de promover mudanças nas formas de transporte público e planificação das cidades foi reconhecida como de alto nível de benefícios sociais e para a saúde da população. No entanto, os custos para o setor público foram considerados muito altos e a implementação dessa política seria bastante demorada. O aumento de oportunidades e acesso a esportes e práticas de exercícios físicos também foi tido como bastante importante, mas também impõe custos ao setor público. Já o estímulo ao uso de pedômetros (aparelhos que marcam a quantidade de calorias gastas), seria uma medida de baixo custo, mas foi considerada pouco efetiva.
- As possíveis intervenções farmacêuticas (aumento do uso de medicamentos que auxiliem o emagrecimento, a redução de apetite e outros, ou mesmo desenvolvimento de novas drogas com essas finalidades) dividiram as opiniões dos entrevistados. Alguns acreditam que seja uma alternativa efetiva e comercialmente e economicamente benéficas. Outros já duvidam de sua eficácia e pontuaram mal tal

opção em relação à aceitação social.

- Por último, a reformulação da política agrícola para o aumento de alimentos mais saudáveis foi considerada socialmente desejável e aceitável, porém, de alto custo e difícil de ser implementada (Millstone *et al.*, 2006).

2.4. Conclusões preliminares

A obesidade passou a fazer parte da agenda das políticas de saúde mais recentemente, mas ainda de forma um tanto marginal. Na Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), de 1999, reeditada em 2003, que é o mais importante instrumento para tratar das questões ligadas à alimentação e nutrição no país, a obesidade é abordada em duas diretrizes, com recomendações em meio a muitas outras mais voltadas à garantia de oferta de alimentos em quantidade e qualidade, segundo recomendações dos organismos internacionais como a FAO (Food and Agriculture Organization), das Nações Unidas, ou a OMS (Organização Mundial da Saúde), para uma população carente, vitimada pela fome.

O crescente número de pessoas acima do peso considerado ideal e de obesos ganha atenção em políticas governamentais que ajudam a controlar esse fenômeno, considerado uma epidemia pelos especialistas, principalmente da área médica. A promoção da saúde, o incentivo à atividade física, o estímulo ao retorno às dietas tradicionais dos povos são algumas medidas presentes nas políticas públicas, inclusive nas brasileiras, como a única forma possível de se conter o aumento do sobrepeso.

As políticas ressaltadas neste capítulo mostram que as medidas propostas seguem principalmente o caminho de se tentar evitar não só a obesidade, mas outras doenças crônicas não transmissíveis, como o diabetes, a hipertensão e o colesterol. Segundo a literatura da área da saúde, essas doenças caminham juntas e são responsáveis por um grande número de óbitos no país. Prevenir essas doenças não apenas reduziria o número de casos de morte ou de incapacidade, mas representaria também uma redução de gastos dos cofres públicos com cuidados, consultas, medicação e hospitalização desses pacientes, principal argumento para torná-las alvo de medidas que promovam o seu controle.

É desejável também que se consiga deter o aumento da obesidade antes dela alcançar o nível mais grave, da obesidade mórbida, quando a melhor opção de tratamento passa a ser a cirurgia bariátrica, um procedimento de alto custo que, apesar de apresentar muito menos riscos do que no início de sua implantação, ainda é um tratamento que oferece riscos aos pacientes. Tais riscos estão presentes tanto na cirurgia como no período pós-operatório, que exige cuidados nem sempre assumidos pelos pacientes. Entre esses riscos, os de ordem psicológica como o desenvolvimento de depressão e alguns tipos de compulsão são relatados pela literatura e preocupam a classe médica e outros profissionais do setor da saúde como psicólogos.

Entre as propostas importantes da PNAN e que devem surtir um grande resultado está o estabelecimento de uma política de monitoramento – o Vigitel – que está sendo realizado a cada ano, permitindo avaliar se as estratégias que vêm sendo adotadas estão atingindo os seus objetivos. A outra é a regulamentação de publicidade de alimentos, principalmente aqueles que atraem o público infantil com apelos de personagens e celebridades oferecendo alimentos pouco nutritivos, com altos teores de sal, açúcar e carboidratos. O objetivo da proposta é tentar extinguir o ambiente obesogênico, caracterizado pela grande oferta de alimentos pouco saudáveis, que promove hábitos alimentares inadequados, redução da atividade física, e ainda, a medicalização. Para conter o avanço da obesidade, é necessário mobilizar não só os governos, ou deixar a responsabilidade apenas para os indivíduos. É preciso convocar o mercado para cumprir seu papel sem a necessidade de o governo obrigar as empresas a adotarem medidas que promovam mais saúde.

Medidas como essas que estão sendo adotadas no Brasil, tiveram origem nos países industrializados, onde o problema da obesidade já se tornou uma preocupação de saúde pública há mais tempo. Vários governos vêm adotando iniciativas na tentativa de frear a tendência de crescimento dos índices de sobrepeso e obesidade de suas populações. Essas medidas vão desde a elaboração de guias alimentares a serem distribuídos nas escolas, capacitação de profissionais que lidam com a saúde básica, até ações dirigidas ao setor de produção e distribuição de alimentos.

É importante salientar que tanto o desenho quanto a implantação das ações políticas tratadas neste capítulo, são fortemente baseadas em produção de conhecimento e informação científica. É crescente o interesse pelo tema saúde, obesidade e nutrição no mundo e isso se reflete na pesquisa científica. O Brasil atingiu em 2001 a 18ª posição na produção de artigos

científicos (1/4 da produção mundial) e grande parte desses artigos tem sido na área da saúde, com grande foco para as áreas de alimentação e nutrição (Guimarães, 2006).

Guimarães (2006) escreve sobre um levantamento realizado pelo Global Fórum for Health Research em 2001, que mostrou um dispêndio de quase US\$ 106 bilhões com pesquisa e desenvolvimento em saúde em todo o mundo. As fontes públicas foram responsáveis por 44% e as privadas por 56% do montante e cerca de 96% dos recursos tiveram como fonte os países desenvolvidos.

No Brasil, entre 2000 e 2002, os dispêndios anuais médios com pesquisa e desenvolvimento em saúde alcançaram US\$ 573 milhões. No levantamento encomendado pelo Ministério da Saúde, foram incluídas todas as universidades e os institutos com atividade em pesquisa em saúde, os Ministérios da Saúde, Ciência e Tecnologia (e suas agências de fomento) e da Educação, além das principais agências estaduais de fomento à pesquisa. Segundo Guimarães, os dados relativos ao setor privado foram extraídos da Pesquisa sobre Inovação Tecnológica (Pintec), do IBGE e mostraram que o setor privado, representado pela indústria farmacêutica (245 firmas) e indústria de equipamentos de saúde (368 firmas), contribui com 23% dos recursos.

Em 2004, as atividades de saúde representavam cerca de um terço de toda a atividade de pesquisa no país, sem considerar as empresas. Vale ressaltar que grupos de pesquisa de todas as grandes áreas do conhecimento possuem linhas de pesquisa vinculadas ao setor de atividade “saúde humana”, sendo 50% dos grupos da área da saúde e pouco mais de 25% das ciências biológicas. Os demais são de outras áreas (Guimarães, 2006).

As políticas propostas mostram também a necessidade de se fortalecer o sistema de educação, com a formação de um maior número de profissionais para a área da saúde. Em termos de obesidade, área que envolve tratamentos multidisciplinares, há uma demanda crescente pela inclusão de profissionais que não trabalhavam diretamente com pacientes e em ambientes hospitalar.

Felippe e Santos (2004), por exemplo, abordam a importância da incorporação do assistente social nos tratamentos de obesidade, para cuidar da questão de inclusão/exclusão

desses indivíduos no contexto social, uma vez que o obeso é discriminado na sociedade. Do mesmo modo, psicólogos, educadores, comunicadores e outros profissionais, aos poucos descobrem uma nova área de atuação.

Merece destaque o projeto PorGrow, que está sendo finalizado na Europa, e que avalia opções de políticas que visam a reversão da tendência de aumento da obesidade no continente, a partir do estudo de caso de nove países. Este projeto consegue dar uma visão mais ampla de quais medidas poderão ser mais efetivas, uma vez que são analisadas em conjunto com os principais interessados na questão, entre eles representantes da área da saúde, de ministérios, da indústria de alimentos, de associações de consumidores, agricultores, entre outros. Essa análise ajuda a saber quais dessas ações seriam mais facilmente implementadas, considerando-se sua viabilidade em termos de rapidez, custos e aceitação social.

No Brasil, ainda não há um projeto que envolva os mais importantes *stakeholders*, mas sim políticas impostas pelo governo, com a proposta de o problema ser tratado de forma intersetorial e interministerial, com uma divisão sobre as responsabilidades desde a garantia de acesso a alimentos mais saudáveis até a rotulagem de alimentos que já é obrigatória. Porém, poderia ser desenvolvido no país um projeto semelhante ao PorGrow, que envolvesse outros atores ligados de alguma maneira à questão para definir políticas que levem à redução do problema da obesidade, ou diretamente com a população, que também deveria ter sua opinião a respeito das responsabilidades sobre o aumento dos índices de sobrepeso no país, e também de quais ações teriam mais efetividade caso fossem implementadas. Esse público ficou de fora também da pesquisa europeia o que, segundo o próprio coordenador da pesquisa, seria importante, mas teria que ser objeto de um estudo separado²².

Este capítulo tratou das políticas públicas de controle ou tratamento da obesidade no Brasil e no mundo. Ele complementa as idéias apresentadas no capítulo anterior que traz um quadro de avanço da obesidade e de doenças relacionadas em todo o mundo, uma situação que teve início nos países desenvolvidos, e foi se alastrando para outros países assim como a cultura alimentar do *fast-food* e as novas tecnologias.

²² Sobre a implementação do PorGrow e entrevista com P. Millstone, ver: Pallone, S. Programa internacional sugere políticas públicas para deter o aumento da obesidade na Europa, *Cienc. Cult.* vol.59 n.2 São Paulo Apr./June 2007.

Nesses dois primeiros capítulos a obesidade é abordada sob o ponto de vista médico, como uma doença, que devido às suas características de rápida disseminação e a não restrição a um grupo específico, tem sido considerada uma epidemia. Segundo esses autores, a obesidade é causada por fatores biológicos, econômicos e ambientais. Este é o ponto de vista mais difundido a respeito da obesidade.

No próximo capítulo, porém, a epidemia de obesidade será discutida sobre outros pontos de vista, de outras disciplinas, como o da sociologia e da antropologia, mostrando-se como, a partir desse exemplo da obesidade, a sociedade constrói a idéia de uma epidemia. Assim como outros comportamentos e condições físicas, a obesidade é fruto desse processo de medicalização, do qual fazem parte atores diversos, como governos e mercado e cujos papéis também serão descritos a seguir.

3. MEDICALIZAÇÃO DA OBESIDADE

Acredita-se que o Brasil enfrenta hoje uma epidemia que precisa ser combatida pelos indivíduos com o apoio de políticas públicas, que ajudem a controlar todos os fatores que influenciam direta ou indiretamente a promoção do aumento do peso das populações (v. Capítulos 1 e 2). A evolução do quadro da obesidade no país pode ser observada nos inquéritos realizados nacionalmente, pelo Ministério da Saúde, nos últimos três anos. Em 2006, a porcentagem era de 11,6, média para homens e mulheres de todas as 26 capitais do país mais o Distrito Federal. Em 2007, foi de 12,3% e em 2008, de 13,0%. Com base neste crescimento sem precedentes, não faltam declarações de especialistas de que a obesidade já apresenta características que lhe permitem ser considerada uma epidemia²³. Da perspectiva dos estudos sociais da ciência e da tecnologia (ESCT), referencial analítico desta pesquisa, um problema de saúde é identificado como tal, definido como doença e sujeito a medidas preventivas e terapêuticas através de um processo denominado medicalização. Este, de acordo com os ESCT é um processo social, do qual participam os mais variados atores, com destaque para os profissionais da área da saúde, os laboratórios farmacêuticos e a mídia, representada pela imprensa e pela área de propaganda e publicidade²⁴.

Este capítulo traz o referencial conceitual e analítico sobre medicalização da sociedade, apresentando os principais elementos que constituem esse processo, os atores que fazem parte e o papel de cada um deles. Alguns exemplos são citados e analisados, além da obesidade, para dar uma visão mais clara das diferentes maneiras pelas quais um comportamento ou condição

²³ Uma vez que este trabalho trará análise de peças jornalísticas, podemos tentar compreender epidemia, segundo definição apresentada pelo Manual de Redação da Folha de S. Paulo (2006): Aumento súbito do número de casos de uma doença em determinado local. Para Carvalheiro (2008), epidemias devem ser consideradas não como um tipo especial de doença, mas sim como parte de um complexo processo de distribuição de patologias no tempo e no espaço.

²⁴ A influência da Publicidade e Propaganda não será analisada neste trabalho, com análise de peças publicitárias, ou anúncios, como será feito com notícias de jornal. Porém, em muitos momentos ela aparece como estimuladora tanto de corpos magros, como incentivadora do uso de medicamentos para emagrecimento e outras terapêuticas para o mesmo fim, inclusive as cirurgias bariátricas.

física, que poderia passar despercebida, adquire o *status* de doença, passível de tratamento médico. Nesse processo, o estigma²⁵ tem um lugar de destaque. Através do processo de medicalização, o portador da condição física ou comportamento que se destaca da “normalidade” – obesidade, Distúrbio de Déficit de Atenção, alcoólico – tem sua responsabilidade individual reduzida sobre o comportamento ou a aparência que não agradam a comunidade.

O capítulo está dividido em cinco itens. O primeiro *O processo de medicalização* apresenta a classificação que Peter Conrad, um dos mais reconhecidos autores que trabalham nesta linha, criou para a medicalização. Em seguida, apresenta a questão de como a obesidade passou a ser considerada uma epidemia nos Estados Unidos, conceito rapidamente expandido para outros países, embora o capítulo se concentre em tratar de Brasil e Estados Unidos.

O segundo aborda a *Obesidade como estigma social*, quando esse corpo almejado não é viável, não é alcançado. Aqui é mostrado como o modelo de beleza atrelado à magreza foi construído ao longo do tempo. São mostrados também fragmentos de discursos de mulheres que conseguiram superar o estigma após a realização da cirurgia bariátrica.

Em *Controle social sobre o corpo* é tratado o caminho percorrido pelos indivíduos, principalmente as mulheres, até chegarem ao padrão de beleza estabelecido pela sociedade atual, que é o do corpo magro, duro, malhado, sarado.... O oposto disso vem a seguir, no item que trata da *Legitimação da ciência e da profissão médica*, fruto do processo de secularização da sociedade e que dá suporte para que a medicalização se instale.

Sendo a medida padrão, adotada pela OMS para determinar se as pessoas e as populações estão acima, abaixo ou dentro da normalidade do peso, o índice de massa corporal é tratado em um item à parte, em *IMC: um instrumento tecnológico de controle social*, embora já tenha sido

²⁵ O termo estigma refere-se, entre outros significados, a um atributo físico, considerado depreciativo, por ser uma característica diferente da prevista pelo grupo social. A pessoa deixa de ser considerada comum, é diminuída em sua potencialidade e discriminada pelo grupo (Goffman, 1978). As pessoas que possuem alguma condição estigmatizante sofrem antecipadamente com possíveis reações hostis, independentemente de as terem sofrido alguma vez, carregando um permanente estresse relativo ao estigma (Stuber *et al*, 2008; Goffman, 1978). Essa situação leva o estigmatizado a evitar confrontar-se com os normais. A pessoa se auto-isola, tornando-se ainda mais desconfiada, deprimida, hostil, ansiosa e confusa (Goffman, 1978).

abordado no capítulo 1 deste trabalho. A discussão sobre padrões de normalidade é extrapolada para outras doenças. Por último, é introduzida a participação da mídia no processo de medicalização, no item denominado *Medicalização e mídia*, questão que será tratada mais profundamente, a partir da análise de reportagens de jornal, no capítulo seguinte a este.

3.1. O processo de medicalização

A medicalização é um processo pelo qual um problema (comportamental, físico etc), até então, não médico, passa a ser tratado como um problema médico, recebendo atenção dos profissionais médicos, sujeito a um diagnóstico médico, assim como a um tratamento médico (Conrad, 1992). Há muitos comportamentos e condições que nas últimas décadas passaram a ser medicalizados, como o transtorno de déficit de atenção, a anorexia, a infertilidade, a dependência química e de álcool e, também, a obesidade.

Peter Conrad (1992) classifica a medicalização em três níveis:

- Conceitual - quando se assume a linguagem médica para tratar do problema; neste nível, a participação do médico não é obrigatória;
- Institucional - quando uma organização especializada assume o problema (agora médico). O médico pode fazer parte do processo, mas no dia-a-dia, quem assume o tratamento dos pacientes são profissionais, não médicos. A organização especializada legitima a doença como tal;
- Interacional - quando a relação médico-paciente é bem firmada. O médico diagnostica o problema do paciente como uma doença ou um distúrbio e passa a tratá-lo, com ou sem o auxílio de medicamentos ou outros procedimentos médicos, como a prescrição de remédios ou de uma cirurgia, por exemplo.

A obesidade está entre os muitos problemas humanos que passaram a ser tratados como doença, principalmente a partir dos anos 1970. Embora Conrad (2007) afirme que a obesidade, assim como o alcoolismo, não seja amplamente vista como doença pela classe médica, ela não é apenas associada a outros problemas de saúde como hipertensão, doença cardíaca ou diabetes, mas também é vista como um mal em si. Ela se enquadra nos três níveis de medicalização definidos por Conrad (1992), apresentando mais ou menos características de cada um dos níveis,

dependendo das circunstâncias em que se encontrarem os envolvidos – obeso, médico, profissional da saúde não-médico, agentes de saúde pública.

Na década de 1990, a obesidade ganhou status de epidemia. Um estudo conduzido por Mokdad *et al.* (1999) observou um aumento da prevalência de obesidade nos EUA de 12,0%, em 1991, para 17,9%, em 1998. Houve um aumento gradual em todos os estados, observado em ambos os sexos, sem diferenciação para grupos etários, raças e níveis educacionais, levando os autores à conclusão de que para reverter a tendência, a adoção de estratégias para manutenção e perda de peso deveria ser uma prioridade de saúde pública. Flegal e colegas, em 2002 apresentaram os resultados do III National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III), que mostrava um aumento de cerca de 8 pontos percentuais da obesidade na população americana entre 1988 e 1994.

Dados adicionais considerados pelos pesquisadores sugeriam que a tendência ao aumento da obesidade seria crescente, contrastando com o período entre 1960 e 1980 quando a prevalência permanecia estável. Uma preocupação dos pesquisadores relacionava-se ao fato de o *survey* ter como base a auto-informação, situação em que o entrevistado tende a minimizar o seu peso e aumentar alguns centímetros de sua altura, ou seja, a situação real poderia ser mais agravante do que a encontrada no *survey* (Flegal *et al.*, 2005). Hill e Peters (1998) também trataram da epidemia, atribuindo o aumento da prevalência ao ambiente – disponibilidade de alimentos e tamanho das porções – e à incapacidade do sistema fisiológico humano de controlar o ganho de peso, diante do consumo abundante de alimentos.

Em 1998, os National Institutes of Health (NIH) publicaram um guia com orientações primárias para identificação, avaliação e tratamento do sobrepeso e obesidade em adultos, fruto de um painel que reuniu 23 especialistas, sob a coordenação do endocrinologista Xavier Pi-Sunyer. Os peritos analisaram metódica e criticamente uma vasta quantidade de evidências científicas publicadas sobre a obesidade e sua relação com outras doenças, entre as quais estariam a pressão arterial, colesterol elevado, diabetes tipo 2, acidente vascular cerebral, doença coronariana, cânceres, osteoartrite, apnéia do sono, e também sobre farmacoterapia e cirurgia. A motivação dos especialistas foram os resultados do NHANES III, que anunciava que 97 milhões de norte-americanos estariam em situação de sobrepeso e obesidade nos Estados Unidos na época e custos totais atribuíveis à obesidade estimados em US\$ 100 bilhões anuais (NIH, 1998).

Em 2002, Katzmarzyk publicou um breve relato sobre um estudo realizado com a população adulta entre os anos de 1985 a 1998 mostrou que a prevalência da obesidade no Canadá mais que dobrou em 13 anos, em praticamente todos os estados, com uma incidência menor em Quebec e British Columbia (Katzmarzyk, 2002). Esses são alguns dos muitos exemplos de como a obesidade passou a ser tratada como doença a partir dos anos 1970 e principalmente como epidemia, depois dos anos 1990, como já foi retratado no capítulo 1.

“Nos anos 1970, médicos bariátricos (especializados em obesidade), compunham uma esotérica e talvez estigmatizada especialidade. Hoje, cirurgias de *bypass* gástrico são comuns para os sintomas extremos de obesidade (sobrepeso mórbido)” (Conrad, 2007, p. 119). Em 2003, nos Estados Unidos, pacientes e suas seguradoras gastaram US\$ 3,5 bilhões em 144 mil *bypasses* gástricos e cirurgias similares, segundo a American Society of Bariatric Surgery (Freudenheim, 2005, *apud* Conrad, 2007). No Brasil, em 2003 foram realizadas 1.778 cirurgias bariátricas, a um custo de US\$ 1,87 milhões para o Sistema Único de Saúde (SUS), sem contar as cirurgias feitas no setor privado. Em 2008, este número cresceu para 3.195 cirurgias, a um custo de cerca de US\$ 8,370 milhões (R\$ 15.736 milhões)²⁶. Ainda que os gastos com essa intervenção no Brasil estejam muito longe da magnitude daqueles realizados nos Estados Unidos, a tendência ao crescimento no Brasil é clara, lembrando que refletem apenas gastos públicos.

Conrad (2007) destaca um dado importante no que diz respeito à medicalização da obesidade nos Estados Unidos. Em 2004, a Medicare²⁷ alterou seu discurso no qual afirmava que a obesidade não era uma doença. Tal decisão abriu a perspectiva de o programa apoiar de forma mais incisiva os tratamentos para conter a condição do sobrepeso e obesidade, inclusive as cirurgias. O secretário do Departamento de Saúde e Serviços Humanos à época afirmou que, com a nova política, a Medicare seria capaz de rever as provas científicas a fim de determinar quais intervenções melhoram a saúde de idosos e deficientes americanos que são obesos e

²⁶ Dados do Banco Central em Oliveira (2007) e site do Senador Tião Viana PT/AC (http://www.tiaoviana.com/index.php?option=com_content&task=view&id=1171&Itemid=2)

²⁷ Medicare é um Programa de Seguro de Saúde, do Governo dos Estados Unidos, oferecido para pessoas com 65 anos de idade ou mais, pessoas incapacitadas com idade inferior aos 65 anos e pessoas de todas as idades com doenças renais em estágio avançado (com falência renal permanente que necessite de diálises ou transplante) (HHS.gov: <http://www.medicare.gov/MedicareEligibility/home.asp?version=default&browser=Firefox|3|WinXP&language=English>. Acessado em 10 de maio de 2009).

sofrem com muitas doenças associadas à obesidade. Além disso, a medida carregava a expectativa de obter novas evidências científicas de que os tratamentos para obesidade seriam capazes de reduzir o risco de doenças cardíacas e outras (Longley, s/d; Conrad, 2007).

A definição de obesidade foi amplamente abordada no capítulo 1. Mas, retomando brevemente o assunto, de acordo com Sichieri (1998, p.6), o problema está relacionado com 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”. A medida mais comumente utilizada para determinar se uma pessoa sofre de excesso de peso é o índice de massa corporal (IMC)²⁸, que é calculado pela divisão do peso pela altura ao quadrado. Um IMC igual ou acima de 30 kg/m² caracteriza a obesidade e igual ou acima de 40 kg/m² a obesidade grave, também chamada de severa ou mórbida. Sichieri (1998) explica que tanto o peso quanto o índice de massa corporal medidos pela relação peso (em kg) / altura (em m)² têm alta correlação com as medidas de gordura corpórea. Nesse sentido, quando a medida é realizada individualmente, um alto IMC pode, na verdade, expressar uma grande concentração de massa muscular e sendo assim, o IMC poderia ser considerado uma medida de sobrepeso e não de obesidade, uma vez que a massa livre de gordura é pouco variável. Ainda segundo a autora, há variações de massa livre de gordura entre grupos populacionais, como por exemplo, entre brancos e negros. Para ambos os grupos, altas prevalências de sobrepeso significam alta prevalência de obesidade (Sichieri, 1998).

Essa diferenciação exige que, após definido o indicador de obesidade no nível populacional, sejam estabelecidos os pontos de corte de IMC considerados normais para cada grupo, não apenas em relação a populações, mas também a sexo e faixa etária. O termo “peso normal” usado no início dos anos 1980 foi substituído pelo termo “peso saudável”, a partir de meados dos anos 1990. A nova terminologia surgiu em decorrência de estudos de coorte²⁹, cada

²⁸ O índice de massa corporal é amplamente aceito como indicador de estado nutricional, principalmente pela facilidade de sua mensuração e grande disponibilidade de dados de massa corporal e estatura para comparação em estudos epidemiológicos, permitindo refletir, não apenas o status de sujeitos individualmente, mas também, o estágio de saúde, social e econômico de grupos populacionais (Anjos, 1992; WHO, 1995).

²⁹ Estudos de coorte são estudos observacionais, nos quais os indivíduos são classificados (ou selecionados) segundo o status de exposição, sendo seguidos para avaliar a incidência de uma doença. Fonte: www.iesc.ufrj.br/cursos/epigrad/int_epidemiol/.../coorte.ppt

vez mais controlados em relação ao tabagismo e à existência de co-morbidades. O peso saudável é aquele que está situado nas faixas de IMC que representam maior sobrevida e menor risco de morbidade e mortalidade. Com base nos estudos que relacionam o IMC com morbidade e mortalidade, a Organização Mundial da Saúde define como sobrepeso, valores de IMC acima de 25 kg/m² e, obesidade, valores acima de 30 kg/m² (Sichieri, 1998, OMS, 1995).

Além de ser definida como doença que merece tratamento médico, a obesidade é considerada fator de risco para outras enfermidades ou problemas de saúde. Ela agrava doenças cardiovasculares, do aparelho digestivo, cânceres, problemas nos ossos, entre outros males, reforçando a “necessidade” de ser tratada. Admitindo-se que o processo de engordar se dá principalmente pelo desequilíbrio da relação ingestão de alimentos *versus* queima de calorias, se a atividade física compensar a ingestão de alimentos, não ocorre o acúmulo de gordura, exceto em casos específicos caracterizados por outras doenças.

Como sobrepeso e obesidade podem ter origem biológica, psicológica ou comportamental, as propostas de tratamentos para combate ao sobrepeso e obesidade são diversas. São incontáveis as dietas divulgadas nos diferentes tipos de revistas – especializadas em saúde, femininas, semanais –, nos jornais diários e em sites e blogs sobre os mais variados temas. Essas dietas são amplamente difundidas não apenas pelos meios de comunicação, mas constituem também um nicho de grande repercussão no mercado editorial, além da comunicação interpessoal (o famoso boca a boca). Algumas dessas dietas tornaram-se mundialmente famosas, como a do cardiologista Robert Atkins, que alcançou notoriedade nos anos 1980.

Atkins se propunha a fazer emagrecer rapidamente com a retirada total de carboidratos e açúcar da alimentação, priorizando o consumo de proteínas³⁰ e permitindo a ingestão de gorduras. O objetivo da dieta é promover um processo chamado de cetose, no qual o organismo usa a gordura acumulada como fonte de energia. Anos mais tarde, outro cardiologista, Arthur Agatston, criou a Dieta de South Beach, uma variação menos radical da anterior que, além de permitir a introdução de algum carboidrato no cardápio, e também frutas, sugere a gordura monoinsaturada, enquanto na dieta de Atkins, todas as gorduras são permitidas sem restrição de

³⁰ Sobre dietas hipoglicídicas e hipocalóricas ver editorial de Luís César Póvoa para a revista Arq. Bras. Endocrinol e Metab., vol. 48, n° 2, abril 2004.

quantidade. As duas dietas levam ao emagrecimento rápido – cerca de 4 a 5 quilos nas duas primeiras semanas –, mas ambas recebem as mesmas contra-indicações.

No site do Comitê de Médicos para uma Medicina Responsável –CMMR (Physicians Committee for Responsible Medicine, s/d), um artigo alerta para os riscos da dieta com grande restrição aos carboidratos, lembrando que a Associação Americana do Coração, a Associação Americana de Dietética e o Fundo Americano para o Rim também já haviam publicado documentos alertando sobre os perigos associados a essas dietas. O artigo destaca estudos que comprovaram que a dieta de baixo teor de carboidratos não é mais eficaz que outras dietas que incluem todos os grupos de alimentos. Os riscos que os especialistas atribuem a essa dieta derivam do fato de que incluem quantidades de colesterol, gordura, gordura saturada e proteínas acima do recomendado como seguro pela Academia Americana de Ciências.

Há também uma restrição a essas dietas porque apresentam, na maioria das vezes, baixos teores de fibra dietética e outros importantes componentes. Ainda segundo o artigo do CMMR, o Comitê de Nutrição do Conselho sobre Nutrição, Atividade Física e Metabolismo da American Heart Association afirma que “dietas de alto teor de proteína não são recomendadas por restringirem o consumo de alimentos saudáveis, que fornecem nutrientes essenciais e não fornecem a variedade de alimentos necessários para atender adequadamente às necessidades nutricionais. Indivíduos que seguem essas dietas correm, portanto, risco de comprometimento do aporte vitamínico e mineral, assim como o potencial cardíaco, renal, ósseo, do fígado e alterações globais” (Physicians Committee for Responsible Medicine, s/d). Em 2008, o neurologista francês Pierre Dukan lançou o livro *Eu não consigo emagrecer – A verdadeira dieta francesa*, também com base na ingestão de grande quantidade de proteínas e redução de carboidratos para promover o emagrecimento ligeiro, mas que, pelos mesmos motivos, deverá receber dos endocrinologistas e nutricionistas, principalmente, as mesmas críticas.

Além dessas, há diversas outras recomendações dietéticas para perda de peso, como: a “dieta dos pontos”, que limita a quantidade de calorias atribuindo pontos para cada alimento, mas que prevê a ingestão de todos os grupos nutricionais; os programas Vigilantes do Peso, que usam um sistema de pontos também, e Meta Real (Método Tático de Reabilitação Alimentar), que usa um disco de papelão que indica o que, quanto e como comer. O disco é dividido em três grupos alimentares, cada um deles representado por uma faixa colorida. Esses programas

incluem reuniões com médicos, ou outros profissionais da área da saúde, como forma de apoio para manter a motivação e o foco no objetivo de emagrecer. Outras milhares de dietas surgem a cada dia, à base de *shakes*, sopas, sucos, algumas com respaldo de estudos científicos, outras tendo como referências as celebridades que da noite para o dia afinam seus corpos com dietas, exercícios físicos e, em alguns casos, com o auxílio de alguma medicação e intervenções, tais como lipoaspiração ou cirurgia bariátrica.

A prática de exercícios é recomendada para promover a redução de peso e também para garantir o controle de outras doenças associadas ao excesso de peso como o diabetes e as doenças cardiovasculares, como foi dito nos capítulos anteriores. A própria Organização Mundial da Saúde estabelece programas de estímulo a essa prática e governos federais, estaduais e municipais desenvolvem algumas iniciativas nesse sentido (v. Capítulo 2). Mas a indicação de medicamentos para tratar a obesidade ou, em muitos casos, ajudar na perda de alguns quilos extras é uma das práticas corriqueiras dos profissionais médicos. Embora sejam esses medicamentos bastante controversos, com histórico de efeitos colaterais negativos intensos, e pouca eficácia, ainda são importantes coadjuvantes ao processo de emagrecimento.

Segundo Mancini e Halpern (2002, p.497), “o tratamento farmacológico da obesidade é uma área de bruscas mudanças e desenvolvimento de novos produtos e proposta”. Foi, por muito tempo, uma terapêutica controversa, principalmente devido a erros no uso racional dos agentes disponíveis, generalização da prescrição de medicamentos, abusos na comercialização de cápsulas manipuladas, entre outros. Além disso, o tratamento farmacológico só se justifica em conjugação com orientação dietética e mudanças no estilo de vida e não cura a obesidade. Quando interrompido, o paciente geralmente recupera o peso (Mancini e Halpern, 2002).

Essa dificuldade que os obesos têm de manter o peso ou facilidade de recuperar os quilos em excesso que foram eliminados tem fomentado a procura por outro tipo de tratamento: a cirurgia de estômago ou bariátrica. A cirurgia tem sido o principal recurso para obesos mórbidos perderem o excesso de peso, manter o peso atingido³¹ e reduzir o risco de doenças associadas à

³¹ Embora em entrevista à TV UOL, no dia 07/11/2008, o médico endocrinologista da Universidade de São Paulo (USP), Bruno Zilberstein, tenha afirmado que de 15 a 20% dos pacientes operados voltam a engordar após a cirurgia. Ver em <http://mais.uol.com.br/view/1575mnadmj5c/medico-fala-sobre-riscos-da-cirurgia-da-obesidade->

obesidade. As cirurgias de estômago são realizadas desde 1950 nos Estados Unidos, mas nos últimos anos a procura por esse tipo de procedimento nesse país vem aumentando exponencialmente – em 1990 foram realizadas 4.900 cirurgias e em 2003, 144.000. Esse aumento é atribuído às melhorias no campo de conhecimento, aperfeiçoamento das técnicas que reduziram o risco de óbitos e também pelo crescimento da demanda, uma vez que a cada dia mais e mais pessoas se vêm na situação de sobrepeso e obesidade e recorrem a essa alternativa como sendo o último recurso (Salant e Santry, 2006; Conrad, 2007).

A cirurgia é recomendada para indivíduos que tenham IMC igual ou maior que 40 kg/m^2 , ou acima de 35 kg/m^2 contanto que tenham alguma doença associada, como diabetes mellito, por exemplo. Em 2004, havia estimativas de que mais de 5 milhões de americanos seriam possíveis candidatos à cirurgia bariátrica (Livingston e Ko, 2004; Salant e Santry, 2006). Essa demanda potencial se deve em grande parte às mudanças ocorridas na sociedade ao longo dos últimos 30 anos, com avanço no uso de tecnologias e alterações significativas nos hábitos de vida das pessoas. Os hábitos alimentares em particular, porque passaram a incluir uma quantidade muito maior de açúcares, sal e gorduras em sua dieta. Alimentação inadequada associada ao sedentarismo proporcionado em parte pelos avanços tecnológicos e ainda ao aumento da expectativa de vida e outros (consumo de medicamentos, depressão) resultaram nesse aumento da população com sobrepeso, candidata à operação.

Mas há outras razões para o aumento da procura pelas cirurgias (Salant e Santry, 2006). Segundo as autoras, são caminhos que levam a ou reforçam discursos culturais, práticas sociais e estruturas econômicas. Uma evidência do aumento da popularidade da cirurgia bariátrica na sociedade americana é sua disseminação entre celebridades e a atenção dada pela mídia a esse tipo de terapêutica, inclusive a sua forte presença na Internet. Os cirurgiões e clínicas que oferecem a cirurgia bariátrica encontraram na mídia amplo espaço para se comunicar diretamente com o paciente que pode ser considerado um consumidor, mais do que um paciente que precisa de cuidados relacionados à saúde. Também houve uma proliferação de anúncios de centros de cirurgia bariátrica na Internet que ultrapassaria outros meios de divulgação (Salant e Santry, 2006). Em um levantamento feito entre 2004-2005, cujos dados não foram publicados,

Santry constatou que, de 813 cirurgiões bariátricos americanos, 58% divulgavam seus serviços por meio da web.

No Brasil, esse fenômeno também já encontra campo. Apenas no site da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica há 28 indicações de sites de centros que realizam cirurgia de estômago, que podem ser acessados livremente. O conteúdo varia pouco. A maioria deles traz informações sobre a “doença” (em vários deles existe esse item no menu principal, já caracterizando a obesidade como tal, como em <http://www.francoerizzi.com.br/index.html>), o cálculo para o Índice de Massa Corpórea (<http://www.cirurgiadaobesidade.net/index.php>), tratam da cirurgia em si, explicando em que situações ela é indicada, quais são os benefícios e as técnicas aplicadas pela equipe do centro, detalhando cada uma com ilustrações e fotos inclusive. Muitos trazem dicas do processo pré-operatório e pós-operatório (<http://www.cirurgiadeobesidade.med.br>), depoimentos de operados (<http://www.cirurgiaobesidade.med.br>), artigos e currículo dos profissionais da equipe (<http://www.obesidadesevera.com.br>), informes sobre reuniões de grupos de pacientes que se reúnem antes e depois da cirurgia (<http://www.precisoemagrecer.com.br/capa>). Alguns são bem didáticos em relação à cirurgia e as técnicas em si, outros procuram abordar a questão de forma mais ampla, trazendo ainda recomendações sobre alimentos, dietas e qualidade de vida (<http://www.viva.med.br>). Alguns sites alertam para a seriedade da cirurgia, da necessidade de mudança de estilo de vida após a cirurgia e até mesmo sobre possíveis complicações. Evidentemente, a Internet é só um meio que facilita o acesso às informações a respeito da cirurgia, bem como sobre todas as questões ligadas à obesidade. Mas o que leva as pessoas a optarem por essa terapêutica ou outra, ou seja, um dos fatores preponderantes que levam à medicalização é o estigma da obesidade.

3.2. Obesidade, um estigma social

Na literatura médica e nutricional a obesidade é tratada como um problema clínico que se manifesta na aparência física e no padrão de comportamento do indivíduo. Apenas recentemente a causa social e suas conseqüências têm sido avaliadas e o estigma tem recebido mais atenção. Nas sociedades ocidentais, onde a mobilidade social é desejada, o sobrepeso não só é visto como

prejudicial à saúde como representa também uma mácula para a aparência, constituindo-se numa espécie de vergonha social (Almeida, 2005; Anaruma, 1995; Cahnman, 1968).

Analisando pesquisas relacionadas ao estigma³² social da obesidade – com especial ênfase para o fator moral, que tem importância decisiva tanto para o diagnóstico quanto para o tratamento –, Cahnman (1968) sugere que nos casos de sobrepeso exorbitante (acima de 100% do que preconizam as medidas estabelecidas pela OMS), a obesidade raramente é diagnosticada como sendo de caráter predominantemente endocrinológico. A obesidade patológica é encarada como acidental, e não deliberada, um desvio ou uma doença.

O autor cita um estudo feito com adolescentes e jovens adultos (10 a 25 anos de idade) – etapa em que o organismo e o desenvolvimento intelectual atingem a maturidade, mas falta ainda estabilidade emocional ao indivíduo. A infância tem sido prolongada nas sociedades ocidentais, e o resultado disso é que podemos encontrar homens e mulheres totalmente desenvolvidos, mas impedidos de afirmar a si mesmos uma vida num contexto social. Conseqüentemente, o vazio é preenchido por uma profunda ansiedade quanto ao seu mérito e eficácia. Dentre as possíveis reações a essa marginalidade juvenil figura a obesidade que, perigosamente, pode definir o tom para toda a vida (Cahnman, 1968).

Um estudo realizado por Seltzer e Mayer, publicado em 1964 e citado por Cahnman (1968), no *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, classificou meninas obesas por seu tipo físico. Três tecidos determinam o tipo corporal de uma pessoa: musculatura, ossos e reservas de gordura. Com base nesses três componentes, foram definidas três características físicas: 1) endomorfia – percebida pelas formas arredondadas do corpo; está relacionada às reservas excessivas de gordura, principalmente em volta da cintura; 2) mesomorfia – percebida pela robustez de uma pessoa; definida pelo volume de músculo da composição corporal; 3)

³² O termo estigma foi originalmente usado pelos gregos para se referir a sinais corporais para expor algo incomum ou ruim sobre o status moral de uma pessoa. Os sinais eram cortes ou queimaduras no corpo e indicavam que o portador era um escravo, um criminoso, ou um traidor, motivos pelos quais deveria ser evitado, principalmente em locais públicos. Na era cristã, foi adicionada ao termo, a metáfora religiosa relativa aos sinais corporais da santa graça, que formam flores eruptivas na pele (nos mesmos pontos em que Cristo teria sido pregado na cruz). A outra metáfora surgida na época se refere a sinais de desordem física. Hoje, o termo é amplamente usado no sentido original, mas é mais aplicado para designar a vergonha corporal. Fonte: Goffman, Erving, *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978.

ectomorfia – é a linearidade, ou seja, está relacionada ao comprimento dos ossos e superfície da pele. Quanto mais longos os ossos de uma pessoa, mais longilínea ela é e mais componente ectomórfico ela tem. No estudo foi observada entre as meninas obesas, uma taxa elevada da combinação de endomorfia e mesomorfia, e ectomorfia extremamente baixa – 8.45, 4.33 e 1.21 pontos na escala de Sheldon³³ respectivamente. Uma proporção alta da variância (36%) de endomorfia se manteve mesmo depois de as jovens obesas perderem gordura suficiente para terem um peso normal, de acordo com a medida padrão de IMC preconizada pela OMS. Esses resultados indicam que a endomorfia não se transforma facilmente em mesomorfia ou ectomorfia e o contrário também não acontece. Além disso, aparentemente aqueles que possuem mais ectomorfia são menos suscetíveis de obesidade do que os que têm mais pontos para a endomorfia e em menor grau para a mesomorfia. Isso significa dizer que, se outros fatores, como a ingestão de alimentos ou a quantidade de exercícios praticados, permanecerem iguais, endomórficos ainda tenderiam a ser mais macios e redondos e os ectomórficos lineares e frágeis.

O editorial do JAMA em que foi publicado o estudo de Seltzer e Mayer manifestou concordância com a conclusão dos autores no sentido de que a pessoa obesa precisa ser vista como uma vítima de circunstâncias anatômicas, e não como um glutão. Mas a conclusão de que a obesidade desse modo se torna um problema médico, antes de ser um problema moral, é apenas superficialmente adequada. Na verdade, o problema moral se manifesta fortemente se aqueles que, de fato, não são responsáveis pela sua condição não deixam de ser responsabilizados por ela. É essa questão moral que reforça o estigma da obesidade.

O obeso é criticado, na maioria das vezes, como se sua condição se devesse única e exclusivamente a ele próprio, que é visto como relaxado, depressivo ou alguém que não tem amor próprio, argumento reforçado pelas palavras de Castro (2001, p. 97),

³³ William Sheldon, psicólogo americano, dedicou sua vida observando a variedade dos corpos humanos e seus temperamentos e desenvolveu medidas antropométricas que permitam diferenciar cada indivíduo. Com uma escala de 1 a 7 ordena-os, em relação às três dimensões: endomorfia, mesomorfia e ectomorfia. O conjunto dessas medidas é expresso em graus, ao longo da escala de distribuição. O somatotipo resultante é expresso em números: o primeiro significa o grau de endomorfia, o segundo de mesomorfia e o terceiro o de ectomorfia. Por exemplo, um somatotipo de 7-1-1 é o endomorfo extremo. Fonte: Gomes, M.H.J. O estudo científico das diferenças interindividuais. *Psicopedagogia Online - Educação e Saúde*. Disponível em: <http://www.psicopedagogia.com.br/artigos/artigo.asp?entrID=226>. Acesso em 15/ago/2009.

...os manuais de auto-ajuda, a mídia e os conselhos dos *experts* em saúde levam os indivíduos a acreditarem que as imperfeições e defeitos corporais são resultado da negligência e ausência de cuidado de si. Com disciplina e boa vontade, qualquer um pode alcançar uma aparência mais próxima do padrão de beleza vigente. Àqueles que não o alcançam é reservada a estigmatização, o desprezo e a falta de oportunidades.

Para Fischler (1995), o obeso, que ele trata, sem cerimônia, de “gordo”, convive com um constante julgamento moral sobre si, sempre sob a suspeita ou condenação por comer demais e não ter controle sobre o seu apetite. Ele próprio se sente culpado por não se enquadrar no perfil que a sociedade espera e por não ter o comportamento alimentar esperado. “Ele parece violar regras que governam o comer, o prazer, o trabalho e o esforço, a vontade e o controle de si” (Fischler, 1995, p.74). É como se ele estivesse consumindo uma parte de alimentos além da que lhe cabe. Ou seja, a obesidade remete à glotonaria, percebida como uma violação à regra de divisão de alimentos na sociedade, um dos fundamentos da organização social, o que remete à “animalidade”, segundo Fischler (1995). Ao violar uma regra social, o que se espera desse sujeito é que ofereça uma contrapartida à coletividade, e é com base nesta troca simbólica que se irá determinar se o obeso é maligno ou benigno, na avaliação deste autor.

Não são poucos os exemplos de obesos que são “perdoados” por desrespeitarem essa regra da divisão dos alimentos e desafiarem os novos padrões de beleza que estabelecem a magreza como o ponto certo – Fischler usa *enbompoint*³⁴ para definir boa saúde – no campo das artes, principalmente. Cantores, atores, figuras públicas carismáticas fazem da sua gordura um diferencial e ganham a permissão para manter seu peso excessivo. Outros exemplos de gordos bons são os meninos e meninas camaradas que, para serem aceitos no grupo social, aceitam as brincadeiras, ajudam os colegas em suas tarefas, tornam-se confidentes, mesmo que nunca façam realmente parte do grupo, e que não sejam convidados para as festas, mas aceitam pagar esse preço para não serem totalmente rejeitados (Fischler, 1995).

Do lado oposto do “gordo” benigno, há a figura do obeso maligno. Os representantes desse perfil são encontrados em diversos personagens de obras artísticas, mas são também figuras reais, encarnados em homens poderosos, ricos, exploradores, o que leva a associação da gordura às pessoas de má índole. As figuras destacadas por Fischler (1995) são geralmente do

³⁴ Palavra francesa, surgida no século XVI, com conotação positiva de boa saúde.

sexo masculino, tanto na representação do obeso benigno quanto do maligno, embora esses estereótipos sejam válidos também para mulheres.

O obeso é discriminado socialmente, no ambiente de trabalho, no lazer e mesmo em família (Vilhena, Novaes e Rocha, 2008; Felipe, 2003). A gordura é associada à feiúra, ao desleixo e até mesmo à fraqueza de caráter. E, nesse processo de responsabilização do indivíduo por seu corpo, a partir do princípio de autoconstrução, a mídia e, especialmente, a publicidade, tem um papel fundamental. O corpo virou “o mais belo objeto de consumo” e a publicidade, que antes só chamava a atenção para um produto exaltando suas vantagens, hoje em dia serve, principalmente, para produzir o consumo como estilo de vida, procriando um produto próprio: o consumidor, perpetuamente intranquilo e insatisfeito com a sua aparência (Goldenberg e Ramos, 2002).

Porém, não são apenas as imagens publicitárias que têm o poder de produzir as preocupações obsessivas com a aparência; outros veículos como novelas, programas de televisão, reportagens de jornais e revistas, vendem ilusões que, ao tomarem como referência o discurso científico dos especialistas – médicos, psicólogos, nutricionistas, esteticistas, professores de educação física, entre outros – prometem perfeição estética, desde que sejam cumpridas, rigorosamente, todas as suas orientações – mesmo que estas sejam contraditórias (Goldenberg e Ramos, 2002).

Almeida (2005) avaliou um grupo de oito mulheres com IMC igual ou acima de 40 kg/m², ou seja, com obesidade severa, que se submeteram à cirurgia bariátrica em um hospital privado em Goiânia (GO). Por meio de depoimentos, o autor mostra situações que revelam o preconceito a que essas mulheres são submetidas no cotidiano³⁵.

As declarações das entrevistadas pelo pesquisador mostram como elas se tornaram vítimas de chacota e de atitudes preconceituosas. Mostram o tipo de humilhação e hostilidade às quais o

³⁵ A autora desta tese participou de duas reuniões em grupos de pessoas que aguardavam para fazer a cirurgia bariátrica no Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas, com 80% de mulheres em sua constituição – a maioria delas obesas severas –, o que lhe permite atestar que as experiências descritas por Almeida (2005) representam problemas comuns no dia a dia das pessoas que carregam o mesmo estigma. Essas observações não foram sistemáticas, tinham como objetivo conhecer o ambiente e os atores de uma prática médica de tratamento e controle de obesidade, razão pela qual não foram usadas como base empírica para este trabalho. Depoimentos de obesos severos em blogs e em comunidades inscritas em sites de relacionamento reforçam as declarações das entrevistadas de Almeida.

obeso é submetido, além de inspirar uma variedade de denominações e apelidos pejorativos e até mesmo atitudes de piedade. Uma das entrevistadas declarou que se sentiu muito ofendida quando uma colega da faculdade disse que um dia ela não conseguiria mais frequentar por não caber na cadeira da sala. Outra se queixou do comentário de um colega do trabalho, quando da reformulação do escritório, alertando que as passagens deveriam ser largas para que ela conseguisse passar. Uma terceira se sentiu bastante humilhada num coletivo, quando um rapaz, vendo que ela se sentaria a seu lado, ocupou a cadeira com uma mochila. Ao chegar uma moça “magrinha, bonita, ajeitadinha”, segundo ela, ele retirou a mochila para ceder o lugar. Em outro depoimento, uma das entrevistadas se queixou da própria família, dizendo que o pai e a mãe, também obesos, a criticavam por comer demais e estar engordando muito: “Você é tão nova, tão bonita, pelo amor de Deus ..., pára de comer”. “Você vai ficando triste”, diz a entrevistada (Almeida, 2005, p. 101).

Outros exemplos apresentados por Almeida (2005) revelam a autocensura dessas pessoas e o comportamento de auto-exclusão, quando uma delas diz, por exemplo, que jamais toma um sorvete no shopping com vergonha do que os outros iam dizer se a vissem consumindo um doce. Outra diz que não se senta nas cadeiras da praça de alimentação do shopping de sua cidade com receio de ficar presa ou de a cadeira se quebrar. Ficar reclusa por todo o final de semana era a opção de uma das mulheres consultadas na pesquisa. Ela disse que nem notava que tinha esse comportamento, mas que considerava que isso era mais fácil, ou seja, era mais fácil se esconder do que encarar um mundo que ela assumia que não queria vê-la.

O que os trabalhos de Almeida, Novaes, Vilhena e Rocha, Castro, Felipe e muitos outros mostram – sem falar nas inúmeras peças jornalísticas e publicitárias que vemos cotidianamente –, é que o indivíduo obeso, seja essa obesidade leve, seja severa, não se enquadra no padrão estético considerado normal, nem pela ciência e tampouco pela sociedade. Os padrões estabelecidos culturalmente pela nossa sociedade ocidental contemplam como bonito, saudável ou “normal” o indivíduo que possui o corpo magro, esbelto e, se possível, esculpido ou “malhado”, usando o jargão das academias de ginástica. O sujeito que não se enquadra nesse perfil será discriminado e, no caso do obeso, principalmente o obeso severo, por ser um estigma físico visível (diferentemente de estigmas como ser portador do HIV, esquizofrênico e outras

doenças ou comportamentos), o tipo de estigma é caracterizado por desacreditado, ou seja, sua característica distintiva é conhecida ou imediatamente evidente (Goffman, 1978).

Esse padrão de beleza magra se impõe já na Idade Média, segundo Elias (1994, *apud* Almeida, 2005), quando surgem preocupações na sociedade de conter determinados comportamentos excessivos, mesmo entre os nobres europeus. Começam a ser escritos tratados ou manuais de regras de cortesia, os quais incluem algumas posturas corporais. Mira (2004, *apud* Almeida, 2005) destaca entre essas novas condutas estabelecidas entre os séculos XVI e XVIII, a condenação aos excessos corporais, dentre eles a embriaguez e a comilança. É nesse período que começa a se delinear o ideal de corpo mais contido, refinado e esbelto.

Boero (2003) apresenta Sylvester Graham, um ministro da igreja presbiteriana, como sendo o primeiro americano a observar o peso. Em 1930, Graham começou uma cruzada contra a gula e o excesso de sexo, sugerindo o retorno a uma simples e natural dieta frugal, pois os excessos na alimentação e no sexo seriam formas de ferir a moral. Essa volta à simplicidade refletia um reformismo moral do tempo e da necessidade de afastar o demônio da gula. Ele defendia que essa alimentação mais leve, comedida, teria lugar dentro das casas, à mesa, e dependia da participação da mulher, especialmente das mães³⁶.

Vigarello (2006) afirma que desde o XVII já desponta na sociedade o desejo pela magreza. Segundo ele, autores da época descreviam estratégias usadas pelas mulheres para emagrecer. Fabio Glissentti distinguiu em 1609 as misturas para emagrecer que as venezianas e napolitanas usavam. As primeiras misturavam nozes da Índia, amêndoas, pistaches, pinhões, sementes de melão, carne de perdiz e de capão. Juntavam açúcar e consumiam a mistura de manhã, seguida de um grande copo de Chypre. As napolitanas, por sua vez, usavam arroz, cevada, gergelim e favas. Jean Liébault descreve mulheres da corte francesa que aspiravam caldo de leite de jumenta ou de cabra ao despertar para ficar com boa tez e estar em bom estado. Ele diz também de práticas extremas como mulheres jovens serem açoitadas para introduzir pó de giz, para que ficassem magras e esbeltas (Vigarello, 2006).

³⁶ Nos últimos anos, Michael Pollan, um jornalista americano, apresenta um discurso sobre o retorno a uma alimentação mais frugal, sem conservantes, longe das lojas de *fast-food*, exaltando a alimentação que era preparada pelas nossas avós. Ver *Em defesa da comida: um manifesto*, Editora Intrínseca, 2008.

Desde o final do século XIX, o emagrecimento era almejado principalmente pelas mulheres e começa a ser mais explicitado na sociedade, conforme descreve Vigarello (2006, p. 131)

Os contornos se tornam mais vigiados e menos dissimulados. A alusão aos regimes ou aos exercícios se torna mais premente. Um trabalho sobre si impõe, em princípio, maior embelezamento nos anos 1880: inquietude marcante que revela, entre outras coisas, o “desespero” de Madame Desforges ante sua rival em Felicidade das senhoras, incapaz de adotar o último modelo de capa por causa de um corpo tornado “um pouco robusto”.

Importante impulso foi dado a essa busca pelo emagrecimento com a criação de um mercado do embelezamento, constituído por novos “produtos de beleza”, “cuidados com a beleza” e os “grandes magazines”. Era preciso adequar o corpo à silhueta das vestes oferecidas nesses magazines, principalmente, adelgaçar certas partes do corpo, em especial, os quadris. A obesidade, segundo o autor, ganha nesse sentido uma singularidade “feminina”, pois são as mulheres que iniciam esse processo de afinamento das formas e não os homens e, em função do embelezamento, mais do que uma preocupação com a saúde. Data desse período, final do século XIX, o anúncio de pílulas para emagrecimento: Cardina, cuja publicidade prometia o efeito de diminuir os quadris, o ventre, adalgarçar o porte, e Gigartina, que tinha os mesmos propósitos, mas ainda diminuiria o queixo (Vigarello, 2006).

A ditadura da magreza começa a se impor de várias maneiras. As propostas de regimes começam a ser difundidas a partir de 1890, não obrigatoriamente para emagrecer, mas muitas vezes com a recomendação “para não engordar”. A *Enciclopédia ilustrada das elegâncias femininas*, por exemplo, propõe, em 1892, sete métodos diferentes, enquanto a revista *La Vie Parisienne*, trazia oito receitas em 1896, e o *Carnet Féminin*, dez, em 1903. Como nos dias de hoje, as dietas não apresentam uma uniformidade nas informações, com cada uma delas sugerindo, por exemplo, que a pessoa interessada em afinar as formas deveria tomar uma determinada quantidade de água ao dia – 562 g em 24 horas preconizadas por um dos métodos, contra vários litros indicados por outros. Vigarello (2006) insiste, no entanto, que o que chama a atenção é a regularidade em que o tema aparece e também para o fato de se propor um combate às formas mais “nuançadas”, linhas consideradas “fortes”, e não somente a obesidade.

Independentemente da questão da beleza, já no final do século XVII, quando começam a aparecer os primeiros impactos das novas descobertas científicas, principalmente aquelas relativas à mecânica industrial, que alteraram radicalmente a vida de milhões de pessoas no

mundo todo, o debate sobre as questões corporais e o consumo excessivo de alimentos aparece no discurso médico como sendo causador de doenças e mortes prematuras (Almeida, 2005).

No Brasil, o estabelecimento da magreza como padrão de beleza data da segunda metade do século XIX, com a inserção das mulheres nos eventos sociais, tais como saraus, bailes e teatros (Almeida, 2005). Nessas oportunidades, as mulheres deviam mostrar sua habilidade em conversar e ser elegantes. A beleza, em especial das magras, já era um atributo defendido como importante entre os homens, deplorando-se a imagem mais tradicional da matrona obesa, antes valorizada por suas formas mais exuberantes. A influência dos viajantes europeus, principalmente os ingleses, no estabelecimento desse novo padrão de beleza foi fundamental (Stenzel, 2002; Almeida, 2005). Eles traziam como referência os corpos magros em moda na corte européia. A moda do espartilho teve início no século XIX, com a invenção dos ilhoses e o uso de barbatanas de baleia, determinando o modelo das cinturas minúsculas, exaltando a figura longilínea e desvalorizando a figura da mulher gorda.

Stenzel (2002) se refere a uma reportagem da revista *Veja*³⁷ que descreve como o modelo de beleza da mulher, com formas arredondadas e carne flácida, como era a Marquesa de Santos – personificação da mulher sedutora – sofreu uma mudança a partir dos anos 1890. O novo padrão de beleza feminina passou a ser a silhueta mais fina, em corpos espremidos em espartilhos. E para combater o excesso de peso, algumas recorriam a comprimidos de arsênico (Stenzel, 2002).

Em tempos recentes, essa referência de beleza magra tem levado muitas mulheres principalmente, mas homens também, a realizarem verdadeiras epopéias para atingir esse padrão. Goldenberg e Ramos (2002) dizem que assistimos a uma crescente glorificação do corpo, sobretudo com uma exposição cada vez maior desse corpo que antes era escondido. Isso leva a uma nova moral, a da boa forma, que exige dos indivíduos não apenas o controle de suas pulsões, mas também o autocontrole de sua aparência física, o que se traduz, principalmente, em magreza.

O medo irracional do excesso de gordura ou “lipofobia” é um fenômeno crescente nos países ocidentais desenvolvidos e em desenvolvimento, como o Brasil. A gordura é a grande inimiga da “boa forma”, quase uma doença, principalmente para aqueles que querem ter um

³⁷ Pastore, K. e Capriglione, L. O feitiço do tempo, Revista *Veja*, 4 de fev. de 1998.

corpo “sarado”, com musculatura definida, típico da cultura da “malhação”. Nesse contexto, que classifica, hierarquiza e julga a partir da forma física, não basta não ser gordo, é preciso construir um corpo firme, musculoso e tônico, livre de qualquer marca de relaxamento ou de moleza (Goldenberg e Ramos, 2002, Lipovetsky, 1997). O oposto disso, ou seja, a gordura, a flacidez ou a moleza são símbolos da indisciplina e da falta de cuidado consigo.

Essa fobia da gordura leva uma grande quantidade de pessoas a buscar academias de ginástica, tratamentos estéticos para redução de gordura (massagens, aplicações de medicamentos para queimar gordura, crioterapia) e cirurgias plásticas, nas quais o Brasil é um dos países mais requisitados. Ribeiro (2003) compara as duas formas mais comuns de adequar o corpo ao padrão esperado – ou determinado – pela sociedade ocidental. Seriam a “malhação” e a cirurgia plástica, sendo que esta elimina de uma vez a gordura. Mas a ginástica não é excluída nunca, pois serve, em seguida a uma cirurgia, para manter o corpo obtido, evitando um segundo procedimento.

Helman (1994, *apud* Almeida, 2005) reforça que, nas sociedades ocidentais industrializadas, as pessoas, em particular as mulheres, não medem esforços para adequar o corpo aos padrões definidos culturalmente. Essas alterações vão desde o uso de aparelhos ortodônticos para corrigir a posição dos dentes, passando pela cirurgia plástica de nariz, orelhas e queixo. Ultimamente, tornaram-se comuns as próteses de silicone nos seios e glúteos, dentre outras intervenções. É interessante notar como, ao mesmo tempo em que a sociedade elege determinados padrões estéticos, cria as maneiras de fazer com que um maior número de pessoas se enquadre neles, de modo que os corpos se apresentem da melhor maneira aos olhos dos outros.

Não é à toa que, no Brasil, o número de cirurgias estéticas cresce a cada dia. Segundo reportagem publicada no jornal *Folha de S. Paulo* em 13/02/2009 (Collucci, 2009), com base em informações da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP), o número de cirurgias plásticas cresceu muito entre 2004 e 2008. As intervenções em mamas, por exemplo, foram 151.000 em 2008, contra 117.579 em 2004. Em relação aos procedimentos de lipoaspiração, em 2008 foram contabilizados 91.000 feitos por cirurgiões plásticos, sem contar os procedimentos realizados por cirurgiões gerais. Em 2004 foram 198.137, mas o procedimento ainda se concentrava no âmbito da cirurgia plástica. A reportagem relata que, das intervenções estéticas realizadas, 33% são de mamas, das quais 74% para aumento dos seios; 20% são lipoaspirações – lembrando que são dados da SBCP e que não estão contabilizados os procedimentos realizados por outros cirurgiões

–; 15% abdômen; 9 % pálpebras; 7% face; 7% nariz; 10% outras. Quanto ao sexo dos pacientes, em 2008, 88% eram mulheres.

Um dado interessante se refere ao prestígio mundial dos cirurgiões brasileiros, o que faz com que muitos estrangeiros, na verdade, estrangeiras, venham fazer as intervenções no país. Ainda segundo reportagem da *Folha*, 5% dos pacientes submetidos às cirurgias estéticas em 2008 eram estrangeiros, sendo 3% não residentes e 2% residentes no Brasil. Parte desse sucesso pode ser atribuída ao conceituado cirurgião Ivo Pitanguy, que salienta em seu currículo ter operado muitas pessoas importantes no país e no mundo, mas diz orgulhar-se por sua clientela englobar todas as classes sociais (Ribeiro, 2003).

O antropólogo norte-americano Alexander Edmonds (2002) escolheu tratar das cirurgias plásticas no Rio de Janeiro em sua dissertação de mestrado, motivado pela homenagem feita a Pitanguy por uma escola de samba que fazia apologia à cirurgia plástica. Para o antropólogo a popularização da cirurgia plástica levanta questões sobre a relação entre beleza e classe social, conforme explicita Ribeiro (2003, p.3)

A democratização da cirurgia plástica revela questões como: se beleza é um direito, quais os vínculos entre classe social e beleza? O autor encontra nas teorias eugênicas do século XIX, e nas teorias do hibridismo que influenciaram o Brasil naquele século, a explicação da mistura como causa de degenerescência e feiúra da raça. A medicina formula biologicamente a diferença, sendo que os ideais estéticos brasileiros passam a ser definidos como possíveis através das cirurgias plásticas.

Essa medicalização da diferença, da qual tratam Edmonds e Ribeiro, tem sido apontada, sobretudo por estudos feministas, mostrando uma percepção de que o corpo feminino – e as práticas de embelezamento a ele relacionado – se constituíram em formas de controle social. O sujeito contemporâneo vive “corporificadamente” sua subjetividade ao incorporar padrões estéticos locais de uma forma medicalizada, como o faz uma enorme porcentagem de mulheres que se submetem às cirurgias plásticas estéticas ou outros procedimentos que adéqüem o seu corpo ao padrão determinado culturalmente.

3.3. Controle social sobre o corpo

“A era da lipofobia encontra-se no século XXI como uma tendência crescente de racionalização, medicalização e, principalmente, de uma intervenção, muitas vezes desenfreada

no corpo, afetando tanto mulheres quanto homens” (Almeida, 2005, p. 51). A magreza é um dos mais importantes componentes de aparência aceitável para o sexo feminino. As mulheres indicam que perder peso é uma meta importante na vida e frequentemente essa opção está acima de outros objetivos, como seguir em frente com suas carreiras e trabalhos ou, ainda, ter sucesso nas relações (Almeida, 2005, p.51). Em uma história em quadrinhos, a cartunista argentina Maitena brinca com a situação, perguntando em cada um dos quadros o que é melhor do que ser linda, jovem, elegante, jovem, elegante, bem-sucedida, famosa, milionária, feliz ou encontrar o homem da vida. E a resposta é sempre a mesma: ser magra.



Ilustração 3.1. Peça do livro *Mulheres Alteradas 3*, da cartunista argentina Maitena (2003, p. 39)

A questão é recorrente nas revistas femininas que trazem, a cada edição, até mais de uma reportagem sobre o assunto, sugerindo novas dietas, tratamentos, exercícios. Mesmo as revistas semanais brasileiras, com frequência, abordam a questão da busca pela magreza ou pelo corpo

perfeito, com o mesmo viés. Ou tratam do tema via prática de exercícios, sua importância, tendências, quais são as novidades nas academias, ou pelo viés da saúde, nesses casos, colocando a obesidade como a epidemia em voga que, sendo uma doença grave, acarreta outras doenças, ocasionando custos exorbitantes para o sistema de saúde público e privado do país. Há ainda as revistas que tratam exclusivamente dos cuidados com o corpo³⁸, priorizando a prática de exercícios, dietas e alguns tratamentos de estética, entre elas a *Boa Forma* e a *Corpo a Corpo* que, ao lado do comportamento de freqüentadores de academias, foi objeto de estudo da tese de doutorado de Castro (2001).

Nestas publicações voltadas para o público feminino proliferam também as propagandas de produtos emagrecedores, clínicas de estética, tratamentos. Lipovestky (1997) diz que “a magreza tornou-se um mercado de massa”, que promove, a cada ano, um faturamento alto para a indústria dos regimes, composta de preparados dietéticos hipocalóricos, clínicas especializadas em emagrecimento (*spas*), clínicas de estética que oferecem tratamentos para emagrecer, e até mesmo os medicamentos para emagrecimento. Segundo ele, dificilmente hoje, uma mulher não sonha em ser magra. Mesmo aquelas que nunca apresentaram excesso de peso.

Mas, para Almeida (2005), baseado em Crandall (1994) e McKinley (2004), esse enfoque no desejo pela magreza é reforçado pelo que ele chama de expressões da moda – “auto-estima”, “atitude”, “gostar de si mesmo”. Para outras autoras (Ribeiro, 2003; Sant’Anna, 1995), são representações da cultura “psi”³⁹, que tenta fazer com que o indivíduo tenha maior satisfação consigo e com seu corpo e esconde as pressões sociais que as mulheres sofrem para serem magras, esbeltas e sensuais. Além de magro, ainda é desejável que o corpo feminino seja firme, o que se consegue com horas de prática de exercícios ou pelas intervenções cirúrgicas. Mesmo quando a proposta está no âmbito das academias de ginástica, ambiente que foge do domínio da área médica, a busca pelo corpo perfeito passa pela questão da saúde-doença. A magreza não é

³⁸ Outros títulos, entre os de maior circulação no país, que se enquadram na mesma categoria que *Boa Forma* e *Corpo a Corpo*, que é Qualidade de Vida, são: *Saúde*, *Women’s Health*, *Vida Simples*, *Dieta Já*, *Viva Saúde e Estilo Natural* (Mídia Dados, 2009).

³⁹ A cultura “psi” refere-se às ‘práticas psi’ que podem ser definidas por três diferentes campos de saber e áreas de atuação profissional. São elas a psicologia, a psiquiatria e a psicanálise. Fonte: Kosta, F. Blog Psikanalise. Disponível em: <http://psikanalise.blogspot.com/2009/07/as-praticas-psi.html>. Acesso em 20/08/2009.

imposta apenas pela questão da beleza, mas também porque a gordura acarretaria uma série de outras doenças que, com a prática de exercícios, mesmo que moderados, seria possível evitar ou atenuar.

No caso das cirurgias plásticas, essa medicalização dos corpos já fica mais evidente. O domínio médico fica claro, porque essa maneira de adequar o corpo aos padrões desejados pelo indivíduo/sociedade utiliza toda uma estrutura médica. Exigem-se exames pré-operatórios, preparação, anestesia, cuidados pós-operatórios e envolve uma equipe de profissionais de saúde em todo o processo. Embora muitas pessoas tratem as lipoaspirações e lipoesculturas de maneira bastante banal, trata-se de um procedimento delicado, que tem, inclusive, levado muitas mulheres ao óbito (Ribeiro, 2003).

Esse culto à beleza e, em especial, à magreza, é difundido pelos meios de comunicação, pela indústria cultural e por diversas ciências. Com tantas opções para modificar o corpo, o discurso de muitas revistas e médicos e mesmo laboratórios farmacêuticos que divulgam remédios para emagrecimento é que “só é gordo quem quer”. Essa afirmação é praticamente o mesmo que dizer que só é feio quem quer, uma vez que a beleza está associada à magreza. A pressão social sobre o indivíduo para que tome atitudes individuais para controlar o seu peso, para que seja magro, para que se enquadre no padrão estético estabelecido pela sociedade moderna ocidental o impulsiona rumo a essas práticas. Ou, no caso daqueles que fracassam nessa missão, para comportamentos anti-sociais, para a depressão e possíveis doenças decorrentes da não-aceitação de seu corpo e de sua identidade.

Vários autores indicam que esse controle social é muito mais efetivo no corpo da mulher. São diversos os estudos que mostram como, cada vez mais, o corpo feminino é sujeito ao controle social⁴⁰ por meio da medicalização. Situações exemplares se constroem em torno do parto, da reposição hormonal, da supressão da menstruação e da tensão pré-menstrual, entre outras (Oudshoorn, 1994; Lupton, 1997; Manica, 2003; Ramirez-Galvez, 2003; Conrad, 2007). Estudos feministas apontam, inclusive, a profissão médica como uma instituição patriarcal, que usa definições sobre saúde debilitada e doença para manter uma relativa desigualdade no que

⁴⁰ Entendido aqui como um conjunto de regras, hábitos e costumes pelos quais a sociedade tenta manter a ordem (Dicionário de Termos de Antropologia, da Oregon State University, disponível em: <http://oregonstate.edu/instruct/anth370/gloss.html>).

concerne à atenção às mulheres. A elas se atribui um status de suscetibilidade na medida em que a profissão médica vai tomando cada vez mais controle sobre áreas da saúde feminina em que as mulheres tinham pleno domínio, como a gravidez e até mesmo o nascimento, que era feito pelas parteiras (Lupton, 1997).

Uma possível explicação para tal susceptibilidade vem de um estudo realizado, em 2004, com médicos residentes de serviços de ginecologia e obstetrícia de um hospital do Rio de Janeiro. Foram entrevistados sete médicos, sendo cinco mulheres e dois homens. Segundo os autores (Gilbert *et al.*, 2006) a análise dos depoimentos revelou a percepção de mulher como qualificada e/ou definida pelo atributo de ser mãe. Associadas a essa identidade, características como nutriz, cuidadora, gestora da família, apareceram no discurso dos entrevistados como sendo temas da essência feminina. Em nossa sociedade, masculino e feminino são dissociados, são reduzidos a estereótipos de homem e mulher, fixando atributos e cristalizando comportamentos. Tenta-se vincular seus significados a aspectos biológicos, atribuindo ao masculino – não exclusivamente ao homem – elementos como atividade, agressividade, competição, linearidade e intelecto. Ao feminino – não exclusivamente à mulher – são designados elementos como receptividade, passividade, o cuidado, o cíclico e o obscuro. Não existe um entendimento de que todas essas características possam ou devam estar presentes em todo ser humano, mesmo que em maior ou menor grau, constituindo a psique humana (Gilbert *et al.*, 2006).

Os autores chamam a atenção para um tipo de abordagem comum nos trabalhos sobre gênero e suas conexões com sexualidade e corpo, que enfatiza a marcação biológica das diferenças, salientando certo determinismo. Ao homem são conferidas características como temperamento de caçador, competitivo, lutador. Ele é o agente dos processos sociais, enquanto que a mulher é vista como a cuidadora, cooperativa, ou seja, ela é aprisionada numa função reprodutiva biológica. Os entrevistados apontaram as conquistas das mulheres em termos de espaço, na sociedade, no ambiente de trabalho, de realização, autonomia, linearidade, mas acreditam que tais conquistas ainda sejam permeadas por antigos padrões conflitantes, que a deixam ainda reticente diante de certas responsabilidades, presa a esse papel predominante. Conforme disse um deles: “É de ser meio pára-raios, o centro da família, aquela coisa do seio (...), Ainda é assim: A coisa da mãe” (Gilbert *at al.*, 2006, p. 944).

Ser mãe é o aspecto principal da natureza da mulher, conforme o difundido no século XIX, quando a medicina higienista estabeleceu “mapas de saúde” para guiar a família, inicialmente a burguesa, nas novas formas de convívio, demarcando os espaços de sociabilidade em vigência a partir de então. Esse modelo iguala homem e mulher às figuras de pai e mãe, respectivamente, estabelecendo padrões reguladores a serem seguidos no domínio da sexualidade. Para fixar esses modelos, realçou-se a conduta machista peculiar ao homem, assegurando sua dominação sobre a mulher; e à mulher, sua aliança com o poder médico, circunscrevendo sua sexualidade à estabilidade conjugal e responsabilidade com os filhos, originando a “mulher nervosa”.

A histerização do corpo da mulher foi uma estratégia de saber e poder sobre o sexo, cujo dispositivo foi a exacerbação do conteúdo sexual no corpo da mulher, permitindo sua incorporação ao campo das práticas médicas, como intrinsecamente portador de doença e o estabelecimento das relações dessa mulher com o social, com a família e com a criação dos filhos através do componente orgânico.

Nessa ótica, a mulher utiliza-se do corpo adoecido e do sexo para reclamar seus direitos ou escapar às exigências familiares impostas pela higiene, e o médico manteria a sexualidade feminina sob controle através da medicalização⁴¹ (Gilbert *et al.*, 2006).

Além da pressão no sentido da estética estabelecida socialmente, os autores que estudam o fenômeno da medicalização, tais como Irving Zola, Eliot Freidson e Ivan Illich, são citados por Lupton (1997) por sua argumentação a respeito do papel de regulação social que a medicina assumiu a partir dos anos 1970, que tradicionalmente era realizado pela religião e pelo direito. Segundo a autora, Illich sustentou que a medicina, ao invés de melhorar a saúde das pessoas, é responsável pela diminuição da capacidade de autonomia para lidar com sua própria saúde. O que todos esses autores observam é que a medicina, como tem sido praticada nas sociedades ocidentais, apesar de ser pouco eficiente no tratamento de uma ampla gama de condições e de acarretar uma série de efeitos colaterais, tem conseguido acumular cada vez mais poder e influência sobre as pessoas. Vemos, a cada dia, surgirem novas especialidades médicas e um

⁴¹ Alguns estudos feministas trazem análises interessantes sobre a dominação do corpo feminino, a autoridade médica e a medicalização. Ver Haraway, D. (2004); Purdy, L. (2001).

número cada vez maior de comportamentos ou problemas sociais passou a ser medicalizado e visto como doença pela ótica da medicina (Conrad, 2007; Purdy, 2001; Lupton, 1997).

Muitos pacientes procuram os consultórios médicos com queixas que logo se transformam em doenças, passíveis de intervenção biomédica, reforçando uma tendência à medicalização, conforme afirma Tesser (2007, s/p),

A ação profissional neste ambiente de idéias e valores tende a transformar toda queixa em síndrome, “transtorno” ou doença de caráter biológico, desligando-a da vida vivida pelo doente, considerando-a realidade distinta e independente. Em doenças crônicas, cada vez mais freqüentes, ocorre o isolamento de fatores de risco que se destacam da vida e passam a ser considerados causas isoladas, combatidas através de comportamentos “saudáveis” prescritos do mesmo modo que drogas e cirurgias. Estas últimas, mais o fetiche dos exames complementares, são o carro-chefe da cultura medicalizada. Assim, na interpretação e intervenção biomédicas há nítida tendência medicalizante⁴².

E, enquanto esse processo de medicalização se acentua, a autonomia dos indivíduos leigos sobre o seu corpo e a sua saúde se enfraquece. O termo medicalização é usado na literatura sociológica com uma conotação negativa, pois ser “medicalizado” não é uma situação desejável. E, nesse sentido, o papel do profissional médico envolvido em qualquer etapa desse processo é visto de forma crítica, assim como sua posição e poder praticamente exclusivo para definir e tratar as doenças. A opinião e os conhecimentos dos pacientes, ou seja, dos leigos que passam a ser pacientes lhe são subordinados (Lupton, 1997). Essa vulnerabilidade do paciente diante do profissional médico é ainda maior entre pessoas de classes socioeconômicas menos favorecidas, em que conhecimentos de toda ordem, e não apenas sobre a área médica e da saúde, são escassos. Isso leva à quase total subordinação às decisões do profissional médico. Mas é curioso observar como, mesmo entre as pessoas que têm acesso à informação técnico-científica e nível educacional mais elevado, o domínio da classe médica se mantém.

Garbin *et al.* (2008) fizeram um levantamento bibliográfico para avaliar uma disputa entre Eliot Freidson e Marie Haug. Segundo o artigo, Freidson contesta a idéia de Haug de que o

⁴² Illich I. *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina*. 4ª ed. São Paulo: Nova Fronteira; 1981; Tesser, C.D. Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.* V.10, n.20, p.347-62, jul/dez 2006.

crescente acesso ao conhecimento científico acabaria por desmistificar a profissão médica, reduzindo o seu poder, autoridade e prestígio social. No entender da autora, o cidadão, ciente de seu estado de saúde, teria melhores condições de resistir à postura paternalista do médico. Apesar de entender que o conhecimento advém da experiência e que, portanto, não é facilmente decodificado e guardado (Haug, 1973, *apud* Garbin *et al.*, 2008), esta autora defende desde os meados dos anos 1970, que a profissão médica estaria perdendo seu *status* profissional, pois estaria deixando de controlar as informações que lhe foram outrora exclusivas.

Freidson (1993, 1989, *apud* Garbin *et al.*, 2008), no entanto, não concorda com Haug, uma vez que, para ele, a relação entre médico e paciente baseia-se na autoridade do primeiro em relação ao segundo. Essa autoridade deriva do conhecimento que o primeiro tem sobre o problema que o segundo vive; pelo menos supostamente é ele que detém esse conhecimento. Como esse conhecimento é aplicado e resolve, em geral, os problemas do segundo, o paciente se submete a essa autoridade. Para ele, a distância entre o conhecimento leigo e o científico sobre determinado tema continua existindo. “A noção de que a população apresenta hoje, em média, um melhor nível educacional que no passado, é verdadeira, mas a suposição de que isso reduz o “*gap*” de conhecimentos entre a medicina e o consumidor da saúde é válida somente se o conhecimento e a técnica médica tivessem estagnado e não tivessem evoluído” (Freidson, 1989, *apud* Garbin *et al.*, 2008, p.581).

Para Freidson o acesso à informação não reduz a autoridade e o prestígio social do médico, nem promove sua desprofissionalização. Pelo contrário, ao buscar informações sobre a ciência, o cidadão comum inscreve-se cada vez mais na lógica dominante da medicina ocidental. Com isso, o paciente semeia o terreno para que o diagnóstico e o tratamento médico sejam aceitos mais facilmente. O profissional, por seu lado, não pode estar desatualizado, ele deve ser mais *expert* que seu paciente (Garbin *et al.*, 2008).

Segundo Conrad (1992), há autores que sugerem que a medicina deixa de lado a religião como uma ideologia moral dominante (Zola, 1972) e substitui a religião como uma instituição de controle social nas sociedades modernas (Turner, 1984, 1987, *apud* Conrad, 2007). Alguns exemplos citados tratam da infertilidade, que passou do desígnio divino para a jurisdição médica; o suicídio, que de certa forma se tenta evitar via medicalização nos dias de hoje e a anorexia nervosa, que se tornou um problema médico nas últimas décadas e poderia ser explicado como a

busca pela perfeição do corpo, quando antes, as pessoas eram mais ligadas à religião se buscava a perfeição do espírito e não do corpo.

Conrad (1992) salienta, entretanto, que é verdade que a medicina põe de lado a religião como padrão moral, mas a interface entre religião e medicina é mais complexa que a simples secularização poderia sugerir. Embora o imperialismo médico não possa ser considerado a explicação central para a medicalização, a organização e estrutura da profissão médica nos últimos 30 anos têm um importante papel neste processo. O domínio e o monopólio têm um papel significativo em dar à medicina a jurisdição, a legitimidade sobre praticamente tudo o que se classifica ou se rotula como saúde ou doença (Conrad, 1992).

O aspecto de controle social da medicina foi conceitualizado inicialmente por Parsons (1951, *apud* Conrad, 1992), quando ele descreveu doença como um desvio e a medicina e seu papel de cura como um apropriado mecanismo de controle social. Há várias definições sobre controle social médico, mas, em termos de medicalização, o grande poder do controle social vem da autoridade para definir certos comportamentos, pessoas e coisas (Conrad e Schneider, 1980, *apud* Conrad, 1992). Assim, a questão-chave permanece determinante: o poder de dispor de um conjunto particular de definições (médicas) concretizou o espírito (ou conceito) e a prática.

Isso não quer dizer que o controle social médico não seja implementado pela profissão médica (ele geralmente o é) ou que não é auxiliado pelas formas de poder da tecnologia médica (freqüentemente o é). Isso quer dizer que, sem a medicalização, no sentido de uma definição, o controle social médico perde sua legitimidade e é mais difícil de se concretizar. Além disso, “o desenvolvimento de uma técnica de controle social médico (como uma intervenção farmacêutica, por exemplo) pode preceder a medicalização de um problema, mas... Mais tipicamente, no entanto, a medicalização antecede o controle social médico” (Conrad, 1992, p. 216).

Apesar de o interesse pelo tema estar presente há várias décadas, poucos estudos comparam o controle social médico com outras formas de controle ou examinam o aumento do controle médico no contexto de mudanças de controle social. Em um dos estudos existentes, Pastor (1978, *apud* Conrad, 1992) comparou abordagens médicas e legais para embriaguez pública e constatou que 77% dos contatos oficialmente processados foram das unidades de salvamento médicas, em comparação com apenas 14% dos contatos policiais. O estudo levou

Pastor a concluir que, uma vez mobilizada, a medicina é uma forma mais ativa e comprometida de controle do que a lei (Conrad, 1992). Em algumas situações, essas duas instituições agem conjuntamente, como em áreas relacionadas a vícios – em drogas, álcool ou jogo.

3.4. A legitimação da ciência e da profissão médica

Ao tratar da secularização e da autoridade concedida aos profissionais da medicina, Peter Conrad nos remete às análises de Robert K. Merton, quando ele trata da ética puritana, que ajudou a consolidar a nova ciência, o *status* do cientista, e dos imperativos da ciência moderna. O autor afirma que o puritanismo proporcionou o elo entre o humano e o transcendental, impulsionando a nova ciência (Merton, 1977, p. 310):

De fato, foi o puritanismo que trouxe uma nova ponte entre a ação transcendental e a humana, e proporcionou uma força impulsionadora da nova ciência. As doutrinas puritanas repousavam em uma base teológica esotérica, mas elas foram traduzidas para o idioma familiar e persuasivo do leigo.

Segundo Merton, as implicações psicológicas do sistema de valores puritanos levaram à adesão à ciência. Além disso, a estrutura de classes da época teria reforçado os sentimentos favoráveis à ciência, uma vez que grande parte dos puritanos vinha da classe burguesa ascendente, de comerciantes, que manifestavam seu poder de três maneiras: primeiro, por sua consideração positiva na ciência e na tecnologia, que refletiam e prometiam reforçar esse poder; segundo, por sua crença cada vez maior no progresso, profissão de fé que vinha de sua crescente importância social e econômica e, terceiro, por sua hostilidade frente à estrutura de classes até então dominante, que limitava sua participação no controle político, que culminou na revolução.

Ao mesmo tempo em que o puritanismo permitia que a ciência fosse praticada ou admirada por pessoas leigas, que não tinham, obrigatoriamente, uma relação com instituições religiosas, promovia uma justaposição entre o espiritual e o material. O puritanismo atribuía, na verdade, uma tripla utilidade à ciência. Era um meio de estabelecer provas práticas do estado de graça do cientista; aumentar o controle sobre a natureza e glorificar a Deus: “Recrutava-se a ciência para o serviço do indivíduo e de Deus” (Merton, 1977, p. 314). Esses fundamentos compreendiam uma pretensão à legitimidade, e proporcionavam também incentivos à ciência.

Aos poucos, a ciência foi se libertando de suas amarras religiosas e se transformou em valor social dominante, ao qual estão subordinados outros valores. Segundo Merton, nas

sociedades modernas é mais comum o mundo ocidental submeter suas crenças às sanções das ciências do que às da religião. Fenômeno observado pelo autor à época e presente nos dias de hoje, a “crescente referência à autoridade científica nos anúncios publicitários contemporâneos e a permanente conotação elogiosa da palavra ‘cientista’ reflete de diversos modos a posição social da ciência” (Merton, 1977, p. 325). Por um longo período, o culto à ciência e a difusão de conhecimentos mantiveram uma posição de destaque e de segurança, na qual não precisavam dar grandes justificativas para receber apoio da sociedade. Mesmo assim, “os filósofos naturais eram levados a justificar a ciência como um meio para fins culturalmente válidos de utilidade econômica ou de glorificação de Deus” (Merton, 1970, p. 38).

Entretanto, o êxito das ciências no período, com as grandes invenções, deu aos cientistas um *status* privilegiado que os levou a se considerarem independentes da sociedade, passando a encarar a ciência como empresa que se justifica por si mesma e que “está” na sociedade, mas não “faz parte” dela. Tornou-se necessário conter essa autonomia da ciência para, segundo Merton (1970), “transformar esse isolacionismo otimista em participação realista do conflito revolucionário das culturas”. Nas palavras do sociólogo, era preciso reafirmar o *ethos* da ciência moderna, com seus valores e normas (Merton, 1970, p. 39):

O *ethos* da ciência é esse complexo de valores e normas efetivamente tonalizado, que se considera como constituindo uma obrigação moral para o cientista. As normas são expressas em forma de prescrições, proscricções, preferências e permissões, que se legitimam em relação com valores institucionais. Esses imperativos, transmitidos pelo preceito e pelo exemplo e reforçados por sanções, são assimilados em graus variáveis pelo cientista, formando, assim, sua consciência científica, ou, se preferirmos usar a palavra moderna, seu superego. Embora o *ethos* da ciência não tenha sido codificado, pode ser inferido do consenso moral dos cientistas, expresso nos usos e costumes, em numerosas obras sobre o espírito científico e na indignação moral que suscitam as contravenções do *ethos*.

Esse caráter normativo da ciência é ainda hoje contemplado em quatro imperativos institucionais: universalismo, comunismo, desinteresse e ceticismo organizado. Embora, não sejam adotados por toda a comunidade científica, certamente fazem parte do imaginário público sobre a ciência.

- O *universalismo* diz respeito às pretensões à verdade, quaisquer que sejam as suas origens, e tem raízes profundas no caráter impessoal da ciência. É antagônico ao

etnocentrismo, podendo colocar o cientista em situações difíceis em tempos de guerra, por exemplo, quando se acirram os sentimentos nacionalistas.

- O *comunismo* traz como princípio que as descobertas substantivas da ciência são produto da colaboração social e estão destinadas à comunidade. Segundo o comunismo, os direitos de propriedade na ciência devem ser reduzidos ao mínimo pelas razões e princípios da ética científica. O conceito da ciência como parte do domínio público está ligado ao imperativo da comunicação dos resultados. “O segredo é a antítese dessa norma; a plena e franca comunicação é o seu cumprimento”. Nesse sentido, a pressão para a difusão dos resultados é reforçada pela meta institucional de ampliar as fronteiras do saber e pelo incentivo da fama, a qual depende, naturalmente, da publicidade.
- O *desinteresse* é um elemento institucional da ciência. Paixão pelo saber, curiosidade ociosa, interesse pelo benefício da humanidade são algumas das características atribuídas ao cientista. Merton elogia a ausência de fraudes nos anais da ciência – ausência esta que, segundo ele, é excepcional, comparada com outras atividades, e que seria relacionada às qualidades pessoais dos cientistas – e os apresenta como profissionais com um grau de integridade moral incomum. A pesquisa científica, no entanto, está sob o rigoroso controle dos colegas peritos, que o autor classifica como um policiamento sem paralelo em qualquer outro campo de atividade. Segundo Merton (1970): “a exigência de desinteresse tem firme alicerce no caráter público e testável da ciência e podemos supor que essa circunstância contribuiu para a integridade do homem de ciência”.
- O *ceticismo organizado* se inter-relaciona com os outros elementos do *ethos* científico. É um preceito ao mesmo tempo metodológico e institucional que estabelece que o julgamento seja suspenso até que se tenha prova à mão e que, o exame imparcial das crenças, de acordo com critérios empíricos e lógicos, ofereça resultados. Merton diz que “o pesquisador científico não respeita a separação entre o sagrado e o profano, entre o que exige respeito sem crítica e o que pode ser objetivamente analisado” (Merton, 1970, p. 51-52).

Freidson (2009) diz sobre a Medicina que, entre as profissões estabelecidas nas universidades européias na Idade Média, é a única que tem estabelecido uma conexão sistemática com a ciência e a tecnologia. Segundo ele, a profissão médica, diferente do Direito e do Sacerdócio, desenvolveu-se no interior de uma complexa divisão de trabalho, organizando um

crescente número de prestadores de serviços e técnicos em torno da tarefa central do diagnóstico e do tratamento das doenças da humanidade. Ocupou um lugar de destaque nas sociedades pós-industriais, por estar a serviço do bem-estar dos cidadãos que passou a ser definido em termos exclusivamente seculares e não mais religiosos. A Medicina tirou o Direito e o Sacerdócio de suas posições de dominância. A profissão médica tornou-se o protótipo segundo o qual ocupações que desejam um status de privilégio modelam suas aspirações.

Esse mesmo *status* privilegiado conferido ao cientista é o que legitima a autoridade da classe médica para controlar socialmente aqueles que procuram ajuda para livrar-se de uma doença, mesmo que essa tenha sido construída por esses mesmos profissionais. Novamente, faz-se aqui uma relação entre a medicalização e a mídia⁴³. Tanto a medicalização quanto a legitimação do médico como autoridade estão presentes nos veículos de comunicação, no jornalismo, principalmente – em reportagens, notícias e artigos publicados – mas também na publicidade, que apela ao personagem do médico, do cientista ou da ciência para certificar os benefícios de determinados produtos que se anuncia e pretende vender.

Citeli (2001), em trabalho que analisa a veiculação de informações e disseminação de valores relativos à sexualidade e à saúde reprodutiva, observa que as fontes a que a mídia recorre mostram clara preferência pela abordagem biomédica – publicações científicas, universidades e estudos acadêmicos da área –, em detrimento dos enfoques das ciências humanas. Para a autora, tal estratégia constitui uma barreira contra uma comunicação menos enviesada, privilegiando o determinismo biológico ou genético. Aos cientistas naturais são conferidas credenciais de imunidade que protegem, além dos próprios cientistas, a prática que eles empregam e o conhecimento que produzem. Se tomarmos como base os imperativos da ciência tratados acima, é possível acreditar que o método científico é baseado em ceticismo e controla todas as variáveis de um experimento. É também cumulativo e neutro em relação ao social, político, econômico, ético e emocional. A pesquisa científica, nesse sentido, é feita objetivamente, eliminando todos os vieses e emoções dos pesquisadores (Citeli, 2001b).

São esses atributos que nutrem o imaginário popular a respeito do profissional da ciência, e da ciência em si, e que conferem ao médico (como um cientista) o poder para controlar hábitos

⁴³ Lembrando que usamos o termo mídia para nos referirmos principalmente à imprensa.

e comportamentos sociais. Segundo Citeli (2001), restam poucas dúvidas a respeito da importância, poder, respeito e legitimidade de que a racionalidade científica e seus representantes diretos desfrutam em nosso tempo. Racionalidade que está presente em “quase todas as formas de pensamento e de ação em nossas instituições, inclusive nas nossas formas de pensar os detalhes mais íntimos de nossa vida privada” (Harding, 1996, *apud* Citeli, 2001b, p. 271-272).

E essa racionalidade, assim como a autoridade do cientista/médico, proporciona a legitimidade desejada aos textos jornalísticos que têm a pretensão de levar as informações confiáveis à população em geral. Quando se trata de questões relativas à saúde, é o médico, como pesquisador da área da saúde, a principal fonte, que atesta a confiabilidade da informação. Outras fontes que são por vezes ouvidas são representantes de organizações científicas, políticos (quando o assunto diz respeito a políticas públicas), representantes dos laboratórios farmacêuticos e pessoas comuns que, por vezes, dão seu testemunho sobre o assunto tratado (personagens).

Assim como o jornalista recorre ao cientista para reforçar a autoridade e prestígio da ciência, os cientistas reconhecem o poder da mídia para legitimar a ciência e o papel dos mesmos. Vários institutos de pesquisa (e departamentos de universidades), contam com assessorias de imprensa que cuidam de divulgar a ciência ali produzida (Citeli, 2001b). Esses profissionais de comunicação tratam também de prestar o auxílio necessário aos profissionais dos jornais e revistas para que tenham as informações que buscam. Esse trabalho ajuda no sentido de que a divulgação seja mais próxima daquilo que os cientistas desejam ver publicado. Os laboratórios farmacêuticos também utilizam esse recurso.

3.5. IMC: um instrumento tecnológico de controle social

Em sua argumentação em que descreve a medicina como uma nova instituição de controle da sociedade, em substituição à religião e à justiça, Zola (1972) afirma que o fenômeno tem raiz no complexo sistema tecnológico e burocrático que nos leva à renitente confiança no *expert*. Talvez essa confiança não seja tão renitente assim. No caso da obesidade, o índice de massa corpórea opera como um instrumento tecnológico que dá suporte à autoridade médica.

Essa medida foi fundamental para marcar o que poderia ser denominado de construção social da epidemia da obesidade, uma vez que coloca parâmetros para classificar os indivíduos

como normais, sobrepesados, obesos ou obesos severos. Utilizando-se apenas o IMC para determinar se a pessoa está dentro do padrão corpóreo esperado desconsideram-se variáveis como a densidade óssea e a massa muscular, que são muito importantes para avaliar a condição antropométrica de um indivíduo. Além disso, usa-se o IMC como medida para alertar sobre o aumento de riscos de doenças que, na realidade, não ocorrem em todas as pessoas. A corpulência pode ser uma característica herdada e não estar relacionada a nenhuma doença, como mostram alguns autores (Romero-Corral *et al.*, 2006; Flegal *et al.*, 2005; Friedman, 2009; Keheller e Wilson, 2005).

A fragilidade do IMC como medida padrão para determinar a obesidade vai além da sua associação com maiores riscos para determinadas doenças. Seguindo essa prescrição, indivíduos que apresentem IMC acima de 30 kg/m^2 seriam obrigatoriamente obesos, o que nem sempre é verdade. As resenhas e reportagens publicadas quando do lançamento do livro *The Obesity Myth: Why America's Obsession with Weight is Hazardous to Your Health*⁴⁴, do professor de Direito da Universidade do Colorado, Paul Campos (2004), exploraram a afirmação do autor que sugere que, seguindo unicamente as medidas “autoritárias” do IMC, os atores Brad Pitt e George Clooney, astros de cinema desde o final dos anos 1990, tidos como ícones da beleza masculina por mais de uma década e visivelmente normais em relação aos seus corpos, seriam, respectivamente, sobrepesado e obeso.

Keheller e Wilson (2005), em reportagem publicada no jornal *Seattle Times*⁴⁵ em junho de 2005, denunciam o exagero das novas medidas estabelecidas por médicos e laboratórios médicos para estabelecer o risco de certas doenças, entre elas a obesidade. Os autores apontam a imprecisão do IMC na determinação da normalidade em relação ao peso dos indivíduos. Segundo a reportagem, mais da metade dos jogadores de basquete da Associação Nacional Americana de Basquete estariam com sobrepeso ou obesidade, quando na verdade, o peso deles estaria em músculos e não em gordura, diferenciação que o índice não faz.

⁴⁴ Campos, P. *The obesity myth: Why America's obsession with weight is hazardous to your health*. New York: Penguin Group, 2004.

⁴⁵ Ver em <http://seattletimes.nwsources.com/html/health/sickintro.html>.

A utilização de instrumentos que sejam eles próprios portadores de informações ou representem um conjunto de informações que possam auxiliar os diagnósticos médicos, ao lado da descrição dos sintomas feita pelos pacientes, torna, em princípio, esses diagnósticos mais precisos. No entanto, conforme afirma Reiser (1978, *apud* Monteiro, 2001), esses dados são subjetivos. A interpretação de imagens, gráficos, desenhos, seja lá qual for o tipo de representação produzida pelo equipamento tecnológico – o autor se refere a tecnologias de imagens diagnósticas –, é feita por seres humanos. Assim, o intérprete está sujeito à avaliação feita por seus próprios sentidos, que pode ser distinta da que seria feita por outros seres humanos. Dessa constatação surgiu, segundo Reiser (1978, *apud* Monteiro, 2001), a necessidade de desenvolver padrões para a aquisição de evidências sensoriais que permitissem a transmissão da informação a outros observadores, colegas médicos, que garantissem a objetividade de registro, inclusive na divulgação de dados em artigos científicos (Monteiro, 2001).

Em relação ao IMC, mesmo não sendo obtido por meio de uma máquina, não deixa de ser uma medida técnica estabelecida para padronizar níveis de normalidade e anormalidade sobre um aspecto do processo saúde-doença. O índice representa mais um artifício que está sob o domínio do profissional da saúde e que reforça a legitimidade da sua autoridade sobre o paciente. O IMC possibilita que, mais uma vez, o sistema médico exerça um controle sobre o corpo do indivíduo que será enquadrado em uma das categorias de sobrepeso. Ultrapassando os limites estabelecidos pelo índice para a normalidade, o indivíduo é automaticamente considerado doente e, conseqüentemente, sujeito a tratamentos médicos. Do mesmo modo que as imagens produzidas por aparelhos de raio X ou produzidas por um cateterismo cardíaco, o IMC oferece dados objetivos. Mas talvez, nesse caso, a recomendação devesse ser exatamente outra, a de que o índice passasse a ser apenas uma das maneiras de se estabelecer se um sujeito é gordo ou magro.

Outros aspectos interessantes a respeito do estabelecimento dos índices para determinar a normalidade em relação a determinadas doenças foram destacados pelo *Seattle Times*. A reportagem denuncia como novas medidas colocam um número cada vez maior de pessoas no rol de risco quando, por medida de precaução, os limites que atestam a normalidade de peso, níveis de colesterol, açúcar, triglicérides e outros fatores são reduzidos. A segunda denúncia diz respeito a quem incentiva essa mudança. Na opinião do jornal, não são apenas os médicos, mas

principalmente as companhias farmacêuticas que, com isso, elevam a venda de medicamentos para prevenção e controle de doenças a cifras exorbitantes (Keheller e Wilson, 2005; Conrad, 2007).

A reportagem mostra que o fenômeno ocorre com a obesidade, a hipertensão, o diabetes, a osteoporose e a disfunção sexual feminina. As definições para as doenças têm mudado. Índices que até pouco tempo indicavam normalidade agora acusam a doença e a influência dos laboratórios farmacêuticos é considerada a principal responsável pela redefinição das doenças nos Estados Unidos no final da década de 1990. Keheller e Wilson (2005, s/p) acusam um possível esquema entre mercado e instituições em um processo de definição de índices aceitáveis para determinadas doenças ou males:

Empresas farmacêuticas têm comandado o processo pelo qual doenças são definidas. Muitos decisores da Organização Mundial da Saúde, do Instituto Nacional de Saúde e algumas das mais prestigiosas sociedades médicas recebem dinheiro das companhias de medicamentos e promovem a agenda da indústria.

A forma como os fatos são apresentados na reportagem leva à crença de que há um verdadeiro conluio entre diversos atores sociais: laboratórios farmacêuticos, médicos, associações médicas e até mesmo da Organização Mundial da Saúde em favor da medicalização da sociedade em processos cada vez mais precoces e em doses cada vez maiores. Mas há profissionais que não concordam com essas regras, opõem-se ao exagero da preocupação com os riscos anunciados e rejeitam a prescrição de drogas em todos os casos e de maneira excessiva, como afirma a reportagem.

Um dado importante para o aumento do consumo de medicamentos pela população foi a autorização da propaganda direta ao consumidor. Essa estratégia atingiu em cheio o consumidor preocupado com a saúde. Também foram importantes os alertas das organizações reguladoras de saúde quanto aos níveis desejáveis de pressão, açúcar, colesterol, peso e, ainda, com o aumento de doentes no país que se produziu com a redefinição das doenças. No caso do sobrepeso, a redefinição do grau de normalidade mudou em 1998, de igual ou maior que 27 kg/m^2 para igual ou maior que 25 kg/m^2 . Com isso, o argumento dos autores da reportagem é de que da noite para

o dia⁴⁶, a porcentagem de pessoas acima do peso teve um aumento de 43% nos Estados Unidos (Keheller e Wilson, 2005).

A reportagem menciona outras doenças que teriam passado por processo semelhante. No caso do diabetes, o nível de açúcar aceitável no sangue até 1997 era igual ou maior que 140 mg/dl. A doença atingia então 11,7 milhões de pessoas. A partir de 1997, o nível aceitável passou a ser de 122 mg/dl e o aumento do número de pessoas foi de 1,7 milhão. No caso da hipertensão, o aumento da pressão arterial que, até 1997, era diagnosticado quando o nível alcançasse 160/100 mm/Hg passou a ser diagnosticada quando se atingem 140/90 mm/Hg. Com a mudança, houve um aumento de 35% de pessoas diagnosticadas com hipertensão. Uma nova determinação em 2003 criou a categoria pré-hipertensão, para pessoas que têm pressão arterial entre 120/80 e 139/89 mm/Hg, o que incluiu 45 milhões de pessoas no rol de propensão à doença e, certamente, candidatos à observação dos médicos e ao consumo de medicamentos para controlar a pressão.

Por último, o *Seattle Times* cita o colesterol. Em 1998 houve a modificação da taxa considerada normal para a quantidade de colesterol no sangue. De igual ou maior que 240 mg/dl a medida passou para igual ou maior que 200 mg/dl. O aumento do número de pessoas que passaram a compor o quadro de vítimas do colesterol alto foi de 86%. O problema já atingia 49,5 milhões de americanos e passou a preocupar quase 1 bilhão de pessoas (Keheller e Wilson, 2005)⁴⁷.

Essa colaboração entre os médicos, as empresas farmacêuticas e os órgãos de regulação e vigilância de alimentos e drogas, como a Food and Drug Administration (FDA) nos Estados Unidos ou a Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) no Brasil, por um lado, reforça o domínio do profissional médico. O controle que esse profissional exerce sobre o processo de medicalização como um todo é fortalecido, uma vez que a definição das doenças está sob o seu domínio, assim como a prescrição dos tratamentos – medicamentos, cirurgias ou alguma espécie de terapia (fisioterapia, psicoterapia), dependendo da doença. Essa é a razão pela qual as companhias aplicam uma boa parte de seus investimentos em publicidade diretamente nos

⁴⁶ James, W.P.T. (2008) justifica a escolha do ponto de corte estabelecido pelo IMC. Segundo o autor há um aumento nítido da mortalidade e/ou de risco de doenças em níveis superiores a esse valor estabelecido como “normal”. O risco de diabetes e hipertensão, por exemplo, aumentam progressivamente já a partir do IMC de cerca de 20 Kg/m².

⁴⁷ Os dados utilizados na reportagem do *Seattle Times* sobre a redefinição das doenças são de Changing Disease Definitions: Implications for Disease Prevalence, de Lisa Schwartz and Steven Wolashin, *Effective Clinical Practice*, March/April, 1999.

médicos, por meio de visitas de propagandistas para apresentar as novidades do setor, brindes, ou patrocínio de congressos médicos, por exemplo.

Ao mesmo tempo, essa relação garante poder às empresas que alimentam o processo com seus produtos, sem os quais o conforto que o médico garante – ou, pelo menos, promete aos seus pacientes – seria diminuído ou inviabilizado sem esse aparato tecnológico que o setor farmacêutico oferece. O desenvolvimento de novos medicamentos e terapêuticas que possam aliviar dores e males dos indivíduos é, sem dúvida, um dos objetivos sempre perseguidos pela ciência, sendo inclusive indicador do nível de desenvolvimento de nações. No entanto, as companhias que desenvolvem medicamentos não têm como preocupação única a solução dos problemas de saúde, mas sim promover os interesses corporativos.

A doença, o tratamento e até a possível cura são parte do negócio. E um negócio bastante lucrativo. Para se ter uma idéia, a expectativa de faturamento do setor farmacêutico em 2009 é de US\$ 280 bilhões a US\$ 290 bilhões nos Estados Unidos; cerca de US\$ 140 bilhões nos cinco principais mercados da Europa; algo em torno de US\$ 87 bilhões no Japão, e os chamados “*farmemergentes*” – termo cunhado por França (2009) para designar os países que têm participado mais recentemente do setor farmacêutico (Brasil, Índia, China, México, Turquia, Coreia do Sul e Rússia) – devem faturar de US\$ 85 bilhões a US\$ 95 bilhões. “No total, o mercado farmacêutico global movimentará até o final deste ano entre US\$ 750 bilhões e US\$ 760 bilhões” (França, 2009), segundo levantamento da consultoria internacional IMS Health.

Um exemplo de como ocorre a construção social de uma doença e como esta pode ser alimentada em colaboração entre o profissional médico e a indústria farmacêutica é o caso da Síndrome do Déficit de Atenção e Hiperatividade⁴⁸ (ADHD, na sigla em inglês), oferecido por Conrad (2007). Nos anos 1970, estudos epidemiológicos realizados nos Estados Unidos estimavam que entre 3% e 5% de estudantes do ensino elementar apresentavam hiperatividade (ocasionalmente esse índice chegava a 10%). Já em 2002, o Centro para Controle de Doenças (CDC) estimava que 7% das crianças entre 6 a 11 anos sofriam com o transtorno. Essas estimativas representavam cerca de 250 a 500 mil crianças com hiperatividade nos anos 1970 e

⁴⁸ No Brasil a síndrome é tratada por TDAH - Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade.

de 4 a 8 milhões em dados recentes (Conrad, 2006, *apud* Conrad 2007). Considera-se que o distúrbio afeta mais os meninos do que as meninas e que a hiperatividade é um distúrbio que afeta crianças, sendo identificado nos primeiros anos escolares. No entanto, o que Conrad traz à tona para reflexão, no contexto da discussão sobre a medicalização da sociedade – e aqui é trazida como exemplo da interação médico-indústria farmacêutica – é a emergência da ADHD em adultos. Ele relata que Gabrielle Weiss e colegas (1979) estudaram por 15 anos crianças que apresentavam o distúrbio e descobriram que alguns dos sintomas persistiram na vida adulta. Pelo menos um dos sintomas permaneceu em 66% dos casos; na maioria das vezes, a falta de concentração.

Outros pesquisadores constataram a persistência de sintomas da ADHD em adultos em estudos posteriores. A atualização do DSM-III⁴⁹ em 1980 refletiu o interesse do Déficit de Atenção além da infância. A “doença” foi definida por seus sintomas, sendo os principais a desatenção e a hiperatividade, no lugar de ser classificada por sua etiologia. Mas o diagnóstico do déficit de atenção ainda se dividia em dois principais subtipos: com ou sem a característica da hiperatividade, sendo o segundo considerado menos grave (Conrad, 2007). Em 1987, outra revisão foi feita no manual e dessa vez o transtorno foi renomeado para ADHD⁵⁰. A hiperatividade foi admitida como um sintoma possível, mas não obrigatório do transtorno. Essa modificação na nomenclatura do transtorno ampliou o número de crianças com o diagnóstico em mais de 50% nos Estados Unidos (Newcorn *et al*, 1989, *apud* Conrad, 2007).

Tal revisão não fez referência ao transtorno em adultos, mas abriu portas para expandir a definição de adultos hiperativos para adultos com ADHD que não teriam recebido o diagnóstico na infância. No mesmo ano, duas publicações levaram ao público geral a informação de que era possível ser diagnosticado com o transtorno na vida adulta sem ter passado por isso na infância. Paul Wender, pesquisador do tema, lançou o livro *The Hyperative Child, Adolescent, and Adult*, com um capítulo dedicado a descrever os sintomas da ADHD em adultos. O livro atingiu o público leigo e passou a ser citado por anos seguidos. Ainda em 1987, um fotógrafo *freelancer* escreveu um artigo em primeira pessoa para a revista do *The New York Times* contando a sua

⁴⁹ DSM-III, *Manual Diagnóstico e Estatístico de Desordens Mentais*, é um guia oficial para diagnóstico da área de psiquiatria (Conrad, 2007).

⁵⁰ Apesar de já estarmos usando a sigla com o H de hiperatividade, apenas em 1987, com a atualização do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Desordens Mentais* é que a hiperatividade passou a fazer parte da sigla da síndrome.

descoberta de que tinha o transtorno de déficit de atenção apesar de sua vida bem-sucedida. Ele reconheceu indícios como impulsividade, distração, desorganização, que indicavam que talvez já tivesse o transtorno há muito tempo. O testemunho de alguém como ele, que não recebeu o diagnóstico na infância, colocou a idéia do ADHD adulto no domínio público (Conrad, 2007).

Conforme o público foi tomando mais consciência da possibilidade de o transtorno existir também em adultos, os psiquiatras voltaram sua atenção para a questão. Foram criadas clínicas especializadas no atendimento de adultos, como a da Wayne State University e a da Universidade de Massachussets, em Worcester (Jaffe, 1995, *apud* Conrad, 2007). Em 1990, Alan Zametkin, do National Institute of Mental Health e colegas publicaram no *New England Journal of Medicine* os resultados da pesquisa que fizeram usando a tomografia por emissão de pósitrons (PET) para medir o metabolismo cerebral. Zametkin mostrou haver diferentes níveis de atividade em indivíduos com ADHD e pessoas sem o distúrbio. Esses achados trouxeram novas evidências de que há uma base biológica para o distúrbio.

A quantidade de artigos sobre o ADHD adulto mais que dobrou entre os períodos 1980-1984 e 1995-1999 nas revistas científicas. Na imprensa leiga o tema começou a aparecer após 1990 e entre 1995 e 1999, teve um grande apelo, sendo divulgado nos EUA em jornais, como o *Boston Globe*, *The New York Times* e em revistas populares como *Newsweek* e *Ladie's Home Journal*. Muitos livros também foram publicados sobre o tema no início dos anos 80, atingindo não apenas a comunidade acadêmica, mas disseminando o transtorno para o público geral (Conrad, 2007).

A implicação desse avanço do transtorno de déficit de atenção – que até os anos 1980 acreditava-se só atingir crianças e, assim mesmo, com a mudança na nomenclatura do transtorno do DSM-III – fez com que o número de pacientes fosse consideravelmente ampliado. Com a descoberta – ou talvez a invenção – de que poderia ser uma doença que acometeria também os adultos, o potencial de vítimas mais uma vez aumentou. Em 1994, em um programa televisivo, *Good Morning America*, o médico Timothy Johnson afirmou que *experts* estimavam que algo como 10 milhões de americanos adultos podiam ter ADHD (Conrad, 2007).

É interessante observar como Conrad (2007) mostra a construção de uma quase epidemia do transtorno de déficit de atenção nos Estados Unidos nas décadas de 1980 e 1990. O ADHD era um distúrbio que atingia um pequeno número de crianças manifestando um conjunto de sintomas

que levavam a problemas comportamentais, sendo a hiperatividade, a falta de concentração os principais, que acarretavam problemas no próprio desenvolvimento e no estabelecimento de relações sociais. No entanto, com a mudança da nomenclatura e, posteriormente, com a descoberta de que poderia atingir também os adultos, ampliou-se enormemente o número de pacientes e candidatos à doença. A grande variedade de sintomas indicados para o ADHD, segundo o próprio DMS-III, faz com que um número cada vez maior de pessoas se identifique com o transtorno, levando ao auto-diagnóstico e à busca pelos consultórios psiquiátricos e clínicas de neurologistas apenas para confirmar a suspeita. Isso porque, em todo esse processo, é o médico a autoridade que legitima cada etapa da medicalização do ADHD.

Porém, é importante observar que o controle social do ADHD não está unicamente sob o domínio do profissional médico. Não haveria razão de ampliar o público medicalizável a tal potência, caso não existisse tratamento para o novo transtorno. A participação dos laboratórios farmacêuticos no processo fica evidente. Desde os anos 1960 há medicamentos voltados a reduzir os efeitos do ADHD nas crianças. A droga mais comum utilizada no tratamento desse distúrbio é o metilfenidato, um psicoestimulante da Ciba-Geigy (atual Novartis), vendido sob o nome Ritalin nos EUA e Ritalina no Brasil. Segundo Conrad (1976, *apud* Conrad, 2007 p16), já em 1971 a Ritalina fornecia 15% do lucro bruto da Ciba-Geigy.

Outro importante medicamento para o ADHD – a atomoxetina que, diferentemente do metilfenidato, não é estimulante – foi aprovado pela FDA em 2002 com o nome Strattera⁵¹. A droga, da Eli Lilly, foi a primeira aprovada e promovida para o tratamento do transtorno em adultos. A campanha de marketing incluiu um comercial para TV em que um homem apresentava como sintomas de ADHD os seguintes comportamentos: esquecer as chaves do carro, chegar atrasado a um compromisso e não conseguir finalizar tarefas em tempo do produto. Dois anos após o lançamento do medicamento, mais de 2 milhões de pacientes já usavam o Strattera. Em 2005, a FDA manifestou preocupação com os efeitos colaterais do remédio e recomendou à

⁵¹ O fármaco é um potente bloqueador da recaptura da noradrenalina (Biederman *et al.*, 2003, *apud* Rohde *et al.*, 2004). A droga está disponível no Brasil apenas por importação. Outros medicamentos indicados para o tratamento do transtorno são: Adderall, Focalin, Strattera, Ritalin, Daytrana, Desoxyn, Dexedrine, Metadate CD, Methylin. Em 2006, o FDA exigiu que todas essas drogas usadas para o tratamento do ADHD incluíssem na bula um alerta para os pacientes sobre os riscos de problemas cardiovasculares, além do risco de aparecimento de sintomas psiquiátricos adversos, relacionados aos medicamentos (FDA, 2007).

empresa que incluísse em sua rotulagem o aviso de que a droga poderia levar crianças e adolescentes a pensamentos suicidas (Conrad, 2007; FDA, 2007). Com as recomendações devidas, o medicamento não precisou ser retirado do mercado e continua sendo comercializado.

3.6. Medicalização e mídia

As indústrias farmacêuticas tornaram-se importantes atores no processo da medicalização, ao mesmo tempo ajudando a legitimar a autoridade do médico e disputando com ele o controle sobre tal processo. Como mostrou o exemplo trazido pelo *Seattle Times* sobre a ampliação do universo de portadores de determinadas doenças, com o apoio governamental, mas por sugestão das companhias farmacêuticas, além dos demais exemplos apresentados ao longo deste trabalho (parto, reposição hormonal, ansiedade, depressão, transtorno de déficit de atenção, impotência), vê-se o quanto esse setor industrial tem sido eficiente em promover seus produtos. Porém, na maioria desses casos, o profissional médico está na linha de frente do processo. No caso da Ritalina, por exemplo, havia uma propaganda promovendo o tratamento para hiperatividade em crianças que trazia um médico para detalhar as características da doença para o público. Desse modo, ainda que a indústria exerça um papel de controle, ela depende da autoridade médica para se legitimar e conferir confiabilidade aos produtos que lança no mercado. Mas Conrad (2007) acredita que esse quadro está mudando, o que pode ser observado no mundo pós-Prozac, com a indústria farmacêutica assumindo um papel mais agressivo na promoção de seus produtos, tanto para médicos quanto para o público geral. No caso da publicidade para os médicos, a estratégia mais freqüente continua sendo a de visitas de representantes aos consultórios para oferecer os medicamentos, principalmente os lançamentos, mas a indústria patrocina também eventos científicos e faz publicidade em jornais e revistas da área médica.

Em 1997, uma regulamentação da FDA (FDA Modernization Act of 1997) permitiu um amplo uso e promoção de medicamentos “*off-label*” – cuja indicação, forma de dosagem, esquema de dosagem, população ou outro parâmetro de uso não são mencionados na bula aprovada. Também facilitou a publicidade direta ao paciente-consumidor, especialmente na TV. A idéia da FDA era de que tais anúncios poderiam ter caráter educativo para a população, esclarecendo sobre as doenças e possibilidades de tratamentos. No entanto, a medida alterou o jogo da indústria farmacêutica que, com a possibilidade de anunciar seus produtos diretamente

para o público geral, criou um novo mercado para seus medicamentos (Conrad, 2007). O autor cita que entre 1996 e 2000, foram despendidos por parte das companhias farmacêuticas perto de US\$ 2,5 bilhões em anúncios, principalmente para TV. Em 2004, foram US\$ 4 bilhões em publicidade direta ao consumidor. Atualmente, as companhias investem mais recursos em publicidade direta ao consumidor do que em publicidade para médicos. Um estudo da Kaiser Family Foundation mostrou que para cada US\$ 1 investido em publicidade direta ao consumidor, as empresas obtêm US\$ 4,20 em vendas (Conrad, 2007).

Não se podem negar os benefícios alcançados com o desenvolvimento da indústria farmacêutica. Entretanto, o uso dos medicamentos foi se transformando ao longo dos anos de uma maneira que eles passaram a atender menos aos propósitos sanitários do que aos da crença desmedida e acrítica nos seus poderes, estimulando uma verdadeira “cultura da pílula”, dominante na sociedade moderna (Barros, 2004). E, mesmo que ainda seja o médico, o responsável pela prescrição dos medicamentos, o alvo preferencial das empresas farmacêuticas, a propaganda direta ao consumidor garante um bom mercado para os seus produtos. Trata-se de um público pouco preparado para discernir a correlação risco-benefício dos medicamentos, mas que se apresenta na maioria das vezes fragilizado pela condição de enfermo, tornando-se susceptível ao discurso da propaganda (Barros, 2004).

Entre as formas tradicionais de publicidade – impressa em jornais e revistas, outdoors, pôsteres, TV – a Internet já se firma como uma mídia de grande relevância. Desde 1996, empresas como Ciba, Lilly, Genentech, Hoeschst Marion Roussell e Pfizer já haviam criado suas *home pages* (Barros, 2004). Atualmente, praticamente todas as empresas possuem esse canal de comunicação – Roche, Medley, Biolab, Aché, Sanofi-Aventis. O conteúdo dos sites é bastante variado. Há informações a respeito da empresa, sobre o processo de pesquisa e desenvolvimento de seus produtos, ações de responsabilidade social da empresa, divulgação dos produtos em si, e muita informação sobre doenças, principalmente aquelas para as quais a empresa fornece o remédio. Alguns laboratórios disponibilizam boletins eletrônicos que fornecem cobertura de conferências internacionais sobre doenças para as quais os patrocinadores dispõem de fármacos específicos (Barros, 2004).

Barros (2004) destaca também a importância das matérias veiculadas na grande imprensa que agem como indutoras do consumo de medicamentos independentemente da prescrição. Na

verdade, essas matérias operam como as propagandas diretas, levando muitas vezes o leitor a reconhecer os sintomas descritos como sendo seus e procurando tratamento, muitas vezes para comportamentos que poderiam ser julgados normais.

De acordo com estimativa da Organização Mundial de Saúde (OMS), em todo o mundo 50% dos medicamentos são prescritos, vendidos ou consumidos de forma inadequada. Recentemente, no Brasil, o Ministério da Saúde, por meio de sua Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) adotou uma nova regulamentação para a comercialização de medicamentos nas farmácias – Resolução RDC nº 44, de 17 de agosto de 2009, que dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias. A partir dessa data, o consumidor não poderá ter acesso a medicamentos nas gôndolas, como em um supermercado. Todos os comprimidos vendidos a granel, que hoje ficam à disposição do cliente, terão de ficar atrás do balcão e apenas os funcionários do estabelecimento terão acesso. Somente produtos fitoterápicos que não necessitam de receita médica poderão continuar nas prateleiras. A Resolução regulamenta também a venda de remédios pela Internet, aprovando esse tipo de comercialização, e também por telefone apenas para as farmácias que têm lojas abertas ao público. A empresa que oferecer o serviço tem de garantir uma forma de comunicação direta e imediata do internauta com o farmacêutico. No caso dos medicamentos com tarja preta, a compra só poderá ser efetuada pessoalmente. Se o remédio for sujeito à prescrição médica, a receita precisa ser vista pelo farmacêutico antes da venda. O período para adaptação das farmácias às novas regras é de seis meses (DOU, 2009; Sallowicz, 2009).

Antes dessa resolução, outra foi publicada em junho – norma RDC 96/08 – determinando algumas restrições à publicidade de medicamentos. A norma restringe a participação de atores, jogadores e outros famosos, leigos em medicina e farmácia nas propagandas de remédios isentos de prescrição médica; restringe a distribuição de brindes, permitindo apenas os institucionais, que mostrem o nome do fabricante e não do produto. A medida atualiza também as regras para a propaganda de medicamentos sob prescrição e mostra as condições para a veiculação em eventos científicos e campanhas sociais (Começam, 2009).

As medidas do governo brasileiro para refrear o consumo excessivo de medicamentos sem prescrição são, na opinião de especialistas, acertadas, mesmo porque a automedicação é

responsável por um grande número de casos de intoxicação, com múltiplas conseqüências de ordem econômico-sanitária (Barros, 2004). Aos argumentos sobre a necessidade de proteção e intervenção do Estado, somam-se os prejuízos que a população sofre com propagandas enganosas, abusivas e incompletas. Entre os prejuízos diretos, podem-se destacar o agravamento da enfermidade e o dano financeiro decorrente da aquisição de produtos ineficazes ou inadequados (Fagundes *et al.*, 2007). No que diz respeito à autoridade médica como intermediária dessa relação entre a doença e a cura – pelo tratamento farmacológico – essa relação é acentuada com essas novas determinações. O farmacêutico acaba assumindo um papel mais proeminente no processo da medicalização, no nível que Conrad (1992) chamaria de conceitual, no qual assume-se a linguagem médica para tratar do problema e a participação do médico não é obrigatória.

Poderia se afirmar que esse papel já há muito vem sendo assumido pelos farmacêuticos e os atendentes dos balcões das farmácias de forma equivocada, uma vez que a grande maioria dos medicamentos pode ser vendida sem prescrição. A obrigatoriedade de solicitar os medicamentos, indiscriminadamente, no balcão, seja um analgésico ou um antiácido, deverá reforçar o papel que esses profissionais assumem de “autoridade médica” sem ter o estudo e a experiência de um médico. De todo modo, a imposição da Anvisa retira do paciente-usuário-cliente a autonomia para decidir sobre a sua saúde e sobre o seu consumo.

No que diz respeito aos medicamentos voltados ao emagrecimento, apesar de um grande apelo para sua comercialização, que talvez até mesmo eliminasse a necessidade de publicidade, eles são anunciados nas revistas ou na TV. O mesmo não se pode dizer em relação à Internet, mas trata-se principalmente de venda direta dos produtos e não um comercial com recursos tradicionais de convencimento. No final dos anos 1990, quando foi lançado o medicamento Xenical (orlistate), da Roche, a empresa fez uma campanha publicitária com a participação de mulheres aparentemente acima do peso, mas que não eram obesas, e tampouco aparentavam a obesidade severa. O mote da campanha era “O que você faria com alguns quilos a menos?”⁵². Uma mulher respondia que voltaria a vestir maiô, a outra sairia para dançar, ou seja, com um

⁵² O slogan foi mantido no site que abriga um programa de saúde e emagrecimento oferecido pela empresa. Ver em: http://www.roche.com.br/TherapeuticAreas/excesso_de_peso/default_PT.htm.

pouco menos de gordura elas já se sentiriam livres do estigma da obesidade, mesmo que não se enquadrassem ainda no padrão da magreza extremada cada vez mais cultuado na modernidade.

O orlistate é um inibidor de absorção de gorduras. Tem sido bem tolerado, segundo Coutinho (2009), com um nível de eficácia consistente de perda de peso. A droga ajuda a eliminar cerca de 30% da gordura corporal do paciente, levando a uma perda de 5% a 10% do peso total, considerada uma perda moderada de peso, principalmente para obesos. Além da redução do peso, o medicamento ajuda no controle do diabetes tipo 2 e na redução dos níveis de colesterol (Coutinho, 2009). Porém, o medicamento não pode ser indicado para todos os pacientes que desejam perder alguns quilos, por apresentar efeitos colaterais significativos. Os principais efeitos colaterais da substância são de natureza gastrointestinal e estão relacionados ao efeito do medicamento ao reduzir a absorção das gorduras. Podem ocorrer fezes oleosas ou amolecidas, aumento do número de evacuações e, em casos de dieta rica em gordura, eliminação de gases com gotas de óleo e perdas oleosas involuntárias. Tais efeitos diminuem com a redução da ingestão de gordura.

Coutinho (2009) afirma que apesar de utilizado amplamente na maioria dos países, o tratamento farmacológico da obesidade ainda dispõe de um limitado número de medicamentos disponíveis. Em uma entrevista concedida ao jornal *Folha de S. Paulo* (2002, p.6), o endocrinologista afirmou que apesar de uma grande disponibilidade de substâncias indicadas para o emagrecimento, apenas umas poucas são eficazes

Há mais de 200 substâncias usadas hoje no país para tratar a obesidade. A maior parte delas são suplementos nutricionais, como vitaminas e fitoterápicos. Não há nenhuma comprovação científica de que funcionem. Há apenas sete medicamentos que têm comprovação científica. Dois são recomendados como tratamento de primeira linha pelo Consenso Latino-Americano de Obesidade: a sibutramina e o orlistat. Além desses, há outros cinco que têm eficácia comprovada. Três deles são inibidores de apetite, que antigamente eram chamados de anfetamínicos; eles podem causar dependência, então são reservados para pacientes que não podem comprar os remédios mais seguros ou que não respondem bem a eles. Os outros dois são antidepressivos. Só que se percebeu depois de um tempo que, mesmo se a pessoa continua tomando o remédio, ela acaba recuperando o peso.

Descobrir drogas que combatam eficazmente a obesidade, preferencialmente sem a necessidade de um suporte com dietas e exercícios físicos é um dos grandes desafios da ciência. Como será mostrado no próximo capítulo desta tese, a partir da avaliação das reportagens

publicadas no jornal *Folha de S. Paulo*, no período de 1998 a dezembro de 2008, diversos estudos são realizados em todo o mundo com o objetivo de descobrir a fórmula mágica que permita às pessoas comerem o que quiserem sem engordar. Esperam-se também efeitos benéficos no controle do diabetes e do colesterol. Nesse nicho, raramente se vêem anúncios publicitários. A estratégia de marketing da indústria farmacêutica em relação aos medicamentos anti-obesidade tem sido a aposta nos sites institucionais, no apoio a eventos e publicações científicas, brindes e amostras gratuitas para os médicos – até quando isso foi permitido – e poder-se-ia dizer, na divulgação de lançamentos ou benefícios dos produtos na imprensa.

Além da questão da comercialização dos medicamentos, do possível aumento das vendas e dos lucros do setor, o que certamente impulsiona o processo de medicalização, importa analisar o papel de cada um dos atores envolvidos. Nesse sentido, vale ressaltar a intrínseca relação com a imprensa, tratada por Natalie Boero, da Universidade da Califórnia. Em seu artigo (Boero, 2003), a pesquisadora apresenta resultados de uma análise de 751 artigos sobre obesidade publicados no *The New York Times* com o objetivo de mostrar como a mídia ajudou a construir a obesidade como uma epidemia no período de 1990 a 2001.

Em primeiro lugar, a autora salienta que o número de artigos sobre o tema ultrapassou os que tratavam de cigarros e hábito de fumar (544), sobre aids (672) e poluição (531). Os artigos analisados tratam de obesidade, gordura, tamanho do corpo, e aparecem em uma grande variedade de contextos, entre os quais saúde, perda de peso, crianças, beleza, produtividade no trabalho, saúde pública, discriminação e economia.

Os textos não fazem simplesmente uma reflexão sobre uma epidemia biomédica. A mídia, segundo Boero, tem um papel “integral” na construção da epidemia e, fazendo isso, confia fortemente no discurso de gordura, moralidade, risco e ciência que há tempos designa a obesidade como uma entidade médica ou epidemia americana.

Para analisar o material jornalístico selecionado, a autora usou as seguintes categorias: os pares “caos e contenção”, “profissionalização e senso comum” e “natureza e cultura”, e fez uma diferenciação entre os períodos estudados: pré-1900, 1900-1945, e os anos pós-guerra.

Ela faz uma perspectiva histórica sobre os cuidados com o corpo, desde Graham, em 1930. Peter Stearns (1997, 1999, *apud* Boero, 2003) afirma que a preocupação com o controle de peso teve início no século 20, com a disseminação de conselhos sobre dietas nas páginas das revistas femininas da época. O foco dessas dietas eram as mulheres, mas os conselhos sobre perda de peso atingiam também os homens, ao pregar uma estética muscular para os homens e uma desvalorização geral de qualquer tipo de flacidez.

O período pós-guerra, segundo Boero, marca o começo da “medicalização da obesidade”. Com a estética da magreza ainda em curso, o modelo de moral da gordura de Graham, muda para um modelo médico, no qual a obesidade é designada como uma doença a ser tratada por intervenções médicas. É nesse período que a padronização de medidas se torna significativa, com a introdução de gráficos de altura e peso ideais criados pela Metropolitan Life Insurance Company.

No início, esses tratamentos médicos tinham nas drogas o auxílio para os pacientes perderem o apetite e o peso e por volta dos anos 1970⁵³, incluíram as cirurgias de redução do estômago para casos de obesidade extrema.

No início dos anos 1990, os artigos analisados por Boero tratavam da obesidade relacionada a outras doenças, especialmente à prevalência de colesterol e doenças do coração entre americanos do sexo masculino. E sugeriam programas dietéticos como medidas eficazes para controlar tais doenças. Apesar de relacionar a obesidade e esses outros males, ela não era alarmante e não se confirmava que ela seria causadora de doenças como as coronarianas, por exemplo.

Nesse período, apesar do frenesi sobre uma possível epidemia de obesidade, a pesquisadora se deparou com vários artigos que apresentavam uma atitude mais condescendente em relação ao peso corpóreo, e críticos ao tratar de dietas e da indústria de produtos dietéticos. Nesses artigos, dietas são ridicularizadas como sendo simples modismos e médicos, *experts* e feministas ouvidos clamam por um fim ao que denominaram “dogma da dieta”.

Nesse período, início dos anos 1990, assume-se essa estética ideal – a magreza – que provoca um significativo impacto nas mulheres em particular, e vários artigos mostram a ligação

⁵³ As cirurgias de estômago tiveram início nos anos 50, mas demoraram a se fixar como um tratamento recomendado amplamente devido aos riscos associados.

entre a busca desse padrão ideal de beleza e os distúrbios alimentares levando à contestação de tal padrão. Boero cita um título emblemático da preocupação da época: “*The 90’s woman: how fat is fat?*”.

Entre 1994 e 1998, as críticas desaparecem do *The New York Times* fazendo emergir a preocupação da epidemia da obesidade como um problema de saúde pública. Um momento chave foi quando em 1994 o National Center for Health Statistics (NCHS) declarou em uma reportagem que de acordo com o IMC, um terço da população americana estava com sobrepeso ou obesa.

Essa preocupação em termos de saúde pública estava diretamente ligada com fatores econômicos, uma vez que em 1990, o custo estimado da obesidade era de 69 milhões de dólares. Além disso, à obesidade foi atribuída a responsabilidade por um número de óbitos acima dos causados pelo cigarro, “liderando as causas de mortalidade no país”. Já nessa fase se inicia a pressão para que o governo intervenha e tome decisões no sentido de conter a epidemia na forma de programas nas escolas, com a rápida aprovação de novos medicamentos e desenvolvimento de campanhas de utilidade pública.

Em 1998, a epidemia da obesidade alcançou um fervoroso pico (Boero, 2003). Embora tivesse havido um escândalo com duas medicações para controle do apetite (FenPhen e Redux) em 1996 e 1997, que causaram uma certa desconfiança nos medicamentos para promover o emagrecimento, a divulgação de novos parâmetros do índice de massa corporal (IMC) abafou esses escândalos e acirrou o lugar de epidemia para a obesidade. Seguindo o novo índice, metade da população americana passou a fazer parte do rol dos sobrepesados, tornando-a a população mais gorda do mundo.

As estatísticas desse período apontavam que a obesidade era responsável por cerca de 300 mil mortes prematuras por ano e, além disso, os custos relativos à obesidade passaram para 97 milhões de dólares por ano.

A análise de jornais para situar a atuação da mídia como um agente da construção do processo de medicalização da obesidade foi feita também nos estudos de Felipe (2003) e Carvalho (2007), cada uma optando por um viés diferente. Carvalho analisou o nexos da pobreza e obesidade na imprensa. Maior foco foi conferido às questões de âmbito socioeconômico, questão do trabalho, controle de riscos. Já o trabalho de Felipe, realizado não apenas a partir de análise de

jornal, mas também pela observação de entrevistas feitas com pacientes de uma clínica privada do Paraná, no período de 10 anos. O objetivo do estudo foi dar visibilidade ao olhar social, político e cultural pelo Serviço Social, enfocando a obesidade em sua totalidade, complexidade e historicidade.

Kwan (2009) analisou a epidemia da obesidade sob diferentes olhares: dos Centers for Diseases Control and Prevention (CDC), ligados ao Departamento de Saúde dos Estados Unidos; da National Association to Advance Fat Acceptance (NAAFA), uma organização não-governamental dedicada a melhorar a qualidade de vida e assegurar o respeito aos direitos humanos dos obesos; e do Center for Consumer Freedom (CCF), uma organização que representa cerca de 30 mil restaurantes e bares na América. O estudo foi feito a partir do material divulgado nos sites, de boletins e de publicações do CDC.

A construção da obesidade como uma doença letal e que onera o sistema público de saúde leva ao aumento da medicalização. Novas drogas são aprovadas mesmo que sejam retiradas em seguida do mercado – como o rimonabanto recentemente –, as cirurgias de estômago são estimuladas e, para Conrad, esse processo é produto da secularização.

3.7. Conclusões preliminares

É difícil ir contra um argumento já tão arraigado como o de que o mundo enfrenta hoje uma epidemia de obesidade. Racionalmente analisando, baseando-se nas taxas de sobrepeso e obesidade determinados pelo Índice de Massa Corporal (uma medição arbitrária, como apontam alguns especialistas), o argumento torna-se verdadeiro, e cobra mudanças no estilo de vida das populações para, não somente combater a epidemia, mas para evitar que ela avance.

Para Boero, a obesidade não tem características de uma epidemia tradicional, como cólera ou influenza, não é contagiosa e nem letal. Para ela e outros autores (Conrad, 1992; Sobal, 1995, 1999, *apud* Boero, 2003), trata-se de uma doença construída pelo processo de medicalização que leva problemas não médicos para a jurisdição da medicina tornando-os tratáveis com procedimentos médicos; que merecem atenção e cuidados da saúde pública; pelos quais os indivíduos podem ou não ser responsabilizados, principalmente se não recorrerem aos profissionais da medicina para obterem a cura para o mal que os acomete.

Mesmo que haja objeções em considerar a obesidade uma doença, existe um grau de concordância significativo de que ela agrava outros problemas de saúde. Por outro lado, parece também bem documentado o argumento de que há um forte estigma sobre a gordura, reforçado pela mídia, principalmente pelas revistas de moda, ou aquelas voltadas para as mulheres, que trazem o tempo todo imagens de mulheres muito magras, que se tornaram o padrão de beleza a ser seguido por todas as mulheres, independentemente do seu tipo físico original. Ou seja, imagens praticamente impossíveis de se copiar. Como mostra Cahnman (1968), existem formas corporais originais, e é praticamente impossível transformá-las em outro tipo. Essa obsessão pelo corpo magro pode levar a outros transtornos alimentares como a anorexia nervosa e a bulimia, além de uma frustração constante por não ser parte de um universo feminino desejável.

E é esse desejo de magreza quase esquelética que leva um grande número de mulheres e homens – esses em menor número – às clínicas de emagrecimento, e aos anos e anos de dietas, e aos medicamentos com efeitos colaterais e à cirurgia bariátrica, o último dos recursos para algumas pessoas, e que, por pior que possa parecer em termos de processo cirúrgico e situação pós-operatória, é o que vem devolvendo a auto-estima a um grande número de brasileiras e brasileiros. Além da questão social e psicológica, a perda de peso propicia também alguns ganhos na redução de taxas de açúcar no sangue, de triglicérides, de hipertensão e de diabetes, segundo os médicos, ampliando a sobrevivência dos pacientes que se submetem a tal procedimento.

Boero (2003) ressalta que esse processo de medicalização é reforçado pela mídia que traz o tempo todo informações sobre a tal epidemia, mostrando números alarmantes, apontando os riscos para o indivíduo e os custos para a sociedade. O controle que se faz necessário está relacionado tanto às questões ligadas à saúde quanto à questão econômica. O ônus da obesidade para os governos pode ser muito alto, o que justifica que se convalide a existência de uma epidemia que precisa ser combatida.

Esse processo de medicalização é facilitado, segundo Conrad (1992), pela secularização, uma vez que o afastamento da igreja gera, por um lado, a mudança de padrão de comportamento, como o citado por Brumberg a respeito da anorexia nervosa, abrindo espaço para que outra instituição exerça o controle sobre comportamentos sociais, no caso a medicina, representando aqui a ciência.

Quanto à mídia, essa instituição tem exercido uma forte influência na construção da epidemia da obesidade, primeiro com as estratégias de marketing das empresas farmacêuticas a partir de seus sites e de campanhas publicitárias, além de ações diretas com médicos, que prescrevem os medicamentos. Em segundo lugar, a associação dos temas médicos com a imprensa, sempre ávida a divulgar novidades na área médica, lançamentos de produtos que resolvam problemas de saúde, e as promessas de tratamentos milagrosos para diversos males. Os temas podem ser tratados – e quase sempre o são – com certo alarde, reafirmando estigmas e a autoridade médica. Por mais variadas que sejam as abordagens, o principal argumento das reportagens é que o mundo enfrenta hoje uma epidemia de obesidade. Com isto, especialistas em saúde, especialmente nas áreas de endocrinologia e nutrição, estão mobilizados para encontrar as causas da obesidade, para descobrir possibilidades de cura, auxiliados por laboratórios farmacêuticos que não vêem a hora de ter novas opções de medicamentos e acessórios para procedimentos cirúrgicos que tentem combater tal epidemia.

O capítulo a seguir busca identificar as questões apontadas pela literatura tratada neste capítulo à luz do referencial analítico sobre a medicalização da obesidade, nas reportagens publicadas no jornal *Folha de S. Paulo*.

4. PAPEL DA *FOLHA DE S. PAULO* NA CONSTRUÇÃO DA EPIDEMIA DA OBESIDADE NO BRASIL

O mundo enfrenta uma epidemia da obesidade. Quem disse isso? Deu no *New York Times*. A brincadeira com o respeitado jornal norte-americano não é gratuita, afinal, como mostrado no capítulo 3, o referido jornal realmente veiculou muitas matérias que reforçavam a idéia de uma epidemia de obesidade nos Estados Unidos entre 1990 e 2001⁵⁴. Mas não é só isso. A brincadeira embute um segundo significado. A expressão “deu no *New York Times*” tornou-se um bordão que atesta a veracidade de um fato⁵⁵. Se a notícia foi veiculada no prestigioso jornal, não resta dúvida de que o fato aconteceu, de que a história é verdadeira, e não deve ser encarada com desconfiança.

Esse poder não é exclusivo do *The New York Times*. Para um público amplo, a credibilidade dos veículos de comunicação é indiscutível, tendo alguns jornais e programas de TV e rádio um nível de confiança maior que outros. A maioria das pessoas se informa e sofre influências sobre o que ouve, lê e assiste, a respeito de atualidades relativas a diferentes temas nos meios de comunicação. Em relação à ciência, tecnologia e medicina, por exemplo, estudos de percepção pública – feitos por meio de *surveys* ou grupos focais – mostram que é grande o interesse por informações por parte do público geral (leigo⁵⁶). Diversos estudos sobre a cobertura de ciência pela mídia constataram que a medicina figura entre os temas mais abordados pelos jornalistas. No entanto, essa cobertura freqüente nem sempre se traduz em informação de

⁵⁴ Boero, Natalie. All the news that's fat to print: the American “obesity epidemic” and the Media, *Qualitative Sociology*, 2006.

⁵⁵ *Deu no New York Times* é o título do livro do correspondente do referido jornal no Brasil Larry Rohter: Editora Objetiva, 2008. Com o acréscimo da palavra “Tanga”, que seria o nome do país fictício da trama, *Tanga, Deu no New York Times* é o título de um filme feito pelo cartunista Henfil em 1987. O filme conta a história do ditador de uma república fictícia do Caribe que recebe, diariamente, um exemplar do *The New York Times*, enviado pelo sobrinho. Por intermédio do jornal, ele toma contato com o mundo, mas grupos de guerrilheiros tentam neutralizar o sistema de informações. Esse bordão também está presente na música de Jorge Benjor, *W Brasil*, que denota o quanto a idéia é culturalmente compartilhada.

⁵⁶ Leigo (Dic. Houaiss): Aquele que revela ignorância ou pouca familiaridade com determinado assunto, profissão etc.; desconhecedor, inexperiente.

qualidade. Sendo assim, a cobertura de ciência, tecnologia e medicina recebe críticas não somente dos cientistas e médicos, mas também do público, reveladas, tanto por meio dos dados que têm emergido de estudos envolvendo grupos focais com distintos segmentos da população, como pelas alterações das vendas dos produtos que divulgam a ciência.

É esse papel do jornal como legitimador de fatos que se analisa neste capítulo 4, com foco nas estratégias deste veículo de comunicação, que contribuíram para o processo de medicalização da obesidade e para a construção da epidemia da obesidade na última década. Esta é a hipótese que se pretende testar neste trabalho por meio da análise de notícias publicadas na *Folha de S. Paulo* no decorrer dos últimos 11 anos.

O capítulo se divide em duas seções principais. A primeira, intitulada *Epidemia da obesidade na mídia* faz uma revisão na literatura a respeito da relação entre ciência e saúde na imprensa, com principal foco na obesidade, e em pesquisas realizadas no Brasil.

A segunda seção trata da pesquisa empírica que foi feita a partir de uma amostra de 305 matérias publicadas pelo jornal *Folha de S. Paulo*, no período de 1998 a 2008, a partir da palavra-chave obesidade. As categorias analisadas no trabalho foram: a definição da matéria no jornal (editoria, data da publicação, gênero jornalístico); tipificação das fontes (Ciência e medicina, representantes do governo, outros grupos de interesse, geral); caracterização da obesidade (doença/epidemia; legitimação da autoridade médica e propostas de tratamentos contra a obesidade; estigma da obesidade).

Por último, apresenta-se um contraponto à principal linha de divulgação do tema obesidade – no processo de medicalização – no qual é feito um paralelo entre a crítica à medicalização e o “outro lado” no jornalismo, quando se busca a outra versão de uma história que está sendo contada.

4.1. Epidemia da obesidade na mídia

Nos primeiros capítulos desta tese foi mostrado como se apresenta ao mundo a situação do sobrepeso e da obesidade: um quadro alarmante, de índices crescentes em praticamente todos os países, que independe do estágio de desenvolvimento e até mesmo da condição socioeconômica das populações. Atinge ricos e pobres, homens e mulheres, famosos e anônimos

em maior ou menor proporção. Uma preocupação grande das autoridades e profissionais da classe médica gira em torno das crianças e adolescentes (Luiz *et al.*, 2005; Simões e Meneses, 2007; Cavalcante, 2007; Pessoni *et al.*, 2004; Sigulem *et al.*, 2001; Oliveira, 2008), numa previsão de acirramento da situação nos anos próximos, aumentando os riscos de doenças que são apontadas como decorrentes ou associadas ao excesso de peso, de óbitos precoces e dos custos para os indivíduos e para a saúde pública (OPAS, 2003; Millstone *et al.*, 2006; Monteiro, 1995; Carvalho, 2007).

Esse constructo de epidemia é difundido por médicos e outros profissionais da área da saúde – psicólogos, nutricionistas, enfermeiros, professores de educação física –, além de autoridades governamentais responsáveis pelos cuidados da população e preocupados com os custos que as doenças epidêmicas acarretam aos cofres públicos. No capítulo 3, discutiu-se a entrada de mais um ator nesse cenário sócio-político-econômico de construção da epidemia da obesidade. São as empresas de produtos farmacêuticos que trazem alívio, conforto e extensão do tempo de vida a milhares de pessoas com seus produtos, frutos de pesquisa e desenvolvimento que exigem investimentos e capacidade inovadora, mas não o fazem sem visar ao lucro. Nesse sentido, essa indústria tem sido muitas vezes criticada a respeito de suas operações frente ao público que atende: opção por desenvolvimento de medicamentos voltados a doenças mais rentáveis; negligência a doenças infecciosas, que atingem populações mais pobres (que não trariam lucros); preços exorbitantes dos medicamentos; patentes; colocação no mercado de medicamentos cujos efeitos colaterais não foram devidamente estudados – e que muitas vezes são recolhidos; entre outras críticas.

No terceiro capítulo, a participação da mídia como coadjuvante do processo de medicalização da obesidade já foi apresentado. O trabalho de Boero (2003), que analisou o tema justamente no *The New York Times*, é um exemplo de como a imprensa tem disseminado o aumento das taxas de sobrepeso e obesidade para um público mais amplo. Os jornais têm destacado os riscos desse aumento do peso das populações, as doenças associadas, os custos, quem são os mais atingidos, que medidas os médicos, pesquisadores, indivíduos e governos têm tomado na direção de conter ou controlar a chamada epidemia. A valorização da magreza como padrão de beleza a ser perseguido também é tratada no estudo da pesquisadora.

No Brasil, encontram-se diversos trabalhos que abordam a relação da obesidade com a mídia, muitos deles com maior enfoque para a questão da influência da TV no processo de

aumento de peso, em especial das crianças e jovens. Duas razões podem ser apontadas como as principais: estímulo ao sedentarismo e o grande número de propagandas que incentivam o consumo de alimentos que não atendem os padrões nutricionais eleitos como saudáveis (Carneiro, 2007; Miotto e Oliveira, 2006; Santos, 2004; Borges *et al.*, 2007, Cavalcanti e Mello, 2008; Almeida *et al.*, 2002). As crianças passam cada vez mais horas em frente à TV por motivos diferentes. Pode-se apontar a falta de espaço para brincar, pois a rua deixou de ser um lugar para as crianças ocuparem com suas brincadeiras; por terem menos irmãos e primos com quem brincar em casa; porque os pais hoje trabalham mais horas do que antigamente. Aliada a esses fatores, a programação da TV também melhorou. Embora seja possível assistir a desenhos e programas que são do século passado, a exemplo de Vila Sésamo⁵⁷, há hoje uma grande quantidade de novos desenhos e programas voltados para os pequenos. A programação infantil é também voltada para crianças cada vez mais novas, como os Teletubbies⁵⁸, o primeiro programa televisivo desenvolvido para crianças a partir de 6 meses de idade. Foi transmitido em vários países ao redor do mundo, com grande aceitação nos anos 1990. Com isso, obtém-se a atenção das crianças por mais tempo e, nos intervalos, são divulgados biscoitos, bolinhos, refrigerantes, sanduíches, cereais açucarados – esses últimos, os preferidos das crianças, segundo enquête realizada por Miotto e Oliveira (2006). Um ponto importante e que tem sido um dos mais questionados nas campanhas contra a publicidade de alimentos na TV, em especial durante a programação infantil, é a associação dos personagens dessa programação com os alimentos não saudáveis, que se tornam duplamente atraentes para as crianças. Ou também a oferta de brindes desses personagens atrelados aos alimentos, a exemplo do que fazem algumas redes de *fast-food*⁵⁹.

⁵⁷ Programa de TV criado nos EUA, em 1969, com o nome Sesame Street, que foi adaptado para 120 países, entre eles Espanha (Barrio Sésamo), Portugal (Rua Sésamo) e Canadá (Sesame Park). No Brasil foi chamado de Vila Sésamo e teve sua transmissão marcada por duas fases. A primeira de 1972 a 1974, pela TV Cultura, e a segunda, de 1974 a 1977, pela TV Globo.

⁵⁸ O programa tem como proposta de educar enquanto diverte. Tudo em seus episódios, dos cenários às brincadeiras, busca estimular os sentidos, desenvolver a coordenação motora, a afeição e auto-confiança das crianças. Este ano, o programa deixará de ser produzido.

⁵⁹ Recente levantamento coordenado pela Consumers International (federação que reúne organizações de defesa do consumidor), a estratégia de marketing das linhas infantis do McDonald's, Burger King e KFC em 14 países, entre eles, Argentina, Espanha, Reino Unido e Brasil, que excluiu da pesquisa o KFC e incluiu as redes Bob's, Giraffas e Habib's, concluiu que Todas elas têm "práticas apelativas de marketing", que induzem as crianças a um padrão de consumo nada saudável. Fonte: *Folha de S. Paulo*. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff1610200911.htm>. Acesso em 20/10/2009.

Outro aspecto da relação obesidade infantil e mídia é como o fenômeno tem sido representado nas diversas mídias. Sebben e Kemmelmeier (2006), por exemplo, analisaram o conteúdo de uma edição do Fantástico e uma edição do Globo Repórter, ambos da Rede Globo de Televisão, e apresentados em 2005. Pessoni *et al.* (2004) mapearam grandes portais de notícias e páginas destinadas ao público infantil para identificar a quantidade de informações sobre obesidade oferecida na Web para este público. Os autores concluíram que a quantidade de informação é bastante grande, mas entenderam que é necessário agregar mais informação sobre o tema obesidade infantil nos espaços que são habitualmente acessados pelas crianças. Eles sugerem que o conteúdo seja mais atrativo para esse público, sendo formulado sob a forma de jogos ou outras atividades lúdicas.

Já Silveira e Pessoni (2005) buscaram mapear nos jornais *Folha de S. Paulo* e *Estado de S. Paulo* – e seus respectivos suplementos infantis –, os dois de maior circulação no estado, as informações que estavam sendo divulgadas sobre a obesidade infantil, e quais os enfoques dados. O que os autores encontraram foi uma total ausência sobre o tema em 48 edições de cada um dos suplementos dos dois jornais. A justificativa da editora do Estadinho, o suplemento infantil do *Estado de S. Paulo*, para tal negligência com um assunto de vital importância foi que as matérias sobre obesidade infantil têm sido direcionadas para os pais das crianças no jornal e não no suplemento infantil. Ela complementou a informação dizendo que o tema saúde é privilegiado na mídia, mas não no suplemento infantil por não ser interessante para as crianças e tampouco para o Estadinho. No período de um ano, de março de 2004 a março de 2005 foram publicadas 17 matérias no Estado de S. Paulo sobre obesidade infantil, a maioria delas no caderno Vida &.

A editora do suplemento Folhinha, da *Folha de S. Paulo*, apenas concordou que é importante levar o tema para as crianças, ressaltando que deva ser de maneira indireta, ensinando que a criança deve se alimentar bem, e não falando diretamente sobre a obesidade infantil. O jornal publicou 21 matérias sobre o tema no período analisado.

Na análise das matérias publicadas nos dois jornais os pesquisadores constataram também o que chamaram de fontes viciadas, ou seja, a recorrência aos mesmos informantes para tratar do assunto, principalmente instituições que dispõem de assessorias de imprensa. Além disso, Silveira e Pessoni identificaram a utilização de *press-releases* na íntegra, uma prática que deve

ser evitada no jornalismo. O *press-release* deve ser usado como uma idéia de um tema a ser desenvolvido pelo jornal, e não como o texto final de um veículo.

A respeito da obesidade de um modo geral, Felipe *et al.* (2003), avaliaram dois jornais de grande circulação da cidade de Porto Alegre e duas revistas de circulação nacional no período de setembro de 2001 e julho de 2002. A pesquisa se situou num contexto mais amplo de um trabalho de averiguação da discriminação de pessoas obesas. Foram analisados nos veículos estudados os sentidos e significados de imagens e textos, a partir dos quais levantaram-se as seguintes categorias: humilhação, desvalia, discriminação, padrão estético, auto-estima e informação/orientação. Os autores observaram no material estudado que as mensagens veiculadas pelas matérias impõem um estereótipo de beleza inalcançável e estimulam uma exigência para alcançá-lo. Uma atitude de desagregação e rechaço com as pessoas obesas foi uma tendência observada mais nos jornais do que nas revistas. Para os autores a mídia estimula o padrão estético magro, discriminando o gordo de uma maneira não sutil, com mensagens agressivas, persuasivas e pouco estimuladoras, reforçando a baixa auto-estima percebida pelos indivíduos obesos em sua desvalia.

Serra e Santos (2003), por meio de um estudo de matérias de um ano da revista *Capricho*, voltada para o público adolescente, observaram que a obesidade é transformada em tema de disputa entre profissionais médico-sanitários e profissionais da mídia, constituindo-se em parte das lutas que envolvem diversos campos científicos, simbólicos e sociais. Os discursos sobre práticas alimentares para emagrecimento encontrados na revista são proferidos por especialistas, artistas e adolescentes que operam como formadores de opinião, comportamentos e estilos. No discurso dos especialistas existe um julgamento daquilo que é considerado acerto ou erro de uma abordagem científica, evocando a ciência como forma de criar vínculos socioculturais e legitimar as informações veiculadas. Já o discurso dos artistas, é significado pela fama, sucesso e poder que sua imagem carrega. Em relação aos adolescentes, os discursos representam o senso comum. Serra e Santos observaram nesses discursos uma imbricação dos diversos saberes articulados contribuindo para a formação de um saber comum a todos, que trata-se, no entanto, de um saber frágil, inconsistente, que reflete o conflito criado pelos diferentes interesses. E nas matérias, a intermediação desses discursos é feita pelo jornalista que, por sua vez, também tem o seu interesse, o interesse midiático. Além disso, os autores constataram também os interesses das

indústrias ligadas ao corpo e, por conseguinte, a divulgação de um padrão estético corporal determinado é “quase imposição” por parte dos textos da intermediação.

As autoras concluíram que o discurso midiático da revista *Capricho* é ambíguo e pode ser capcioso. A informação, não representa, necessariamente, a “verdade”, não é educativa nem formadora e não cria alicerces sólidos para o indivíduo. Ressaltam, ainda, que informar e orientar adolescentes em relação aos seus hábitos alimentares é um desafio que se impõe àqueles que acreditam que o corpo pode e deve ser pensado em suas múltiplas dimensões, não se restringindo a padrões modulares estéticos (Serra e Santos, 2003).

Certamente há outros exemplos que não foram abordados nesta tese, mas esse breve relato mostra como a questão tem se tornado relevante, tendo sido abordada em diferentes áreas do conhecimento, como Educação Física, Medicina, Comunicação Social, Serviço Social, Psicologia e Nutrição. A multidisciplinaridade no tratamento do tema da obesidade tem sido constante, pois trata-se realmente de uma questão que merece análises sob diferentes perspectivas.

Historicamente é possível constatar que a relação entre a saúde e o campo jornalístico se deu desde os primórdios dos eventos informativos até culminar na comunidade comunicacional da sociedade contemporânea (Carvalho, 2007).

Desde que os cientistas passaram a se organizar como classe, em sociedades e científicas, e ser reconhecidos por este nome⁶⁰, estabeleceram como uma das regras de controle do trabalho a revisão por pares. A medida passou a vigorar nas publicações científicas desde o lançamento da primeira delas, a *Philosophical Transactions*, criada pela Royal Society de Londres, em 1665 (Velho, 1997). A revisão por pares, segundo Velho (1997), tornou-se cada vez mais importante, não apenas para garantir um controle de qualidade do trabalho dos cientistas, mas também para definir referências de governabilidade interna para a ciência, tornando-se uma ferramenta para auxiliar nas decisões sobre alocação de recursos, premiação desses profissionais e para construir reputações e distribuir poder e prestígio dentro da comunidade. A revisão por pares “está na base

⁶⁰ O termo foi usado pela primeira vez em 1833 durante uma reunião da British Association for the Advancement of Science (Velho, 1997).

do sistema de controle social da ciência e do sistema de recompensa, ambos estreitamente relacionados ao sistema de comunicação científica” (Velho, 1997, p. 16).

Essa comunicação entre os cientistas tem sido feita por vários canais, entre eles as apresentações em simpósios e congressos, relatórios de pesquisa, publicações de livros e, de uma maneira mais ampla e democrática⁶¹, por meio das publicações nas revistas científicas. E quando os resultados de uma pesquisa são publicados – e referendados pelos pares – obtêm o status de “verdade científica”. É como dizer que enquanto não for publicada, a ciência, mesmo que seus resultados sejam evidentes, não existe.

Analogamente, Barata (2006, p.12), citando Duarte Jr. (1989) fala sobre os meios de comunicação, dizendo que “pode-se considerar realidade tudo que pode ser lido, ouvido e visto através dos meios de comunicação, e tudo aquilo que ali não constar, não pode ser pensado e, conseqüentemente, não faz parte da realidade, não existe”. Para Nelkin (1986) a imprensa deve prover a informação e compreensão necessárias para que as pessoas sejam capazes de pensar criticamente sobre os temas científicos, que afetam diretamente as suas vidas. Concordando com a afirmação de Duarte Jr., para a autora também o público acredita naquilo que lê na imprensa.

Nesse sentido, novamente a ciência precisa ser legitimada, desta vez para um novo público e um público bastante amplo, considerado leigo, mas que se interessa por temas ligados à ciência e, principalmente, quando se trata de medicina e saúde. O reconhecimento dessa verdade científica por parte do público geral leva as pessoas a quererem saber o que a ciência tem a dizer sobre sua vida cotidiana, sobre sua saúde, sobre a educação de seus filhos, sua vida afetiva entre outros assuntos (Citeli, 2001a; Luiz, 2006).

O interesse pelos temas científicos pode ser mensurado por meio dos estudos de mídia, quando esses mostram uma permanência de assuntos ligados à ciência e saúde nas páginas dos jornais, mas também pelas pesquisas de percepção pública da ciência, realizadas continuamente

⁶¹ Cada vez mais ampla e mais democrática com o movimento do acesso aberto das publicações científicas. Originalmente, as publicações científicas têm sido restritas àqueles que pagam por assinaturas anuais das revistas que pertencem a editoras comerciais ou de sociedades científicas. Em anos mais recentes, com o advento da internet, muitas publicações abriram o acesso, algumas apenas para universidades, ou em bibliotecas virtuais, mas já há publicações científicas com acesso totalmente livre.

em alguns países⁶² e mesmo no Brasil, nos últimos anos⁶³. Dados da pesquisa realizada no estado de São Paulo em 2007, cujos resultados foram apresentados em Vogt *et al.* (2009)⁶⁴, revelaram que o público em geral tem muito interesse por: ‘ciência e tecnologia’ (16,3%); ‘medicina e saúde’ (34,9%), ‘alimentação e consumo’ (37,5%). Na pesquisa feita nacionalmente⁶⁵, observaram-se índices mais altos em relação a São Paulo: 41% dos entrevistados disseram ter muito interesse por ‘ciência e tecnologia’ e 60% por ‘medicina e saúde’. O tema ‘alimentação e consumo’ não constou do trabalho realizado pelo MCT. Nota-se que ‘medicina e saúde’, isoladamente de ‘ciência e tecnologia’ são temas que despertam mais a atenção do público em geral, assunto que será retomado mais adiante. Em relação aos temas pelos quais as pessoas buscam mais informações, 27% dos respondentes brasileiros disseram que se informam sobre ‘ciência e tecnologia’ e 40% por ‘medicina e saúde’ – outros temas abordados na pesquisa foram: ‘religião’ (49%), ‘política’ (22%), ‘esportes’ (40%), ‘economia’ (38%) e ‘arte e cultura’ (26%).

Esse interesse do público geral e da mídia se retro-alimentam positivamente, ampliando cada vez mais a cobertura de assuntos ligados à ciência e à tecnologia. É pelos meios de comunicação que a maioria das pessoas se atualiza sobre esses temas, sobretudo pela imprensa (Medeiros, 2007). O efeito da divulgação científica na mídia não se evidencia apenas entre o público leigo, ele se reflete também no campo científico. Phillips *et al.* (1991, *apud* Luiz, 2006), em artigo publicado no *New England Journal of Medicine*, compararam o número de referências no Science Citation Index de artigos do mesmo jornal que foram divulgados pelo *The New York Times*, com o número de referências de artigos similares que não foram divulgados pela mídia.

⁶² A National Science Foundation passou a incluir um capítulo sobre compreensão pública da ciência em seu livro *Science and Engineering Indicators* desde 1979 e a Comissão Européia (EC, da sigla em inglês) passou a realizar regularmente, a partir da década de 1990, pesquisas de opinião sobre C&T em geral (EC 1993, 2001, 2005) e sobre assuntos científico-tecnológicos específicos, tais como a tecnologia da informação (EC, 1997) e a biotecnologia (EC, 1991; 1997; 2000). Índia, Coréia do Sul, Malásia, Japão, Nova Zelândia e México, também já realizaram trabalhos semelhantes (Vogt *et al.*, 2005 e 2009).

⁶³ A primeira pesquisa com o objetivo de saber o que pensam os cidadãos sobre ciência e tecnologia no Brasil data de 1987. Foi realizada pelo Instituto Gallup, por encomenda do CNPq, através do Mast (Museu de Astronomia e Afins) (Instituto Gallup, 1987).

⁶⁴ A pesquisa foi realizada pelo Labjor/Unicamp, no âmbito do “Projeto de Desenvolvimento de um Padrão Iberoamericano de Indicadores de Percepção Social, Cultura Científica e Participação Cidadã”, tendo sido entrevistadas 1.825 pessoas em 35 municípios no período de novembro e dezembro de 2007. Os outros países da Iberoamérica que participaram da pesquisa foram Colômbia, Argentina, Venezuela, Espanha, Panamá, Chile.

⁶⁵ A pesquisa foi realizada em 2006 pela Secretaria de Popularização da Ciência, ligada ao Ministério da Ciência e da Tecnologia. Resultados disponíveis em: <http://www.uefs.br/antares/docs/mct.pdf>.

Os resultados indicaram que os artigos divulgados pelo *The New York Times* receberam um número muito maior de citações científicas nos dez anos subsequentes à publicação no jornal. O efeito foi mais evidente no primeiro ano após a publicação, concluindo que esse tipo de divulgação amplifica a transmissão da informação médica da literatura científica para a comunidade de pesquisadores.

Meadows (1998) reforça esse ponto de vista, dizendo que embora o grande alvo da mídia seja o público amplo, pode muitas vezes funcionar como fonte de informação útil para pesquisadores, o que ele considera natural, uma vez que esses pesquisadores colaboram, frequentemente, com esses veículos. Segundo o autor, os cientistas lêem revistas de divulgação científica e jornais, buscando descobrir, principalmente, o que está despertando interesse em sua própria disciplina e ter alguma idéia sobre o que está se passando em outras disciplinas. Citando novamente o efeito da divulgação científica no próprio campo científico, Meadows relata como uma greve de 12 semanas do *The New York Times* afetou o número de citações na literatura científica. Assim como no estudo realizado por Phillips *et al.* (1991, *apud* Luiz, 2006), o jornal analisado foi o *The New York Times* e o periódico científico foi o *New England Journal of Medicine*. Segundo Meadows, o *Times* publica muitas notícias sobre pesquisas médicas, obtendo muitas das informações nesse periódico científico. Durante a greve, mesmo tendo sido selecionadas, as notícias não foram publicadas. Foi realizada uma comparação entre o número de citações feitas a artigos do *New England* selecionados durante a greve e os que foram selecionados fora do período da greve. As citações do segundo grupo foram significativamente mais numerosas. Isso indica, mais uma vez, que as menções que a mídia faz a pesquisas podem influenciar os pesquisadores, além do público em geral (Meadows, 1998).

O campo jornalístico demonstra, assim, o poder de influenciar os outros campos. Ele tem o monopólio da informação considerada legítima. Trata-se de um monopólio que Carvalho (2007, p. 65) chamou de “monopólio real sobre os instrumentos de produção e difusão em grande escala da informação e [...] sobre o acesso dos simples cidadãos, mas também dos outros produtores [...] ao que se chama por vezes de ‘espaço público’, isto é, à grande difusão”. Essa influência, como se está insistindo, fica evidente, por exemplo, quando veículos noticiosos tratam exaustivamente de alguns assuntos de destaque e mesmo de temas considerados importantes, dando veredictos ou

valendo-se de porta-vozes de uma suposta opinião pública, muitas vezes exercendo a função do que Bourdieu (1997) chamou de “bombeiro-incendiário” (Carvalho, 2007).

Este é o caso de como a obesidade vem sendo abordada na mídia. Com essa sugestão de Carvalho (2007), passa-se à análise do tema de que trata esta tese, que é a construção da idéia da epidemia de obesidade pela mídia.

4.2. Obesidade na *Folha de S. Paulo*: 1998 a 2008

A relação entre o campo jornalístico e o campo da saúde já apresentada acima, será ilustrada aqui a partir de um estudo de caso do jornal *Folha de S. Paulo*. A análise de matérias publicadas em um período de 11 anos buscará testar as seguintes hipóteses: i) há uma insistência da imprensa em divulgar o tema obesidade no jornal – pelas mais variadas razões; seja porque o público tem interesse, porque o grupo de atores envolvidos na indústria da saúde tem interesse em divulgar a questão ou porque o veículo tem interesse em atrair a atenção dos leitores e vender mais jornais, atrair mais anunciantes e ampliar suas relações com os dois grupos; ii) a obesidade é veiculada e tratada como doença/epidemia, mesmo que o veículo trate de aspectos variados sobre a questão – causas, conseqüências (efeitos físicos, psicológicos, econômicos), tratamentos, pesquisas, novos medicamentos, mercado; iii) as fontes procuradas para tratar do tema pertencem às mesmas áreas científicas, permanecendo no âmbito das ciências da saúde, enfatizando, desta forma, o discurso predominante, que reforça a autoridade do campo científico da medicina, reafirmando a legitimidade da autoridade médica para tratar do assunto obesidade; iv) a mídia contribui ao processo de construção social da epidemia da obesidade.

O veículo escolhido para retratar esse fenômeno foi a versão impressa do jornal diário *Folha de S. Paulo*, que será chamada também de *Folha*. A principal razão da escolha foi a representatividade do veículo no país. A *Folha* é o jornal de maior circulação no Brasil, com 311,3 mil exemplares vendidos em média, por dia, em 2008, segundo o Instituto Verificador de Circulação - IVC⁶⁶ (Mídia Dados 2009). O segundo maior em vendas é o jornal *O Globo*, com média de 303,1 mil exemplares vendidos por dia, em seguida vem o *Extra*, com média de vendas

⁶⁶ O IVC baseia-se em informações juradas, fornecidas pelo próprio veículo e controladas através de relatórios de auditorias feitas pelo instituto a seus filiados: 17.639 revistas e 5.809 jornais, em 2008. As auditorias são semestrais e checam controles internos pertinentes à tiragem e circulação.

de 287,4 mil exemplares diários e, em quarto, *O Estado de S. Paulo* – principal concorrente da *Folha* em São Paulo – que alcançou a média de 245,5 mil exemplares vendidos por dia em 2008.

Uma vez que a *Folha* é o jornal de maior circulação no país e conta com uma versão online na qual é publicado todo o conteúdo da edição impressa, além de notícias produzidas ao longo do dia, acredita-se que seja também o mais lido no Brasil. A confiabilidade e a credibilidade no veículo informativo estão profundamente ligadas à sua penetração junto ao público e essa influência se estende às fontes e aos outros veículos (Carvalho, 2007).

Outro fator que contribuiu para a escolha do jornal foi a facilidade de acesso para a realização da pesquisa. Num primeiro momento, a idéia era captar as matérias pelo sistema de busca disponível no site da *Folha de S. Paulo* (<http://www.folhaonline.com.br>), utilizando-se a palavra-chave “obesidade”, no período de janeiro de 1998 a dezembro de 2008. No entanto, a busca não foi bem sucedida para os objetivos da pesquisa. O número de textos encontrados foi 1.454, sendo que muitos deles traziam a palavra obesidade na página e não no texto em si, ou muitas vezes a palavra obesidade aparecia no texto, mas era usada metaforicamente e não tinha nenhuma relação com o assunto estudado.

Optou-se então pela compra do arquivo pelo sistema de Banco de Dados da empresa, segundo o qual a metodologia usada para a pesquisa foi a busca de matérias por assunto, no qual também foi digitada a palavra-chave “obesidade”. Diferentemente do sistema de busca para os leitores, disponível no site, internamente a equipe do Banco de Dados consegue fazer essa busca pelo assunto no texto, e não na página. Essa busca mais direcionada elimina uma grande quantidade de material que seria descartado, como foi possível observar na análise inicial, a partir da seleção feita pelo site que resultou em cerca de um terço do material sem valor para o trabalho.

A seleção enviada pelo Banco de Dados refere-se a 544 textos que trazem depoimentos de pessoas que perderam peso, estudos científicos sobre obesidade (causas e conseqüências), comportamento/discriminação, mercado consumidor, lançamentos farmacêuticos e tentativas, por parte do governo e da iniciativa privada, de combater a “doença”, conforme referiu-se à obesidade o próprio banco de dados. Numa primeira seleção foram excluídas chamadas para participação em pesquisas, palestras/simpósios, livros e opinião/editoriais. No entanto, por considerar importante saber em que circunstâncias o jornal se manifestava a respeito do tema, foi

solicitado que se incluíssem os textos relativos à editoria Opinião/Editoriais, acrescentando 19 textos aos 544 iniciais.

Esta amostra de 563 textos acabou sendo reduzida a 305, uma vez que alguns textos enviados foram descartados (poucos) por se tratarem de palestras/simpósios ou lançamentos de livros, que inicialmente deveriam ter sido eliminados. Uma segunda razão para a redução do número de matérias é que vários desses textos representavam uma continuação ou uma matéria coordenada com uma principal (o que é chamado de retranca, sub-retranca ou apenas sub, em alguns veículos). Nesses casos, apenas a matéria principal recebeu uma numeração, mas todos os textos relacionados foram considerados, sendo analisados conjuntamente.

Um texto enviado pela empresa apresentava formato de diagrama/quadro, e apesar de conter informações sobre como calcular o IMC e a medida da relação cintura-quadril e outras informações sobre ganho de peso em mulheres, pelo formato deveria ter sido descartado. Entretanto, em uma busca pelo site <http://www.folhaonline.com.br> foi encontrada a reportagem completa da qual faziam parte essas duas retrancas. Tratava-se de uma reportagem especial para o Dia das Mulheres, cujo foco principal era a sexualidade feminina⁶⁷.

Um dos textos que compunham a reportagem era uma entrevista com a antropóloga Miriam Goldenberg a respeito dos padrões de beleza estabelecidos pela sociedade e da grande valorização do corpo nas últimas duas décadas. A antropóloga aborda a forma como este se tornou um valor na cultura brasileira, mais importante que outros valores, levando as pessoas a investirem tempo, dinheiro e energia para conquistar o corpo perfeito. E qual seria o modelo de corpo perfeito? O corpo magro, belo, jovem e “definido”. Uma vez que o assunto está diretamente relacionado com a argumentação desenvolvida no capítulo 3, inclusive com base em artigo da antropóloga, a entrevista foi incluída na amostra, mesmo não tendo sido selecionada pela *Folha* e não contendo o termo obesidade. Dessa forma, a amostra ficou com o total de 305 textos ou unidades jornalísticas.

O primeiro passo desta etapa do trabalho foi analisar o material, classificando as unidades jornalísticas em categorias definidas a partir do tema de interesse com base em estudos da área de

⁶⁷ Ver em <http://www1.folha.uol.com.br/folha/especial/2005/diadamulher/>

sociologia e comunicação (López, 1995, Pinto, 2000, Carvalho, 2007, Medeiros, 2004, Citeli, 2001b). As categorias utilizadas foram: i) Definição da matéria no jornal; ii) Tipificação das fontes; iii) Caracterização da obesidade; e iv) Enquadramento.

A técnica escolhida foi a análise de conteúdo, que combina elementos quantitativos e qualitativos. Segundo Bauer (2008), esse tipo de análise faz uma ponte entre um formalismo estatístico e a análise qualitativa dos materiais. Na análise quantitativa, por exemplo, serve de informação a frequência com que surgem certas características do conteúdo. Por sua vez, a análise qualitativa dá conta da presença ou ausência de determinadas características do conteúdo no fragmento de mensagem que está sendo considerado (Bardin, 1977).

A análise de conteúdo tem sido recorrente nos estudos da área de comunicações, nos quais se analisa documentos ou textos que foram produzidos com outra finalidade que não a da pesquisa em questão (Bardin, 1977). É o caso deste estudo, no qual são analisadas as matérias já publicadas pelo veículo jornalístico. Um *corpus* de texto oferece diferentes leituras, dependendo dos vieses que contém. Por meio da análise de conteúdo é possível traçar um meio caminho entre a leitura singular verídica e o “vale tudo”. Trata-se, portanto, de um conjunto de procedimentos de análise textual para fins de pesquisa social (Bauer, 2008).

4.2.1. Definição da matéria no jornal

Este primeiro nível de análise refere-se às categorias que definem a matéria em relação às suas características principais, como localização no jornal (editoria), data de publicação, gênero jornalístico (informativo ou opinativo, traduzido em nota, notícia e reportagem x editorial, artigo e entrevista), e origem (feita pela equipe do jornal ou se é material de agência ou tradução de jornais internacionais).

Editoria - Em um jornal impresso as matérias são dispostas em seções, chamadas de editorias, de acordo com o seu foco principal. Os grandes jornais separam os temas em cadernos, que compreendem mais de uma editoria, como a *Folha*. Essa organização pretende facilitar a leitura. Além disso, a disposição dos textos na página também segue uma lógica definida pelo conselho editorial do jornal. A edição deve ser capaz de hierarquizar a leitura, propondo uma seqüência, de maneira clara e em ordem progressiva de interesse. Deve ser capaz de identificar

pontos de relevância nos assuntos tratados, desenvolvendo-os, junto com a equipe, de maneira que o tema ganhe visibilidade e atenção do público.

Uma boa edição nasce da capacidade de estabelecer nexos coerentes e contextualizações firmes e compreensíveis para o leitor. Nasce também da capacidade de o editor apostar, desde a pauta, em hipóteses, conceitos e fatos que ele ou membros de sua equipe tenham julgado os mais inéditos ou relevantes para serem reportados, investigados ou criticados (Folha, 2006, p. 34).

Outros elementos ajudam a atrair a leitura e determinar que textos são os mais importantes ou interessantes, pelo menos sob a ótica do jornal. Títulos e subtítulos, por exemplo, são de fundamental importância para atrair o leitor. Em poucas palavras eles devem ser capazes de tornar claro o objeto da notícia, convidando o leitor a saber mais. Vinhetas ou chapéus são também elementos gráficos que têm a função de organizar e atrair a leitura. Fotos e infográficos ajudam a compreender a matéria e a formar uma opinião a respeito do assunto. Em matérias de ciências, os infográficos são bastante indicados (Folha, 2006).

Na *Folha*, as principais editorias são: Brasil (informações sobre a vida política do país); Opinião (opinião do jornal, de articulistas externos e dos leitores); Cotidiano (notícias sobre as principais capitais do país; a edição São Paulo aborda temas como direito do consumidor, saúde, comportamento, trânsito e meteorologia); Dinheiro (conjuntura econômica, negócios); Esporte; Ilustrada (cultura e entretenimento); Mundo (notícias internacionais); Ciência (descobertas e pesquisas recentes do Brasil e do mundo, com uso de recursos para explicar assuntos mais complexos; aos domingos é publicada junto ao caderno Mais!). O jornal conta com suplementos de circulação semanal. Os que aparecem nesta pesquisa são: Mais!, Equilíbrio, Turismo, Informática, Folhateen, Revista da Folha, Negócios e Empregos. Sem periodicidade definida, motivados por algum evento específico, uma data histórica ou por influência do departamento de publicidade, são publicados os Cadernos Especiais, três dos quais publicaram matérias sobre obesidade no período.

A ampla gama de sub-temas que a obesidade contempla se reflete na sua distribuição pelas diferentes editorias do jornal (Gráfico 4). Entretanto, evidenciou-se uma prevalência dos textos na editoria Cotidiano (41%), seguida da editoria Ciência (16%). A editoria Cotidiano é caracterizada por apresentar assuntos que dizem respeito ao dia-a-dia dos cidadãos. É o espaço que abriga as reportagens sobre saúde, comportamento, educação, direitos civis, que são assuntos

que atraem bastante a leitura de um público geral. A maioria das matérias publicadas no Cotidiano é produzida pela editoria local, algumas vezes em parceria com agências internacionais (informações que chegam das agências que auxiliam no texto) ou com outras sucursais. Isto se reflete, de certa forma, na concentração das discussões ao contexto de São Paulo, onde fica a base do jornal.

Boa parte dessas matérias poderia estar na editoria de Ciência, uma vez que nos textos aparecem vários termos e conceitos científicos, bem como descrição de descobertas, e utilizam-se como fontes os periódicos científicos e representantes da comunidade científica. Porém, acredita-se que estando na seção específica de ciência, muitas vezes o tema deixa de atrair a atenção dos leitores, que podem imaginar que o assunto não lhes diz respeito. Ou seja, em Cotidiano, as matérias atraem mais leitura do que na editoria de Ciência, que é mais lida pelo chamado público “atento” ou “interessado” em ciência. Isso pode ser tomado como medida ou sintoma da penetração cada vez maior da ciência na sociedade (Ravetz, 1973, *apud* Medeiros, 2007), fenômeno no qual a medicalização também se encaixa.

A terceira editoria em quantidade de textos voltados à obesidade foi Equilíbrio (11%), um suplemento semanal, dirigido ao público que busca melhorias para a saúde e qualidade de vida. Desde outubro de 2008, o jornal passou a dedicar uma página diária ao tema saúde no caderno Cotidiano, sob os cuidados da editoria Equilíbrio. O primeiro texto da seção tratou justamente de um caso de obesidade, sobre a antropóloga que emagreceu 97 kg sem recorrer à cirurgia de estômago⁶⁸. O objetivo da seção, intitulada Saúde, é aprofundar a cobertura de temas que interessam cada vez mais aos leitores preocupados com qualidade de vida, como já ocorre com o suplemento semanal. São acompanhadas as pesquisas médicas, novos tratamentos e diagnósticos e as reportagens contam com o apoio de infográficos que auxiliam a compreensão dos assuntos abordados (Observatório da Imprensa, 2008).

Para a editoria de Ciência acabam sendo encaminhadas as pautas mais restritas, relativas a resultados de pesquisas ou trabalhos em andamento que prometem soluções interessantes. Neste caso, a seção tratou de descobertas a respeito do funcionamento de proteínas, hormônios ou genes que podem influenciar no aumento ou na perda de peso. As matérias publicadas nesse espaço

⁶⁸ A reportagem pode ser lida no endereço: <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/saude/sd0211200801.htm>.

abordaram também investigações sobre plantas, moléculas ou substâncias químicas que podem levar ao desenvolvimento de novas drogas para emagrecer. Foram priorizadas as pesquisas internacionais, produzidas, na maioria das vezes, a partir de artigos científicos publicados em periódicos internacionais (v. mais sobre isso na seção sobre Enquadramento).

Em Mundo, os temas se assemelham aos abordados no Cotidiano, como questões comportamentais relativas ao sobrepeso, dados sobre pesquisas de opinião, notícias sobre regulamentações que podem favorecer o controle do avanço da obesidade, mas com enfoque internacional. As fontes, como no Cotidiano, são médicos ou pessoas ligadas a universidades e à área da saúde, com alguns contatos com pessoas ligadas ao setor da política, do direito ou da economia e comércio. Em 2004 foram publicados em Mundo 10 textos sobre obesidade. Dos 30 textos encontrados na editoria no total do período, parte foi escrito por correspondentes do jornal nos EUA, Washington e Londres; outra parte resulta da produção de agências internacionais de imprensa (Reuters, France Press); algumas são fruto da equipe local, com auxílio de material de agência ou não e, por último, algumas matérias reproduzidas de jornais internacionais, como o *The New York Times* (EUA), *Independent* (UK) e o *Le Monde* (França).

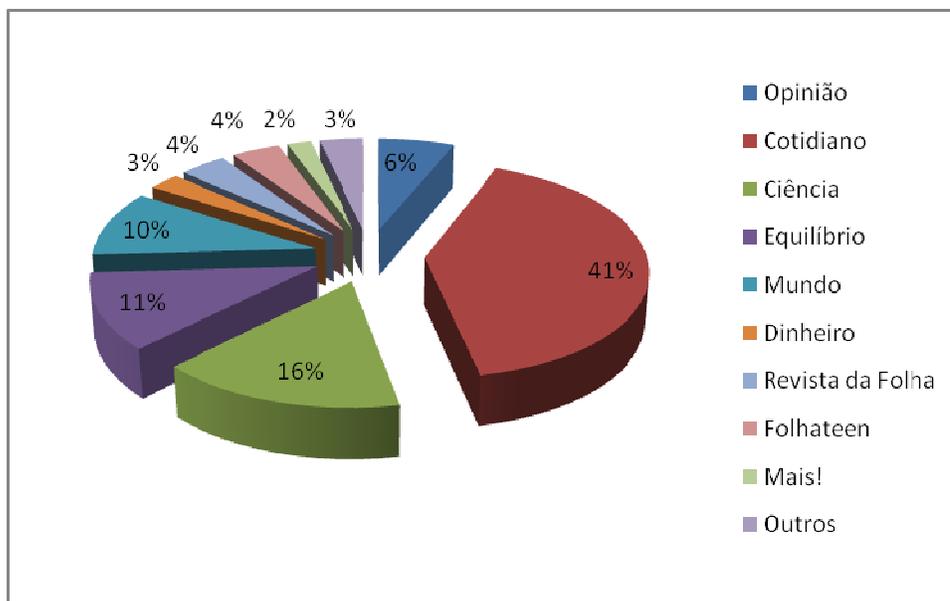


Gráfico 4.1. Distribuição das matérias pelas editorias do jornal

Fonte: Elaboração própria

Data de publicação - A opção pelo estudo longitudinal permite ao pesquisador analisar fenômenos que se desenrolam ao longo de anos, como a medicalização, e dificilmente seriam detectados ou consistentemente analisados em amostras que compreendessem um período de tempo muito curto. Por exemplo, é possível verificar a frequência com que os leitores foram expostos ao tema em cada um dos anos estudados e quais foram os principais enfoques em cada ano, com a possibilidade de identificar quais foram as motivações para o aumento ou queda do número de matérias em cada período. Estudos longitudinais têm se tornado cada vez mais frequentes na análise da comunicação de ciência, tecnologia e medicina pela mídia (Medeiros, 2007; Bucchi e Mazzolini, 2003; Cripa, 2007; Lawrence, 2004; Sousa e Silveira, 2001; Carvalho, 2007).

O ano que apresentou o maior número de textos foi 2003. Foram 41 textos ao todo, sendo que três dos editoriais se concentraram nesse ano. Isso significa que o tema pareceu relevante aos editores do jornal e não apenas às editorias que o abordaram. O editorial não dirige o noticiário, mas os temas que nele aparecem com frequência devem ser explorados pela reportagem (Folha, 2006). Da mesma forma, temas que estão candentes nas páginas do jornal, atraem a atenção dos dirigentes da publicação, que decidem então expressar a sua opinião sobre o assunto. O editorial não é assinado e expressa a opinião do jornal, daí a relevância de um assunto ser tratado nesse espaço.

Pode-se atribuir o maior número de matérias sobre obesidade em 2003 a uma maior atenção ao problema estar atingindo pessoas mais jovens, ao efeito de ações contra empresas de *fast-food* que tiveram início em 2002 e repercutiram nos anos seguintes, e ao fato de a cirurgia de redução de estômago começar a ganhar mais atenção da mídia, ora de maneira positiva, ora apresentando os riscos que tal técnica representa.

Um dos temas abordados nas páginas do jornal em 2003 e que valeram a atenção dos editorialistas da publicação foi a ação da multinacional de alimentos Kraft, que tomou a iniciativa de reduzir as porções de seus alimentos mais calóricos e também a publicidade desses produtos. A segunda foi a proposta de educar a população com rótulos indicando quais seriam os alimentos mais arriscados à saúde e, por fim, a questão de a obesidade estar sendo tratada como uma epidemia de maneira alarmista. O mais interessante na posição defendida no artigo é sobre o controle individual sobre a saúde. Diz o artigo: “Gostem os médicos ou não, as pessoas têm o direito de tomar decisões que vão contra a sua saúde, principalmente se isso lhes proporciona prazer” (Gordos, 2003). Essa afirmação do editorialista vai em direção ao que Illich (1981) critica

em relação ao processo de medicalização, que retira a autonomia do indivíduo quanto às decisões sobre sua própria saúde.

Os anos subseqüentes – 2004, 2005 e 2006 – apresentaram a mesma média de matérias sobre o assunto (35). Em 2004, além de 4 editoriais, 2 artigos ocuparam o espaço de Opinião, um deles assinado por Clóvis Rossi, jornalista que faz parte do conselho editorial, e o outro de Claudia Antunes, editora do caderno Mundo. Em 2007, o número de matérias foi um pouco inferior (32), mas ainda demonstra uma preocupação com o tema. Impressiona a queda ocorrida em 2008 (21 matérias) e 2001 (apenas 13). Os demais anos da amostra mantiveram a mesma média, (entre 22 e 24 textos), conforme apresentado no Gráfico 4.2. Parece difícil justificar essa queda do interesse em relação ao tema, principalmente em 2008, quando a procura pela cirurgia bariátrica continuou apresentando crescimento. Segundo informações do Ministério da Saúde, foram realizados, em 2008, 3.195 procedimentos pelo SUS, a um custo de R\$ 15.736.352,38. O estado que realizou o maior número de cirurgias foi São Paulo, com 1.068, seguido do Paraná, com 954 e Santa Catarina, com 344. Em 2007, haviam sido realizados 2.847 procedimentos.

Também em 2008, pelo terceiro ano seguido, o Ministério da Saúde realizou o inquérito telefônico sobre fatores de risco e proteção para doenças crônicas (Vigitel) e que incluía sobrepeso e obesidade – que não foi noticiado pela *Folha*. Não houve também nenhum acompanhamento sobre o caso do Acomplia, a grande promessa para emagrecimento da empresa Sanofi-Aventis, que havia sido retirado do mercado em 2007 para novos estudos. Vale salientar que poucas matérias trataram da questão da retirada do produto do mercado, o que foi motivado pela suspeita de o medicamento elevar o risco de ansiedade e depressão nos pacientes.

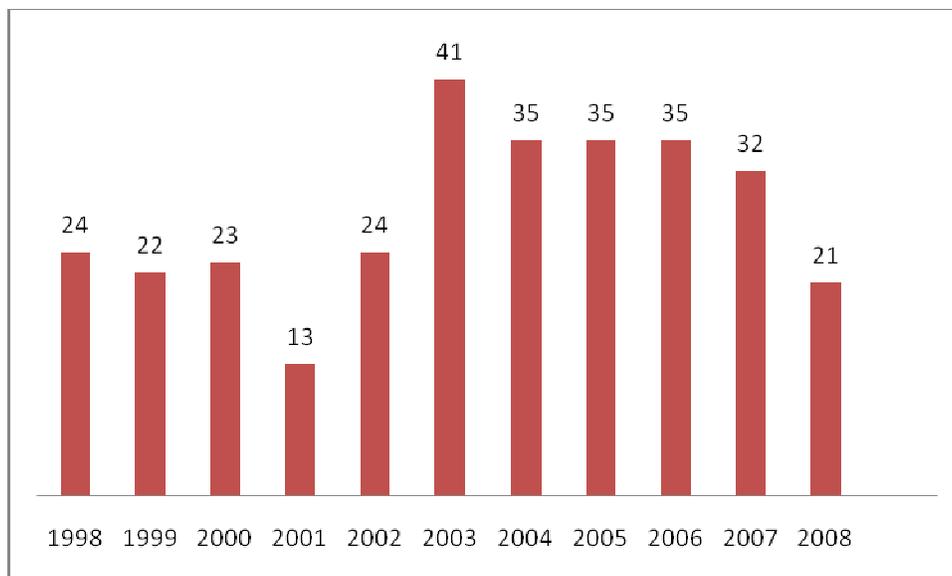


Gráfico 4.2. Distribuição das matérias de janeiro de 1998 a dezembro de 2008

Fonte: Elaboração própria

Algumas tendências puderam ser observadas ao longo desses 10 anos. Embora obesidade seja o tema geral, há vários sub-temas que foram tratados nas matérias analisadas, da mesma forma que se observa a amplitude da questão nos capítulos anteriores. Alguns temas se repetem em praticamente todos os anos, com mais ou menos atenção e alguns elementos novos para o debate. É o caso da associação da obesidade com outras doenças; o aumento do sobrepeso e obesidade entre crianças e jovens; divulgação de resultados de pesquisas que prometem o desenvolvimento de novas drogas que irão ajudar os tratamentos para emagrecer e alertas à sociedade para a existência de uma epidemia de obesidade mundial.

Observou-se, porém, a capacidade de alguns fatos ganharem uma maior repercussão nas páginas da *Folha*. Um exemplo foi o lançamento, em 1998, das substâncias orlistat e sibutramina no mercado brasileiro, com um maior peso para o orlistat, ou Xenical, da farmacêutica Roche⁶⁹. Das 24 matérias encontradas nesse ano, 5 foram dedicadas a esses medicamentos. No ano seguinte o Xenical ainda garantiu espaço na mídia, tendo sido alvo de 3 matérias. Em 2000, o tema desapareceu do jornal; em compensação, a cirurgia bariátrica despontou no noticiário com

⁶⁹ Hoje há um remédio similar no mercado, o Lipblock, da Germed Pharma, que, por sua vez, é a apoiadora oficial da Campanha Nacional de Combate à Obesidade, iniciativa da Abeso e o Programa Minha Escolha. Ver em: <http://www.combataobesidade.org.br/>. Acesso em 20/10/2009.

pelo menos uma matéria sobre o assunto por ano. Em 2003 já foram 3 matérias e em 2004, 4 publicadas. O foco dessas matérias nem sempre foi positivo, destacando algumas vezes as controvérsias sobre o tema, mas marcando sua presença no imaginário popular. Foram publicadas também, em 2004, uma série de reportagens que sugerem uma forte influência do ambiente no aumento das taxas de obesidade, e sobre possíveis medidas para controlar ou eliminar o avanço da mesma.

A partir de 2002 começam a aparecer matérias sobre ações judiciais que responsabilizam as redes de *fast-food* pela obesidade, a exemplo do que ocorreu em relação ao tabaco. Em decorrência desse temor de novos processos, as empresas começaram a fazer mudanças em seus produtos, de forma a torná-los menos calóricos e prejudiciais à saúde, com destaque para a Kraft. Ainda nessa linha de colaborar com o controle do sobrepeso – o fato concentrou-se nos Estados Unidos, mas como as empresas são transnacionais, as ações refletem no mundo todo –, em 2005, a Kraft anunciou que restringiria a publicidade de produtos de pouco valor nutritivo e alto teor calórico em programas e anúncios voltados ao público infantil. Além dessa medida, outras estratégias de marketing foram adotadas pela empresa como embalagens menores para alguns produtos e mudanças nos rótulos. O fato foi citado em matérias posteriores que trataram da questão da publicidade de alimentos com essas características. Restrição à publicidade de alimentos calóricos para o público infantil foi outro tema recorrente, mesmo que não tenha sido o foco principal da matéria. Em 2008 o tema voltou a ocupar as páginas do jornal. Essas discussões iniciadas em 2004, certamente contribuíram com a medida adotada pela Anvisa recentemente e para a aprovação, pela Câmara dos Deputados em 10 de outubro, do PL nº 5291/2001 do deputado federal Luiz Carlos Hauly, que trata de novas restrições à publicidade infantil.

Além do Orlistat/Xenical, outro medicamento que ganhou destaque na *Folha* em 2006 e 2007 foi o rimonabant (Acomplia, da empresa Sanofi-Aventis). Uma controvérsia a respeito do medicamento formou-se em torno da questão dos efeitos colaterais provocados. A chamada “pílula anti-barriga”, não era promessa apenas para o emagrecimento, mas também para reduzir a pressão arterial, colesterol e diabetes. Estudos mostraram, porém, que a droga aumentava os riscos de transtornos psiquiátricos como depressão e ansiedade, o que levou à suspensão da comercialização do produto inicialmente nos Estados Unidos e, em 2007, a própria empresa suspendeu a distribuição no mundo, com a proposta de rever os componentes e fazer novos

estudos sobre riscos. O caso representa bem um modelo de divulgação de ciência, no qual se “vende” a ciência investida de mágica e mistério. Esse comportamento é facilitado pela aura mística que se cria em torno do cientista e da ciência, que leva a crer em pílulas mágicas e curas milagrosas (Nelkin, 1986). O rimonabant parecia ser exatamente isso. Um medicamento que ajudava a emagrecer, mesmo que o paciente continuasse comendo, algo que muitos médicos, mais céticos, diriam que só mesmo com um milagre. No capítulo 1, assim como no capítulo 3, uma das principais explicações para o ganho de peso é exatamente o desequilíbrio entre ingestão e gasto de calorias.

De maneira geral, o que pode ser observado em relação a esses 11 anos estudados é que a obesidade, desde 1998, é um tema que esteve sempre presente no jornal, trazendo alguns elementos novos, mas também repetindo muitas informações, conceitos e opiniões – e também título, fontes e dados. De certa maneira, este é um modelo característico da teoria crítica do jornalismo, que se vale da onipresença, da repetição e da padronização para promover o controle psicológico sobre os indivíduos. Da forma como os produtos são elaborados, o espectador tem pouca chance de fazer qualquer tipo de reflexão, pois faltam-lhe elementos para isso (Luiz, 2006). Nesse caso da medicalização da obesidade, um leitor mais atento que acompanhar o tema ao longo do tempo, ainda terá alguma chance de fazer uma análise sobre a questão, e poderá perceber algumas nuances de como há um direcionamento para o convencimento de que existe uma epidemia que precisa ser controlada. No entanto, aparecem ao longo do período, algumas matérias que fazem um contraponto a essa linha corrente principal, seja com argumentos científicos, seja com depoimentos de personagens, pessoas comuns, por meio das quais, o jornal procura diminuir o estigma sobre a obesidade.

A obesidade já é uma questão de saúde pública, que atrai constantemente a atenção dos profissionais da área da saúde e das autoridades, que tentam controlar o seu avanço. E na *Folha* observou-se que é tratado na maioria das vezes como doença e epidemia. Em 2004 e 2006, o conceito de epidemia propriamente dito foi mais marcante. Em 2004 esse viés pode ser resultado do avanço da cirurgia de estômago como tratamento indicado para controle da obesidade. Em 2006 as matérias são mais relacionadas a possíveis causas do problema e tratam também da associação da obesidade com outras doenças, desde o sono à função mental na terceira idade.

Em todos os anos estudados, a maioria dos textos tem como gancho jornalístico⁷⁰ uma pesquisa. A maioria dessas pesquisas foi publicada em periódicos científicos estrangeiros. Isto se deve, em parte, ao fato de a editoria de Ciência da *Folha* ter incorporado em sua rotina a cobertura de pesquisas publicadas pelos principais periódicos científicos. Revistas como *Science*, *Nature* e *JAMA* distribuem, em geral com uma semana de antecedência, *press-releases* sobre os artigos das edições a serem ainda publicadas. O material inclui um resumo jornalisticamente trabalhado da pesquisa e os contatos dos pesquisadores. Se, por um lado, esses serviços surtem um efeito positivo, proporcionando aos jornalistas o acesso a trabalhos que passaram pela avaliação de seus pares em revistas de alto impacto, por outro também apresentam efeitos deletérios. Por exemplo, as pesquisas podem não ter relação com interesses e realidades nacionais (Amorim e Massarani, 2008).

Boa parte dessas pesquisas, principalmente quando publicados no Cotidiano, ganhou aprofundamento com dados nacionais. Ou seja, os resultados da pesquisa internacional dão o tom da matéria, que segue repercutindo o assunto trazendo-o para o contexto brasileiro, buscando dados que sirvam de comparação e ouvindo especialistas brasileiros a respeito do tema. Há também matérias motivadas pelos resultados de pesquisas realizadas por cientistas brasileiros, que não foram publicadas em periódicos científicos. Há diversas maneiras de divulgar essas pesquisas, além dos artigos científicos. Podem ser relatórios, pelo trabalho de assessorias de imprensa, divulgação de dados isolados que levam ao trabalho como um todo. O jornalista pode ter acesso a essas pesquisas por outros caminhos. Simplesmente pela percepção do jornal de que o problema existe na sociedade, por estar sendo tratado em outros meios de comunicação de massa, ou motivados por alguma nova legislação prestes a ser definida, por contatos pessoais dos jornalistas com os médicos – ou porque uma pessoa próxima enfrenta alguma situação em que se depara com o estigma – entre outros motivos.

Uma mostra do acirramento do interesse da comunidade científica sobre o tema nos últimos dez anos é a quantidade de artigos científicos publicados em revistas indexadas na base bibliográfica Medline, desenvolvida pela National Library Medicine (NLM). Em 1990 o número

⁷⁰ Termo jornalístico usado para justificar a motivação para realizar-se a matéria – o fato novo, original, relevante, de interesse público.

de artigos era de 1.696. Em 2000, esse número já estava em 3.758, e em 2008 foram publicados 10.642, um crescimento substancial no período, conforme pode ser visto no Gráfico 4.3.

O periódico científico é uma importante forma de tornar o conhecimento público, como diz Luiz (2006). Qualquer pessoa pode submeter um trabalho para publicação e, se este for aprovado pelos pares (conselhos científicos), ele é publicado e qualquer pessoa pode ter acesso ao seu conteúdo – na maioria das vezes mediante algum pagamento. A autora ressalta, no entanto, que um possível obstáculo é o hermetismo característico da linguagem científica. Mas este tem sido um recurso do jornalismo científico, o de encampar as informações científicas, procurando contextualizá-las com uma realidade mais próxima do cidadão comum para que o tema seja mais facilmente compreendido.

Mas, à medida que os “escritores de ciência” espalham as informações fora do núcleo dos cientistas, a ciência perde, além do jargão técnico, alguma precisão. A ciência torna-se popularizada – muitas vezes sensacionalizada – na tentativa de fazer com que o público leigo sintasse motivado para esta leitura, que tem pouco significado para a sua vida cotidiana. No caso dos assuntos ligados à saúde e medicina, o apelo é sempre maior, justamente por serem mais próximos às preocupações do público em geral. O que esses jornalistas fazem é prover o significado a esses textos para o seu público particular, no processo que muitos chamam de “tradução” (Burkett, 1986).

Orlandi (2001), segundo interpretação de Barata (2006) diz sobre a transformação do discurso científico para o da divulgação científica ou do jornalismo científico, que não se trata de uma mera tradução, mas sim um complexo jogo de interpretação entre esses dois diferentes discursos, do qual surge um terceiro. O que ocorre é que o jornalista lê em um discurso e diz em outro. Este novo discurso mantém um diálogo com o discurso científico por meio de uma encenação da fala do próprio cientista para o leitor. Uma série de terminologias fornece uma ancoragem científica, permitindo que termos vindos da ciência circulem e sejam transmitidos por meio do novo discurso, dando credibilidade às enunciações desse novo discurso.

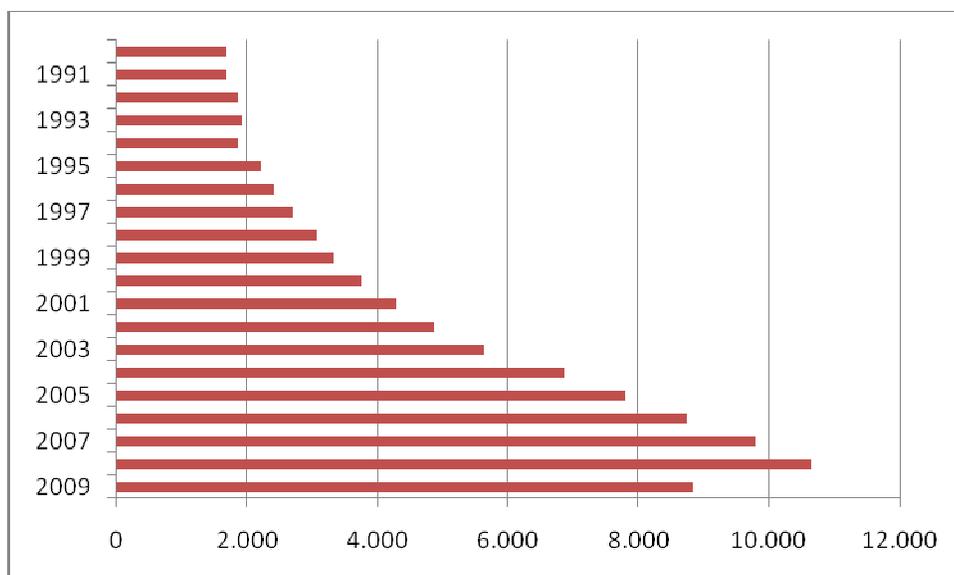


Gráfico 4.3. Artigos sobre obesidade indexados na base Medline

Fonte: GoPubMed®

Gênero jornalístico - Os gêneros jornalísticos se referem à forma como se faz o relato dos acontecimentos, quais sejam: informativa (nota, notícia, reportagem) ou opinativa (artigo, editorial, entrevista) e também segundo o grau de aprofundamento. A notícia poderia ser definida como o registro puro dos fatos, sem o acréscimo de opinião. Descreve o fato e, no máximo, os seus efeitos e conseqüências (Folha, 2006; Martins, 1997). Responde basicamente às seis perguntas: que, quem, quando, onde, como e por que, mas dependendo do tema, do espaço disponível para a matéria, do tempo para produzi-la e mesmo da capacidade de apuração do repórter, as informações do texto são mais restritas que isso. A nota é uma notícia curta, com menos apuração que a notícia, sem nenhuma declaração, por exemplo. A reportagem é a própria essência de um jornal e difere da notícia pelo conteúdo, extensão e profundidade (Martins, 1997). Ainda segundo esse autor, a reportagem pode desenvolver uma seqüência investigativa que não cabe na notícia, apurando as origens do fato, suas razões e efeitos. Em muitas ocasiões, o tema justifica que a reportagem se divida em um texto maior, desdobrando o debate em outros menores que discutem os diferentes aspectos relativos ao acontecimento (Martins, 1997). No caso desta pesquisa, vários textos mereceram esse desdobramento em retrancas, com quadros explicativos sobre as doenças, e até mesmo textos produzidos por diferentes repórteres, situados em diferentes sucursais.

A notícia foi o gênero jornalístico mais encontrado nesta pesquisa; 41% dos textos tiveram esse formato, caracterizando-se como textos mais curtos com até 3 mil caracteres (com espaços). No caso das notas, 15% dos textos se encaixaram nesse perfil: muito curtos de até 10 linhas ou 800 caracteres. Textos de mesmo formato que trazem alguma declaração foram considerados notícia, segundo esclarecimento do próprio jornal⁷¹. Na cobertura dos transgênicos, Belda (2003) e Medeiros (2007) encontraram predomínio de textos curtos como notas e notícias. Ainda no âmbito dos textos informativos, as reportagens representaram 30% das matérias publicadas sobre obesidade. A maioria delas com retrancas, trazendo quadros ou esquemas que por vezes complementam as informações do texto principal, ou resumem as informações, facilitando a compreensão do tema. Usa-se o artifício das retrancas também para trazer um “outro lado” da questão apresentada no abre, seja o depoimento de pessoas que contradizem os entrevistados ou uma teoria apresentada no texto principal.

Em relação ao estilo opinativo, embora o número de textos não seja significativo, o fato de representarem um diferencial em relação ao gênero jornalístico e por expressarem explicitamente a opinião do jornal em algumas situações, merece algum comentário. Do total, 8% foram artigos, escritos e assinados por colunistas – Julio Abramczyc e Jairo Bouer – ou jornalistas do Conselho Editorial, ou por pessoas de fora do jornal. Os editoriais que trataram do tema foram 10, representando 3% da amostra, e as entrevistas – na forma de pergunta e resposta (pingue-pongue) –, outros 3% da amostra. O recurso da entrevista tem como finalidade permitir que o leitor conheça opiniões, idéias e pensamentos de uma pessoa que deve ser suficientemente importante para justificar o uso desse recurso (Folha, 2006; Martins, 1997). O Gráfico 4.4 mostra a distribuição das matérias segundo os gêneros jornalísticos.

⁷¹ Comunicação pessoal com Editor assistente da Editoria Brasil.

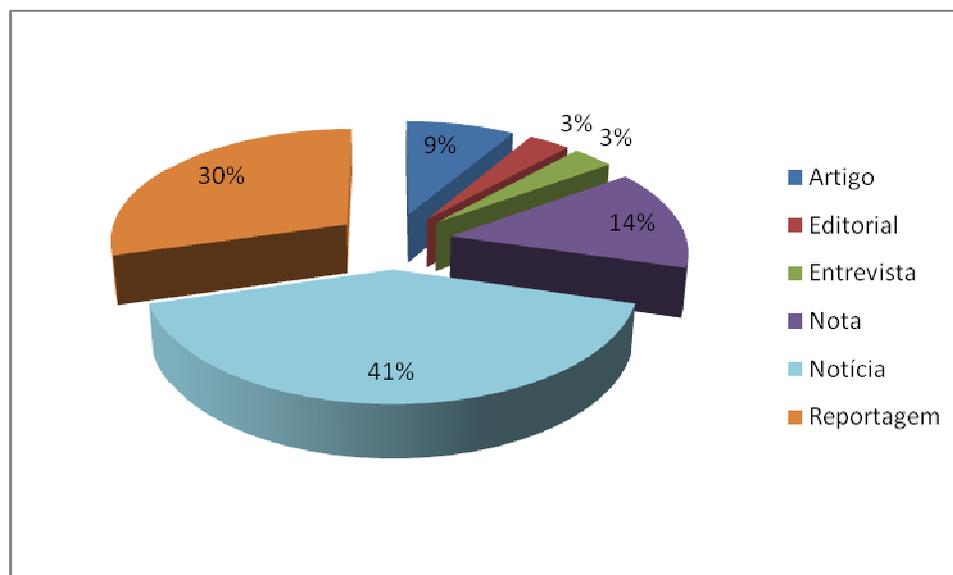


Gráfico 4.4. Distribuição por gênero jornalístico

Fonte: Elaboração própria

4.2.2. Tipificação das fontes

A análise sobre as fontes procedeu de forma um pouco diversa dos demais itens já apresentados, sobre os quais as matérias foram consideradas em sua totalidade. Em relação às fontes, isso ocorreu por duas razões. A primeira é porque nem todas as matérias tinham uma fonte identificável, ou que fosse interessante para efeito deste trabalho. A segunda é que, em relação às fontes, considerou-se mais importante saber qual a origem, com o objetivo de identificar o grau de credibilidade que as mesmas dão à informação. O foco principal sempre foi encontrar profissionais da área da saúde, ou outros atores que defendam a ideia de epidemia da obesidade. A base para a definição das categorias de análise foi encontrada na literatura (Citeli, 2001b; Pinto, 2000; López, 1995; Burkett, 1986, Carvalho, 2007; Folha, 2006).

As fontes identificadas nas matérias selecionadas foram enquadradas segundo as seguintes categorias: i) Ciência e medicina (médicos/cientistas de instituição pública; médicos/cientistas de instituição privada; outros profissionais da saúde; representantes de associações científicas e médicas; periódicos científicos; ii) Representantes do governo, ministérios, secretarias, , prefeituras; legislativo; IBGE, Anvisa, Procon; iii) Outros grupos de interesse (associações de

consumidores; associações de bares e restaurantes, grupos de pacientes); iv) Geral (personagens, testemunhas, personalidades).

Foram relacionados 31 entrevistados estrangeiros da área da saúde, ligados a universidades ou instituições de pesquisa. Nem sempre, e principalmente nas notas, foi possível identificar a especialidade ou a instituição de tais entrevistados. Uma característica das matérias foi o uso de depoimentos, seja dos especialistas no tema da obesidade, seja de personagens como recurso para aproximar o público do tema científico, o que López (1995) chama de “fonte espontânea”, ou “homem da rua”, para qualificar o entrevistado como o todo do público. Carvalho (2007) diz que o objetivo de usar pessoas comuns como fontes nas matérias seria o de humanização, uma maneira de promover a aproximação com o leitor e conseqüente identificação deste com o drama relatado.

Para a grande parte dos textos, as fontes utilizadas foram profissionais da área da saúde – 120 médicos e 30 de outras profissões –, com destaque para médicos ou cientistas de instituições públicas (87), fontes essas que podem ser caracterizadas como autorizadas ou institucionais (Carvalho, 2007; López, 1995). Os jornalistas procuraram também os profissionais do setor privado (33). Notou-se uma recorrência aos representantes das sociedades médicas, a exemplo dos presidentes da Abeso, Dr. Alfredo Halpern (entrevistado 17 vezes) e Dr. Márcio Mancini (6 vezes), e da SBEM, Dr. Walmir Coutinho (16 vezes) e Dra. Valéria Guimarães (5 vezes) e os presidentes da SBCBM⁷² em diferentes períodos. É possível justificar essa recorrência. A primeira razão é, sem dúvida, a assumida confiabilidade da fonte. Por serem esses médicos os presidentes dessas sociedades são investidos de uma autoridade reconhecida pela classe. Os próprios pares lhes outorgam o direito de falar em seu nome, e até em nome da área. Costumeiramente, são os profissionais que dominam o estado da arte da disciplina, no caso, o campo da endocrinologia, metabologia e da cirurgia bariátrica. Tais profissionais tendem a participar de todos os eventos mais importantes da área, mantêm contatos com os principais fornecedores de medicamentos e outros produtos para a sua área de atuação. Na maioria das vezes, e é o que ocorre pelo menos com esses quatro médicos citados, são também pesquisadores

⁷² Abeso (Associação Brasileira para Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica); SBEM (Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia) e SBCBM (Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica).

de prestígio em suas áreas específicas. Outro fator para a preferência por esses médicos é a facilidade de acesso garantida pela estrutura da associação, que muitas vezes conta com assessoria de imprensa e secretárias, que intermedeiam o contato da imprensa com os médicos.

A constância das fontes – como observada em pesquisa realizada por Silveira e Personi (2005) – pode ser, ainda, conseqüência das próprias condições de trabalho, subjetiva e objetivamente consideradas (Pinto, 2000). Recursos mais escassos das redações, menos profissionais, tempo cada vez mais reduzido para produção do trabalho, interesses e pressões dos grupos a que os órgãos de comunicação pertencem e a recente obrigação dos jornalistas das redações terem muitas vezes que produzir diferentes versões do mesmo material para diversos meios da empresa (jornal impresso, agência e internet). São condicionantes que limitam ou potencializam o posicionamento dos profissionais diante das suas fontes de informação (Pinto, 2000).

Tais condicionantes levam a um debate sobre a influência das assessorias de imprensa na determinação da agenda dos veículos jornalísticos. Pinto (2000), Chaparro (1998) e Mesquita (1998), citados por Pinto (2000), chamam atenção para a organização e capacitação das fontes interessadas, produtoras e controladoras de acontecimentos, revelações e falas que alteram, explicam ou desvendam a atualidade que encontram nesse ambiente corrente das redações o espaço perfeito para exercer sua influência. Segundo Pinto (2000), uma pesquisa realizada por Serrano (1998, *apud* Pinto, 2000), revelou, a partir de um *survey*, que 60% dos jornalistas de diferentes veículos da Grande Lisboa utilizavam predominantemente informações de fontes como assessorias de imprensa e escritórios de relações públicas.

Para López, o risco maior da interferência dessas assessorias é que elas silenciam temas ou aspectos considerados perigosos, enquanto procuram centrar esforços em difundir notícias que têm menos valor para a sociedade, e mais parecem propagandas (López, 1995). Isto é bastante claro em algumas reportagens sobre a área da saúde na qual alguns tratamentos surgem com promessas de verdadeiros milagres. Essas assessorias de comunicação geram campanhas de informação pensando, acertadamente, que quanto mais material positivo conseguirem introduzir nos meios de comunicação, menos espaço esses veículos encontrarão para publicar matérias negativas sobre as empresas para as quais essas assessorias trabalham. Esta é também uma forma de economizar algum recurso com a publicidade formal, ampliando o público consumidor através da credibilidade do veículo informativo junto ao público. Uma notícia sobre um produto

farmacêutico, ou uma dieta, ou um produto alimentício, com uma entrevista de um médico conceituado, selecionado pelo jornal, com depoimentos de pessoas que já usaram o produto ou potenciais consumidores, tem muito mais credibilidade que a publicidade.

As matérias que abordaram o lançamento dos medicamentos Xenical, no período de 1998 e 1999, e Acomplia, em 2006 e 2007, têm essas características bem marcadas, com opiniões favoráveis de médicos sobre os medicamentos. Mesmo em relação a possíveis efeitos colaterais, o medicamento teve seu uso defendido por profissionais conceituados. A opinião de representantes dos laboratórios farmacêuticos, também foi ouvida, e favorável à continuidade do uso do medicamento, embora houvesse também críticas à prescrição de medicamentos para emagrecer, e especificamente sobre esses lançamentos, ou simplesmente alertas sobre o consumo correto. Um exemplo do apoio médico ao medicamento pode ser visto no texto publicado em 2007 que trata dos riscos à depressão associados ao uso do medicamento Acomplia, que acabaram levando à interrupção de sua comercialização (Collucci, 2007).

Médicos brasileiros defendem o Acomplia e dizem acreditar que ele traz mais benefícios do que riscos, mas intensificaram o monitoramento.

A endocrinologista Maria Fernanda Barca, por exemplo, examina pacientes a cada 25 dias. Só depois de avaliá-los e se certificar de que não apresentam sintomas psiquiátricos é que ela continua o tratamento.

Barca tem 125 pacientes que já utilizaram o remédio. Desse total, 6% apresentaram ansiedade, tristeza ou depressão leve. Para ela, o remédio continua sendo uma ótima opção para quem apresenta a síndrome metabólica. "Sem dúvida, os benefícios superam os riscos."

O endocrinologista Antonio Roberto Chacra, da Unifesp (Universidade Federal de São Paulo), defende que a droga seja dada ao "paciente correto". "Jamais deve ser indicada para fins estéticos. É para quem tem real risco cardiovascular."

Seguem outros exemplos, a respeito do Xenical:

"Não é um remédio mágico", diz Ricardo Botticini Peres, endocrinologista da Universidade Federal de São Paulo. "O Xenical é uma arma, mas não a única. Estão indo com muita sede ao pote."

Peres diz que ainda há hipotéticos efeitos colaterais, como o favorecimento de tumores de mama. Estudos anteriores com 7.000 pessoas indicaram 10 mulheres com câncer, diz o jornal *"The New York Times"*. Dados posteriores fornecidos pela Roche teriam excluído a contribuição da orlistat.

De qualquer modo, trata-se de um remédio novo, cujo verdadeiro teste é o consumo por milhões de pessoas. "A gente sempre fica com o pé atrás", diz Peres, citando o caso de outra droga de emagrecimento, Redux (Isomerid, no

Brasil): depois de aprovada nos EUA, o surgimento de danos a válvulas cardíacas levou à proibição (Leite, 1999).

"O paciente esporádico dificilmente se beneficiará. Pelo contrário, sofrerá os efeitos colaterais, como a diarreia, porque com certeza só vai usar o remédio quando ingerir muita gordura", afirma Frank Guggenheim, diretor comercial do laboratório Roche, fabricante do medicamento (Lambert, 1999).

Essa estratégia das assessorias de imprensa e dos departamentos de marketing das empresas pode ser observada, segundo López, nos suplementos científicos de alguns periódicos que não apenas são patrocinados por grandes corporações químicas e médicas, mas também publicam reportagens originadas das assessorias de comunicação de tais corporações. A promoção dos suplementos, entretanto, pelo menos no período estudado, não foi detectada nessas páginas da *Folha*. Este movimento das assessorias é um processo que segue uma corrente de certa maneira contrária a uma histórica relação dos jornalistas com suas fontes. A fonte sempre foi um patrimônio para o jornalista, construído ao longo do tempo, marcado por uma história de contatos, de intercâmbio de conhecimento, de mútua observação, em suma, de confiança (Pinto, 2000). Esta é, aliás, outra possível justificativa para a utilização de fontes repetidas pelo jornal. Essa proximidade de uma fonte ocorre principalmente no jornalismo especializado, como o econômico ou científico, áreas em que o jornalista necessita muitas vezes de algum suporte para entender questões técnicas, relativas aos temas com os quais terá que lidar. Nessa relação de confiança, acaba também sendo um porta-voz de sua fonte quando esta quer noticiar algum tema relativo às suas pesquisas, campanhas ou mesmo idéias que acredita que sejam de interesse público – mesmo que o interesse público se confunda com interesses particulares.

Em relação aos depoimentos, como os dos médicos, que são destacados neste trabalho para evidenciar a influência desses profissionais na construção social da medicalização da obesidade, uma característica interessante, lembrada por Carvalho (2007) é que tal artifício é utilizado para ilustrar e corroborar uma determinada idéia do próprio jornalista, com a qual é possível que o jornal também concorde. Isso parece ter acontecido em alguns textos selecionados. Quando a relação entre o jornalista e a fonte é antiga, é possível que as opiniões já se confundam. O jornalista deverá ser cuidadoso para não se repetir e para tentar sempre consultar outros profissionais, garantindo ao leitor uma diversidade de discursos que lhe permita formular sua própria reflexão sobre o tema.

Entre as fontes governamentais nacionais encontradas nos textos, as privilegiadas foram o Ministério da Saúde, a Anvisa e o IBGE. Internacionalmente, foram OMS, FDA e os CDCs⁷³. Foram poucos os nomes que representaram a classe política. No meio nacional, há duas entrevistas com os prefeitos de Blumenau (sobre uma questão de preconceito contra duas trabalhadoras obesas da prefeitura) e do Rio de Janeiro (a respeito da proibição da venda de balas e doces nas cantinas das escolas municipais), em duas notícias diferentes.

Por último, uma das fontes que foi bastante usada pelo jornal como gancho para as matérias sobre obesidade, e que também contribuem para a idéia de medicalização, foram os artigos publicados nas revistas científicas. Foram listados 28 periódicos científicos, dos quais apenas 3 são nacionais.

PERIÓDICOS CIENTÍFICOS CITADOS	
British Journal of Medicine	Diabetes Care (2 vezes)
Journal of Nutrition Education and Behavior	Cell Metabolism
The Lancet (5 vezes)	New England Journal of Medicine (7 vezes)
Proceedings of the National Academy of Science - PNAS (4 vezes)	Nature Medicine (2 vezes)
Pediatrics (2 vezes)	American Journal of Obstetrics and Gynecology
Nature Genetics (3 vezes)	Neurology
Obstetrics & Gynecology	Jornal da Endocrinologia e Metabolismo
British Medical Journal (3 vezes)	Archives of Internal Medicine
Science (6 vezes)	European Journal of Human Genetics
International Journal of Clinical Practice	Annals of Internal Medicine
Nature (6 vezes)	Journal of the American Medical Association - JAMA (5 vezes)
Behavioral Neuroscience	International Journal of Obesity (3 vezes)
Revista de Saúde Pública (2 vezes)	Arquivos Brasileiros de Cardiologia
Epidemiology	Human Genetics

Quadro 4.1. Periódicos científicos usados como fonte sobre tema obesidade no período 1998-2008

O sistema de alguns periódicos científicos de lançar *press-releases* quando do lançamento de seus novos números (v. seção 4.2.1) faz com que as redações despertem para os temas que estão sendo publicados nas revistas. A grande diferença entre a divulgação de artigos publicados em revistas nacionais e internacionais levou a crer que esta estratégia de revistas como *Science*, *Nature* e *New England Journal of Medicine* é realmente eficaz para garantir a repercussão dos

⁷³ IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), OMS (Organização Mundial da Saúde), FDA (Food and Drug Administration) e CDC (Centers for Disease Control and Prevention).

trabalhos. No entanto, observou-se no cômputo final, um equilíbrio em relação ao âmbito geográfico das matérias, entre nacional e internacional. Embora em 48,19% das matérias o gancho jornalístico tenha sido alguma pesquisa – incluindo estudos e levantamentos estatísticos – e a maioria das pesquisas seja de origem internacional (59,86%), os temas obesidade e sobrepeso no Brasil estiveram bem representados.

4.2.3. Caracterização da obesidade

Para tratar dos dois próximos tópicos de análise, foi feito um recorte no total de matérias selecionadas pelo banco de dados da *Folha de S. Paulo*, publicadas no período de 1998 a 2008. Apenas no que diz respeito à caracterização da obesidade, considerou-se o número total das matérias para saber a proporção de textos que considerou a obesidade doença ou epidemia. Não houve interesse em quantificar o volume de textos como um todo, sobre cada um dos possíveis sub-temas, uma vez que o trabalho tem como foco específico identificar discursos que reforcem a construção da idéia de epidemia da obesidade por parte da imprensa. Sendo assim, foram excluídas matérias que enfocavam estudos que ainda se encontram em desenvolvimento nos laboratórios, em fase mais inicial, ou testes realizados com animais.

Outros sub-temas de menor relevância e que não se enquadravam nos objetivos deste estudo também ficaram de fora, a exemplo da redução do peso do Rei Momo do Rio de Janeiro (Klein, 2000); a entrevista com a autora do livro "Mulheres japonesas não envelhecem nem engordam" (Silveira, 2007); sobre o uso do açúcar como remédio no início da história da humanidade (Botelho, 2006) ou sobre a tendência dos indígenas de ganhar peso (Angelo, 2000), entre outros.

Seguindo então para a análise do novo *corpus* da pesquisa, iniciou-se a busca por matérias que evidenciassem os efeitos do processo de medicalização da obesidade no discurso jornalístico, ou seja, que mostrassem que:

- I. a obesidade é uma doença ou epidemia;
- II. legitimação da autoridade médica;

- III. propostas de tratamentos contra a obesidade, incluindo medicamentos e cirurgia bariátrica;
- IV. influência do mercado na medicalização da obesidade;
- V. estigma da obesidade.

Por todo o período estudado foram encontradas matérias que abordaram o tema da obesidade como uma epidemia⁷⁴, ou seja, um grau mais alarmante da doença, que seria tendência a generalização na sociedade. Desde 1998, os textos da *Folha de S. Paulo*, de uma maneira geral, definiram a obesidade como uma doença/epidemia, que deveria ser contida por meio de tratamentos – dietas, exercícios físicos, uso de medicamentos ou, nos casos mais severos, por meio da cirurgia bariátrica. Foi também, em grande parte dos textos, considerada como um fator de risco/ameaça à saúde, por si, e por agravar outras doenças. Os resultados coincidem com os encontrados por Carvalho (2007) que encontrou no conjunto de matérias do período de 1996 a 2005, 65% das matérias com foco na obesidade ou doenças relacionadas (38%) e 27% eram temas sobre comportamento – dieta, alimentação, hábitos alimentares, exercícios etc.

Os dados mostraram que o problema não se concentra nos países industrializados e, embora as matérias tenham maior enfoque no Brasil, o problema é apresentado como uma preocupação mundial. O tom alarmista da questão foi acentuado com a inclusão de grande quantidade de notícias e reportagens tratando do aumento do peso em níveis já considerados epidêmicos na infância e na adolescência, e entre pessoas de renda mais baixa, conforme já discutido no primeiro capítulo desta tese (Sawaya *et al.*, 2003; Millstone *et al.*, 2006). O resultado desse aumento das taxas de obesidade entre a população mais jovem pode ser crítico no longo prazo, e as matérias alertam os leitores sobre esse risco.

4.2.3.1. Obesidade como doença/epidemia

As matérias que atribuíram caráter epidêmico à obesidade representaram cerca de 18% da amostra, ainda que uma proporção muito maior de tais notícias (33%) tratassem da obesidade

⁷⁴ Epidemia (Dic. Houaiss): doença ger. infecciosa, de caráter transitório, que ataca simultaneamente grande número de indivíduos em uma determinada localidade; aumento do número de casos de qualquer doença ou de qualquer fenômeno anormal.

como doença. Aproximadamente 21% das matérias consideraram que a obesidade causa ou agrava outras doenças, e 4% apenas a associaram a outras doenças, sem atribuir relação de causa ou consequência. Uma parte consideravelmente menor das matérias (7%) caracterizou a obesidade como resultado de comportamentos inadequados – hábitos alimentares errados ou sedentarismo; consequência de fatores ambientais (3,60%); e estigma social (4,6%). Alguns trechos das matérias ilustram como o tema foi tratado.

A OMS (Organização Mundial da Saúde) tenta evitar nos países da América Latina o avanço de uma epidemia que já castiga 40% da população norte-americana – a obesidade.

Representantes de países latino-americanos, entre eles o Brasil, foram convocados pela organização mundial para discutir em Santiago, no Chile, uma ofensiva contra a doença, que já é considerada o grande desafio do século 21 (Biancarelli e Martins, 1998).

Pela primeira vez, o número de pessoas desnutridas no mundo se equiparou ao de obesos. Enquanto o número de populações desnutridas cai desde 1980, atingindo hoje 1,2 bilhão de pessoas, a incidência de obesidade vem crescendo, acometendo atualmente 1,2 bilhão.[...] Cerca de 55% dos adultos nos EUA são obesos. O mesmo ocorre em países em desenvolvimento, porém em menor proporção. (Obesos, 2000).

Guimarães afirmou ontem à *Folha* que as duas ações foram motivadas "pela epidemia de obesidade que assola o mundo" e que o problema, antes alarmante apenas em países desenvolvidos, como Estados Unidos e Reino Unido, agora atinge crianças e jovens também em países em estágios médios de desenvolvimento, como, por exemplo, Brasil, Índia, Turquia e México (Cantanhêde, 2003).

Para muitos especialistas, a falta de atividades físicas é apontada como um problema mais grave do que o excesso de peso em si. Um levantamento do Cooper Institute, instituto de pesquisa dos EUA, em um banco de dados preparado desde 1970 com mais de 80 mil pacientes, mostrou que pessoas ativas acima do peso podem ser mais saudáveis do que pessoas magras e sedentárias (Mantovani e Dávila, 2005).

"Outro fator preocupante é que a obesidade está presente em todas as classes sociais e desde a fase lactente. O Brasil está passando pelo que chamamos fase de transição nutricional – a população deixa de ser desnutrida para se tornar obesa", diz Cristiane Kochi, endocrinologista (Borges, 2004).

4.2.3.2. Legitimação da autoridade médica

O fenômeno da epidemia é construído socialmente com o auxílio da imprensa, que dá voz a diversos atores que compõem o processo da medicalização da obesidade (v. Capítulo 3), mas foca principalmente no discurso médico a legitimação dessa nova realidade. Como afirma Citeli (2001), é desta maneira que se alimenta o imaginário popular a respeito do profissional da ciência, e da ciência em si, conferindo ao médico o poder para controlar hábitos e

comportamentos sociais, conclusão compartilhada por Serra e Santos (2003). Argumento semelhante é defendido por Barata (2006) no que diz respeito à construção de uma verdade científica. Segundo a autora, o discurso médico, quando divulgado na imprensa, ganha uma dupla legitimação, ao somar a voz do cientista à voz do jornalista, deixando pouco ou nenhum espaço para questionamentos ou dúvidas por parte do leitor/público leigo. De maneira semelhante, Luiz (2006, p.45) afirma que os sentidos produzidos pelos meios de comunicação, dentre eles os sentidos de risco e os princípios sociais, são interiorizados e passam a orientar a ação das pessoas. Luiz (2006) traduz esse processo como sendo “um dos grandes eixos da produção de sentido em nossa cultura, àquele proveniente da ciência, basicamente das ciências naturais, revestidas de uma visão mágica cuja sustentação é dada pela autoridade dos cientistas”. Essa opinião médica pôde ser observada no uso do termo “epidemia” pelos médicos, ou expressões que direcionam a idéia sobre a obesidade para o campo da medicina, não deixando margem para ser tratada como um comportamento ou uma simplesmente uma característica fenotípica.

Os extratos das notícias e reportagens evidenciam como a obesidade foi retratada como doença/epidemia no noticiário e como a *Folha* destaca o profissional médico como autoridade para colocar tal aspecto no domínio da medicina, passível de intervenção biomédica, e deixando o leitor – possível paciente – sem opções quanto à definição sobre a doença, diagnóstico ou aconselhamento do médico (Lupton, 1997, Tesser, 2007). Tal vulnerabilidade diante da autoridade científica é maior entre as pessoas de classes econômicas menos favorecidas, mas, segundo Garbin, Pereira-Neto e Guilam (2008), o conhecimento geral não é suficiente para desautorizar a profissão médica. Ou seja, mesmo as pessoas com alto nível de instrução ou que se informem suficientemente sobre temas relativos à saúde, respeitam a opinião do profissional médico sobre o que é recomendável fazer para manter ou recuperar a sua saúde e a de seus familiares. Trata-se do que Illich (1981) chamou de perda de autonomia para lidar com a própria saúde, decorrente do processo de medicalização.

Halpern⁷⁵ alerta que o remédio foi desenvolvido para tratar obesos. "Obesidade é uma doença crônica e depende de tratamento crônico e acompanhamento médico sério", afirma (Lambert, 1999).

“[A obesidade] É uma doença crônica, determinada essencialmente pelo sedentarismo e por práticas alimentares inadequadas. Trata-se, portanto, de uma

⁷⁵ Alfredo Halpern, presidente da Abeso (Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade), na época.

doença ligada ao comportamento dos indivíduos. A Organização Mundial da Saúde já usa a palavra epidemia”⁷⁶ (Natali, 1999).

“Existe uma epidemia de obesidade no Brasil. É um problema que atinge cerca de 9,5% da população do país. Estima-se que a cada ano morrem cerca de 80 mil pessoas em decorrência de problemas provocados por essa doença”⁷⁷ (Soares, 1999).

"Há uma verdadeira epidemia de obesidade na Europa do Leste. Há regiões onde ela atinge 35% da população", disse Toplak (Reuters, 2001).

"Estamos com uma prevalência de obesidade que ainda não é tão grave quanto a norte-americana, mas que já é maior que a européia. Há uma incorporação de conceitos que nunca foram os do brasileiro, como o da livre substituição [comer qualquer coisa a qualquer hora]", afirmou Fisberg (Siqueira, 2003).

Segundo o endocrinologista Alfredo Halpern, da Universidade de São Paulo, as comorbidades mais comuns associadas à obesidade são hipertensão arterial, diabetes, problemas na coluna, apnéia do sono e problemas coronarianos. "A chance de um obeso com IMC entre 35 e 39,99 não apresentar nenhuma comorbidade é de apenas 5%", diz (Capriglione, 2004).

"As conseqüências são desastrosas. Crianças obesas já apresentam placas de gordura nas artérias e são mais propensas a desenvolver doenças relacionadas à obesidade quando adultas", explica o endocrinologista e professor da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo Alfredo Halpern⁷⁸ (Capriglione, 2004b).

"Eu acho que esse movimento tem um lado positivo, quando combate a angústia obstinada por um ideal de beleza incompatível com a saúde", afirma o endocrinologista Walmir Coutinho, vice-presidente da Federação Latino-Americana de Sociedades de Obesidade. "O negativo é se há a aceitação da gordura, como se não fosse prejudicial. Mas ela é a segunda causa de morte evitável no mundo, só perde para o cigarro"⁷⁹ (Leite, 2005).

Para Coutinho, é "inquestionável" que há uma epidemia de obesidade e que ela é "alarmante" (Mantovani e Dávila, 2005).

Para o pesquisador Faintuch, "obesidade é uma doença crônica. Quem foi obeso uma vez na vida terá sempre propensão a ser novamente obeso" (Abramczyk, 2005).

A prevenção da obesidade, considerada pela Organização Mundial da Saúde a epidemia do século, deve começar no berço, alertam os médicos. Hoje, 16% dos adolescentes brasileiros estão com sobrepeso e outros 10%, obesos, segundo pesquisa da Unifesp (Universidade Federal de São Paulo) (Collucci, 2006).

"O excesso de peso e o padrão alimentar ruim preocupam. A obesidade é uma epidemia que está em andamento", diz a epidemiologista Sandra Fuchs, consultora do estudo (Mantovani, 2007).

⁷⁶ Carlos Augusto Monteiro, em entrevista tipo pingue-pongue, comentando os resultados da POF/IBGE.

⁷⁷ Walmir Coutinho em entrevista tipo pingue-pongue, falando a respeito da campanha contra a obesidade.

⁷⁸ Sobre consumo de alimentos gordurosos em excesso, como sorvete e creme de leite, pelas crianças.

⁷⁹ Reportagem sobre movimento de aceitação da gordura, que incentiva as pessoas com sobrepeso a manter a saúde, sem obrigatoriamente perder peso. Procuram estimular a auto-estima e a vencer os preconceitos.

4.2.3.3. Propostas de tratamentos contra a obesidade

As matérias analisadas propõem vários tipos de tratamentos, entre os quais a opção de mudança de hábitos alimentares/reeducação alimentar, dieta, prática de exercícios físicos, uso de medicamentos, cirurgia de estômago, psicoterapia e a combinação de uma ou mais dessas opções (o mais indicado pelos endocrinologistas). A combinação dieta ou mudança de hábitos alimentares + exercícios físicos foi a sugestão mais presente nas matérias ao longo do período estudado, mantendo uma média de 4 citações por ano⁸⁰. Outra opção casada que apareceu bastante nos textos foi a da dieta + medicação, mas sem manter uma constância ao longo do período. A sugestão do tratamento para combater a obesidade com o uso de medicamentos apareceu em todos os anos analisados, sendo que em 2007 houve um maior número de indicações para esse tipo de tratamento (8), sendo uma vez, aliado à prática de exercícios. Não admira que este seja o ano em que foi liberada a comercialização do Acomplia (rimonabant) no Brasil – embora fosse também o ano em que o medicamento foi retirado do mercado. Além disso, essa indicação não foi sempre direta, mas se deu também pela sugestão, em matérias que trataram de pesquisas que podem levar ao desenvolvimento de novas drogas auxiliares no combate à obesidade.

O tratamento pela cirurgia bariátrica teve maior número de referências nas matérias analisadas no ano de 2000 (4). Nos demais anos o procedimento foi sugerido de 1 a 2 vezes. Como tratado nos capítulos anteriores, esse procedimento é recomendado para pessoas que tenham IMC igual ou maior que 40 kg/m², ou acima de 35 kg/m² que apresentem alguma doença associada, como diabetes mellito, por exemplo. Tem sido o principal – ou último – recurso para obesos mórbidos perderem o excesso de peso, uma vez que é o único procedimento que aumenta as chances de manter o peso atingido em comparação aos demais tratamentos, e também para reduzir o risco de doenças associadas à obesidade (Salant e Santry, 2006; Conrad, 2007; Oliveira, 2007; Garrido Jr., 2000).

⁸⁰ A principal recomendação de tratamento para obesidade ser mudança de hábitos alimentares + atividades físicas parece contraditória diante da constatação de que grande parte das matérias trata a obesidade como doença. Mesmo considerando a epidemia iminente, ou mesmo já instalada, a maioria dos países, e mesmo a OMS, ainda falam muito em prevenção, principalmente pela preocupação com a população mais jovem, e esse tratamento é o mais indicado para evitar o avanço da obesidade.

De acordo com Almeida (2005), o procedimento – embora seja objeto de controvérsia – tem garantido a qualidade de vida de um número significativo de pessoas, que após várias tentativas de emagrecimento sem sucesso, encontraram na cirurgia bariátrica a saída para perder o peso e recuperar a saúde e a auto-estima. Qualquer que seja o tipo de tratamento indicado para “curar” a obesidade, esta condição pode ser considerada como medicalizada. A partir do momento em que a condição ou comportamento passam para o domínio da ciência médica, a medicalização se consolida, conforme Conrad (1992).

A maioria dos executivos tem "barriga", segundo um estudo feito pelo HCor (Hospital do Coração) em São Paulo. 63% dos 690 executivos de empresas nacionais e multinacionais analisados apresentaram problema de obesidade abdominal em check-up clínico feito no hospital. [...] Formas de evitar esses problemas e de melhorar a saúde são modificar a alimentação e fazer exercícios, segundo o diretor da Associação Brasileira de Nutrologia Edson Credidio (Pinho, 2007).

A leptina, o hormônio que avisa ao organismo que o estômago está cheio, age em parte por meio da redução do prazer que obtemos ao comer. Estudando duas pessoas obesas com uma mutação de DNA que prejudicava a produção dessa substância, cientistas da Universidade de Cambridge (Inglaterra) descobriram que poderiam curá-las de sua compulsão alimentar administrando doses do hormônio com injeções. [...] a descoberta oferece detalhes que ajudam na pesquisa de drogas contra obesidade de origem mais comum, dizem os cientistas na revista "Science".(Hormônio, 2007)

O balão intragástrico é uma opção eficaz para pessoas que devem perder peso e que não conseguem emagrecer com dieta e exercícios. Na primeira pesquisa brasileira sobre essa técnica, 78% dos pacientes obtiveram um resultado considerado satisfatório, pois perderam mais de 20% dos quilos excedentes (ou 10% do peso total) após a colocação do balão (Arruda, 2004).

[...] "Preguiça mata" – resume um dos principais alertas no combate à obesidade: não ficar parado. "Recomendo um mínimo de 20 minutos de exercícios, pelo menos quatro vezes por semana. As pessoas têm que se mexer, e não falo só de exercício na academia, mas de coisas simples, como trocar a escada rolante pela escada comum", diz o presidente da Abeso, Alfredo Halpern. [...] Halpern afirma também que, em alguns casos, a obesidade tem de ser tratada como remédios específicos, mas sempre com acompanhamento médico (Escóssia, 1998).

4.2.3.4. Influência do mercado na medicalização da obesidade

Há um aspecto no processo de medicalização que pode ser encarado como parte dos bastidores da relação médico-paciente. A medicina é um ramo que envolve muito dinheiro (Burkett, 1986; Porter, 2002; Conrad, 2007), conforme foi mostrado no capítulo 3 e como é apresentado por Porter (2002). Esse autor destaca que a estrutura da medicina moderna, com todas as suas especialidades, planos de saúde públicos e privados, instituições para cuidados,

clínicas, hospitais, medicamentos, instrumentos cirúrgicos cresceu muito. O impacto econômico gerado por essa indústria de cuidados com a saúde foi muito grande. Em 2002 representava 15% do produto interno bruto dos Estados Unidos.

Segundo Burkett (1986), o custo com esses cuidados e com os medicamentos cresceu sobremaneira nos anos 1970 e 1980, aumentando índices de inflação e representando dilemas econômicos nos Estados Unidos. O setor da saúde transformou-se em um grande mercado que necessita de consumidores, não apenas no sentido de que vão garantir a sustentabilidade do mercado, mas também em termos simbólicos, garantindo prestígio aos profissionais, aos hospitais, às empresas farmacêuticas e seus produtos. Para obter esse prestígio e encorajar a confiança da comunidade em seus serviços e produtos esses atores recorrem à publicidade e aos veículos de comunicação que, por sua vez, também visam ao lucro.

As empresas de comunicação servem a um público amplo, mas não sem objetivos financeiros. Ou seja, a indústria da saúde e os meios de comunicação mantêm relações de ajuda mútua para a divulgação de temas de saúde para o público amplo, cientes de que o interesse por esses temas é grande. Dessa forma, garante-se o consumo dos veículos – aqui no sentido tanto de compra de jornais, revistas impressos, como de leitura desses veículos ou assistência aos programas da TV ou outras mídias – e, ao mesmo tempo, a publicidade dos médicos, hospitais, medicamentos ou outros serviços que se pretenda anunciar.

Uma das primeiras matérias da amostra trata da mudança dos padrões de medida para o excesso de peso na população americana, tornando-os compatíveis aos adotados em outros países e pela OMS. A partir daquela data, os padrões que definiam como saudáveis índices de massa corporal entre 21 e 26,9 para mulheres e entre 21 e 27,9 para homens, passou à faixa de 21 a 24,9 para ambos os sexos. Ou seja, da noite para o dia, 29 milhões de pessoas que, até então, se encontravam dentro dos limites de peso considerados saudáveis passaram a fazer parte do grupo de risco para hipertensão, problemas cardiovasculares, diabetes tipo 2 e outras doenças. Esse assunto foi amplamente discutido e criticado no capítulo terceiro a partir da reportagem publicada pelo *Seattle Times* à época. Além da mudança dos níveis de IMC para determinação da obesidade, a reportagem chamou a atenção para outras mudanças semelhantes, nos níveis de açúcar e colesterol no sangue para definir risco ao diabetes e às doenças cardiovasculares (Keheller e Wilson, 2005).

O principal motivo alegado pelo governo para a adoção da medida foi mostrar ação diante de um problema que cada vez chama mais atenção pública, além da adoção dos padrões preconizados pela OMS. A reportagem apresenta um viés mais crítico à medicalização, ouvindo a opinião do médico Everett Koop, que ocupou o mais importante cargo médico do país (o de "surgeon general") durante o governo de Ronald Reagan (1981-1989) e fundou o movimento "Shape Up America" (Entre em Forma, América) e que disse que a medida poderia desestimular aqueles que estariam conseguindo alguns resultados com suas dietas.

O jornalista também alerta para uma possível motivação econômica na medida – que ainda estava sendo apresentada como proposta, mas que foi realmente aprovada em seguida –, com um maior número de pessoas interessadas em todo tipo de tratamento para emagrecer, conforme mostra o texto abaixo:

Além disso, há poderosos interesses financeiros que deverão se beneficiar da mudança: os produtores de drogas de combate à obesidade e os múltiplos programas de emagrecimento, que têm enriquecido milhares de autores e editores.[...] A comissão que elaborou os novos padrões manteve a recomendação de que drogas contra a obesidade só devem ser usadas em pessoas com índice da massa do corpo superior a 30 ou, quando há fatores adicionais de risco, nas com índice acima de 27.[...] Mas os críticos da alteração dos padrões acham que ela fará muitos médicos iniciarem tratamento com drogas em situações desnecessárias, apenas para saciar a progressiva ansiedade de seus clientes (Lins da Silva, 1998).

Em outras matérias publicadas no jornal no período estudado, aparecem os investimentos e gastos do setor da saúde em tratamentos de obesidade, mostrando que essa indústria movimenta um enorme volume de recursos. O discurso corrente de autoridades e médicos é de que os custos da obesidade são enormes. Boero (2003) diz que as estatísticas de 1990 a 2000 apontavam que a obesidade era responsável por custos relativos de 97 milhões de dólares por ano nos Estados Unidos. No Brasil, esses custos eram estimados em um bilhão e 100 milhões de reais em 2003 (Buchalla, 2003), mas há também esse custo crescente no combate à obesidade, que é dividido entre Estado e indivíduos, como observado nos textos a seguir.

Chegou ontem ao Brasil o primeiro lote de Xenical, remédio de combate à obesidade cujo princípio de funcionamento se baseia na redução da absorção de gorduras.

O medicamento deverá estar disponível para o consumidor nas farmácias brasileiras a partir de 11 de janeiro. Ele vai custar cerca de R\$ 190 (tratamento de 30 dias). A venda será controlada: terá tarja vermelha e a receita ficará retida.

Desde que foi lançado – na Nova Zelândia há seis meses –, o Xenical vem batendo recordes de venda nos países onde é comercializado, atingindo um faturamento da ordem de US\$ 80 milhões.

No Brasil, o laboratório Roche espera faturar US\$ 80 milhões no primeiro ano de vendas, atingindo 90 milhões de pessoas (Avancini, 1998).

Embora apenas três hospitais tenham licença para o programa, outras clínicas fazem a cirurgia clandestinamente, tamanha a demanda e o lucro. Preço inicial (que varia de acordo com as plásticas pós-operatórias): US\$ 30 mil. [...] "A redução de estômago não deveria ser aberta a crianças e jovens. É um procedimento extremo. É preciso muito cuidado com pacientes em fase de crescimento. O ideal é começar com uma reeducação alimentar", avalia o médico cabo-verdiano Júlio Teixeira, especialista do Hospital São Lucas, em Nova York. "A US\$ 30 mil, a operação é muito lucrativa para os hospitais. Esse dinheiro deveria ser empregado em programas pediátricos", completa.

"A classe médica chegou à conclusão de que é melhor intervir cedo. Mas isso é um programa, e a cirurgia é apenas parte dele. Se a sociedade quisesse fazer disso um negócio, ficaríamos felizes em fechá-lo", diz o diretor do Morgan Stanley, Jeffrey Zitsman. O mercado de bens e serviços voltados à obesidade nos EUA movimenta US\$ 117 bilhões ao ano, mostra levantamento do CDC (Centro de Controle e Prevenção de Doenças). Já a indústria do emagrecimento move US\$ 33 bilhões anuais. Segundo o estudo do CDC, 71% dos homens, 61% das mulheres e 33% das crianças estão acima do peso ideal nos EUA. Do total da população, 64% são considerados obesos (quando o índice de massa corporal – peso dividido por altura elevada ao quadrado – é superior a 30) (Galvão, 2006).

De acordo com o último levantamento sobre o mercado de franquias, realizado no final de 99 pelo Instituto Franchising, cerca de quatro redes de produtos para emagrecer estão em funcionamento no mercado brasileiro. Apesar de o ramo ser considerado promissor, esse setor de franquias ainda dá os primeiros passos no mercado de negócios. A pesquisa indica também que os alimentos dietéticos ou light são usados mais como acessórios do que como produto principal das redes de franquias. "É comum os franqueados venderem produtos de emagrecimento como complemento em outro negócio de alimentação", diz Marcelo Cherto, 45, presidente do Instituto Franchising (Farabotti, 2000).

4.2.3.5. Estigma social da obesidade

Aproveitando a questão sobre as conquistas das pacientes pós-operadas⁸¹ entrevistadas no trabalho de Almeida (2005), discutido no capítulo 3, o estigma da obesidade foi, em boa parte dos casos – e como tem sido além das situações relatadas pelo pesquisador –, um dos fatores que impulsionam as pessoas obesas ou apenas gordas, ou ainda, gordinhas, a procurarem tratamentos para emagrecer (Salant e Santry, 2006). Ou seja, o estigma da aparência faz com que aqueles que

⁸¹ O maior número de cirurgias bariátricas é realizado em mulheres. Em 2007 elas representaram 82% do total de procedimentos realizados (2.230 mulheres), enquanto os homens, apenas 18%, (469 homens), quase cinco vezes menos (MS, 2009)

se vêm como gordos adotem a rota médica para tratar esta condição, encarando o universo de consultas médicas, consumo de remédios, dietas muitas vezes exageradas e, em algumas circunstâncias, a cirurgia de estômago. Salant e Santry (2006) chamam a atenção para o fato de que as cirurgias de estômago terem se tornado populares entre celebridades⁸², passando a ser divulgadas continuamente na mídia, reforça a atratividade para esse tipo de tratamento. Além disso, a grande disseminação de sites de clínicas que oferecem esse serviço contribui para trivializar a cirurgia e torná-la um procedimento médico corriqueiro.

Segundo Goffman (1978), os ambientes sociais estabelecem as categorias de pessoas que possivelmente serão encontradas neles. Quando surge um “estranho”, ou seja, alguém que não está sendo aguardado por apresentar qualquer atributo que seja diferente, chamará atenção para a sua “identidade social”. Esse estranho pode até ter atributos que o tornam diferente, mas não necessariamente precisa ser excluído. O grupo, entretanto, não identifica tal indivíduo como membro e passa a desprezá-lo. Tal característica é um estigma. No caso da obesidade, trata-se de um estigma físico, no corpo, que é imediatamente identificável, diferente de outros tipos de estigma, referentes ao caráter, ou que indiquem que a pessoa é perigosa, ou de uma origem que deva ser evitada (Goffman, 1978). As matérias analisadas apresentam depoimentos de pessoas relatando a angústia que sentem ao serem discriminadas pela sociedade, por sua condição física. O depoimento, como sugere Carvalho (2007), humaniza a reportagem, como se conferisse voz ao próprio leitor do jornal. Ao mesmo tempo, esse depoimento legitima a autoridade dos médicos, geralmente já ouvidos na mesma matéria, aconselhando o procedimento cirúrgico.

O tema do estigma da obesidade foi amplamente discutido no capítulo terceiro desta tese, baseando-se no debate sobre a construção do padrão de beleza que vigora nas sociedades ocidentais contemporâneas, que foi sendo constituído desde o século XVIII, obrigando, principalmente as mulheres a afinarem seus corpos cada vez mais (Vigarello, 2006; Goldenberg e

⁸² A respeito deste assunto, a edição de 29 de julho de 2009 da revista *Veja* publicou uma reportagem de três páginas que falava sobre os senadores e deputados que se submeteram à gastroplastia nos últimos anos. Nem todos tinham IMC de 40 Kg/m², indicado para a realização do procedimento, mas os seis entrevistados sofriam alguma doença relacionada à obesidade, que foi controlada após a cirurgia (Brasil, 2009). Recentemente, houve uma grande celeuma em torno da cirurgia realizada pelo apresentador da Rede Globo, Faustão, uma vez que a técnica escolhida por ele, a gastrectomia vertical com interposição de íleo, desenhada para curar o diabetes tipo 2 – e não para tratar apenas a obesidade – não é aprovada pelo CFM e pela SBCBM. O caso foi amplamente divulgado, mas o apresentador anunciou em seu programa que não falaria sobre o tema, para não fazer apologia a um procedimento que não tinha resultados comprovados.

Ramos, 2002; Lipovetsky, 1997; Almeida, 2005). Além disso, como lembra Fischler (1995), o “gordo” convive com um constante julgamento moral sobre si, considerando-se culpado por sua condição e por não se enquadrar no perfil que se espera dele. O jornal apresentou várias situações que refletem esse estigma, como se vê a seguir:

"O obeso é uma pessoa com dificuldades na esfera psíquica, porque sente a carga de ser visto como alguém diferente, de não poder fazer certas coisas, de ter dificuldades no namoro", observa Arthur Garrido Jr., 63, professor da Faculdade de Medicina da USP e cirurgião do aparelho digestivo do hospital Albert Einstein. [...] "Nunca achei que seria tão difícil, mas na verdade fui fazer a cirurgia mais pelos outros", lembra ela, que se casou no início do ano passado. Depois da fase mais crítica da bulimia e de ter desenvolvido uma compulsão, Samara decidiu desfazer a operação, e retiraram seu anel de contenção do estômago. "Aí comecei a comer como antes. Tinha um apetite incontrolável. Fui para 115 kg", conta ela, que agora quer refazer a cirurgia "o mais rápido possível" (Yuri, 2004)

"Fui entrevistada em uma escola em que a dona fez cara de nojo e perguntou se eu me cansava facilmente", diz a professora de informática Telma Lemos Silva, 30. Em um teste para trabalhar num supermercado, ela diz ter perdido a vaga para uma candidata que usava calculadora. "Ela era menos qualificada, mas era magra." Silva só conseguiu emprego ao ser convidada a dar aulas pelo professor de um curso em que teve bom desempenho. Hoje leciona num colégio em São Paulo (Diniz, 2005).

Sempre que pode, Frances White muda o horário de seus vôos de forma a pegar aviões mais vazios. "É para aumentar a chance de ter uma cadeira livre do meu lado. Pelo mesmo motivo, eu peço para sentar no fundo. Quando viajo com um amigo grande, compramos três cadeiras para dividirmos entre nós dois."

Funcionária de uma emissora pública de TV na Califórnia, ela tem 60 anos, 1,69 m e 157 quilos. "Alguma coisa deveria ser feita em relação ao tamanho dos assentos dos aviões", afirma White, diretora da NAAFA, associação de defesa dos direitos civis de pessoas obesas (Dias, 2003).

Depois de uma vida lutando contra a balança, a professora de informática Magdalena Avena, 43, conta os louros que 42 kg a menos proporcionam: os anéis cabem no dedo e dá para usar salto alto, passar na catraca do ônibus e se sentar numa cadeira sem medo de quebrá-la.

"Acho que a pior coisa para o obeso é a sua baixa auto-estima, que, muitas vezes, é descontada na comida. Quando me vi magra, fiz coisas tolas que não fazia, como pintar o cabelo de loiro. Fiquei perua."

Avena deu entrada na sala de cirurgia há um ano e meio, com 102 kg. Operada com o método *bypass*, por laparoscopia, que considera ser a técnica menos "sofível", em dez dias já podia ingerir sólidos. "Mas não sentia fome. Tinha de me lembrar de comer." (Oliveira, 2003)

Poucas mulheres conseguem resistir à enorme pressão da ditadura da beleza. As poucas que eu costumava dar como exemplo de resistência, Preta Gil e Tati Quebra Barraco, que se diziam gordinhas mas gostosas, fizeram lipoaspiração.

Realmente, é difícil resistir, mas me parece que é mais do que nunca necessário criticar e transformar essa cultura que tem trazido tanto sofrimento⁸³ (Clemente, 2005).

4.2.4. Enquadramento: Responsabilidade pelo problema

Dentro da categoria enquadramento, foram classificadas as matérias da amostra segundo a responsabilidade pelo problema. Como visto nos capítulos anteriores, a sociedade exerce uma forte pressão sobre os indivíduos para que mantenham o peso sob controle. A determinação da magreza como padrão de beleza a ser seguido por todos – principalmente as mulheres –, a medicalização da obesidade e dos corpos em relação a qualquer condição ou doença, a organização do mercado em torno da questão da doença-saúde, todos esses elementos constituem o arcabouço do controle social sobre a questão da obesidade.

Nesse sentido, a responsabilidade sobre essa condição física pode ser atribuída, em cada situação, a um dos diferentes atores do processo de medicalização, entre eles, o próprio indivíduo obeso. Essa categoria definida no trabalho procura identificar nas matérias publicadas no jornal, a quem, ou o que o jornal atribuiu a responsabilidade pelo ganho de peso ou a obesidade em si.

A esse respeito, ao fazer a classificação das matérias foram pensadas as seguintes categorias: médico clínico; cientista (pesquisas laboratoriais, experimentais); governo, mercado e o próprio indivíduo. As duas categorias mais marcadas foram médico e indivíduo.

Apesar de o controle social sobre a obesidade se concentrar fortemente nas mãos do profissional médico, e, por conseguinte, a responsabilidade pela sua ocorrência ou solução, há, além do próprio indivíduo, outros atores que exercem influência sobre o processo de medicalização e também são responsabilizados tanto pela condição quanto pelo controle ou “cura”. Tais atores são as autoridades públicas, ligadas ou não ao setor da saúde, os laboratórios farmacêuticos, a indústria alimentícia, academias de ginástica, as seguradoras, entre outros. Alguns textos mostraram a atuação desses atores no processo de construção da medicalização.

⁸³ Resposta da antropóloga Miriam Goldenberg, em entrevista tipo pingue-pongue. Especial do Dia da Mulher, em que falou sobre a transformação do corpo em um valor e critica o investimento de tempo, dinheiro e energia na busca da forma perfeita.

Carvalho (2007) argumenta sobre a responsabilidade que é atribuída ao próprio indivíduo. Segundo a autora, não basta o controle médico ao qual o sujeito se subordina para controlar a saúde. Tanto nos consultórios médicos quanto pelos meios de comunicação, a medicina responsabiliza o indivíduo pela manutenção da sua saúde, da longevidade, e de seu bem-estar. Nessa visão, o controle das doenças não estaria subordinado apenas ao uso de determinados medicamentos ou a idas regulares ao médico, mas também ao comportamento de cada um em relação à vida. As campanhas de prevenção a doenças, como no caso da Aids e outras sexualmente transmissíveis, ao falar em comportamentos ou condutas de risco, exemplificam essa situação. A conduta pessoal diante da vida, no dia-a-dia, pode influir diretamente na comunidade, colocando-a mais ou menos em contato com determinados fatores de risco. O caso da obesidade é semelhante.

Mas as matérias centraram a responsabilidade nos profissionais médicos ou cientistas, como os principais sujeitos ou grupos capazes de solucionar ou dar as diretrizes para a solução da epidemia da obesidade. Os médicos, em suas digressões a respeito dos riscos da obesidade principalmente para o agravamento de outras doenças e sugerindo um diversificado leque de opções de tratamentos – da prática de exercícios, aos medicamentos e cirurgia, até à psicoterapia – e os cientistas (muitos médicos também), a maioria da área de biológicas mesmo, que no desenvolvimento de suas pesquisas cotidianamente têm gerado resultados que sugerem as possíveis causas da obesidade e seu tratamento, seja à base de medicamentos ou intervenção genética, ou outro tipo de tecnologia.

A chegada de um novo remédio ao mercado – o Xenical –, o estudo de outras drogas e a descoberta de ligações entre a obesidade e a genética foram os principais temas do 8º Congresso Internacional de Obesidade. [...] No Brasil, o laboratório Roche, produtor do medicamento, prevê que o Xenical seja lançado até o final do ano. Nos EUA, o remédio ainda está sendo avaliado pelo FDA, e deverá ser posto à venda no ano que vem (Osório, 1998).

O Ministério da Saúde acaba de criar uma espécie de "força-tarefa" para tentar conter o avanço da obesidade no país. O objetivo do grupo é propor ações para reduzir o consumo de calorias e gorduras. Segundo os últimos dados do IBGE, 38,6% dos brasileiros são obesos ou estão acima do peso (Biancarelli e Lambert, 1999).

O secretário da Saúde, Tommy Thompson, anunciou anteontem a uma comissão do Senado que o Medicare – o sistema público de seguro de saúde – estava retirando das suas regras a frase que afirmava que a obesidade não era uma doença. A partir de agora, se um tratamento contra a obesidade for considerado cientificamente eficaz, seus custos serão reembolsados pelo Medicare (Plano, 2004).

Segundo a Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), o registro do rimonabanto será mantido porque os resultados das pesquisas clínicas demonstraram que, obedecidas as indicações médicas, o remédio é seguro. Por se tratar de uma droga nova, a agência vai monitorar durante cinco anos os possíveis efeitos colaterais (Collucci, 2007).

Um grupo de pesquisadores nos EUA descobriu que o adenovírus, causador da gripe, também pode gerar obesidade. Segundo eles, 30% dos obesos apresentam o vírus; entre os magros, 5%. Os estudos avaliam se é possível ser uma pessoa obesa graças a um vírus presente no ar.

Outra equipe de cientistas, também norte-americanos, pesquisa a relação entre os micróbios da flora intestinal e a doença. Esses micróbios, em algumas pessoas, facilitam a absorção de calorias. [...] o tratamento caminha para a era da "dieta genética": a partir de testes será possível descobrir quais as falhas nos genes que fazem uma pessoa engordar, permitindo a elaboração de um tratamento individualizado (Tófoli, 2006).

Richard Martin, vice-presidente de comunicação da Associação das Companhias de Comida e Bebida dos EUA, disse: "As indústrias de alimentos e bebidas já estão mudando, pois os consumidores querem essas mudanças". Acrescentou que por isso não teme que a propaganda seja banida. (Burros, 2005)

Os acampamentos para perda de peso geralmente têm temporadas de três, seis ou oito semanas e custam por volta de US\$ 7.500 para o verão inteiro – US\$ 1.500 a mais do que os acampamentos comuns. As crianças têm uma dieta de cerca de 1.500 calorias por dia e passam de três a quatro horas diárias fazendo algum tipo de atividade física, além de outras aulas, como teatro ou artesanato. São pesadas semanalmente e fazem aulas de nutrição e culinária (Ellin, 2005).

Da mesma forma que há consenso de que a obesidade – assim como o sobrepeso em geral – pode ter várias origens, a maneira de combatê-la também remete à idéia de envolvimento de uma ampla gama de atores. Millstone *et al.* (2006) discutem como a sociedade pode ajudar a controlar o aumento das taxas de sobrepeso no mundo. Segundo estes autores, tais ações dependem, em grande medida, da autoridade institucional estabelecida pelo Estado, como por exemplo, a limitação de propagandas de alimentos inadequados para crianças, impostos extras para alimentos que contenham níveis elevados de gordura e sódio, entre outras, e há exemplos de medidas como essas na amostra da *Folha*:

O poder público até já ensaiou uma insípida estratégia de educação alimentar ao determinar a inclusão da tabela nutricional nas embalagens dos produtos. O problema é que, segundo a Sociedade Brasileira de Endocrinologia, o brasileiro não gosta de ler essas tabelas. "Por isso queremos uma informação genérica, alertando que aquele alimento pode levar à obesidade. Também queremos criar selos para avisar sobre os diferentes graus de risco que um determinado alimento pode oferecer. É uma maneira de levar informação para todos", diz Valéria Guimarães, presidente da sociedade [SBEM] (Prudente, 2003).

"Esse alimento contém elevada quantidade de gordura saturada/trans. O consumo excessivo aumenta o risco de desenvolver doenças do coração".[...] A partir do próximo ano, esse aviso – que também alerta para os perigos do sal e do açúcar – vai

estampar as propagandas de sorvetes e tortas, entre outros alimentos industrializados. Estuda-se também criar uma tarja preta – como de remédios – para identificar alimentos perigosos à saúde. [...] As propostas fazem parte de uma resolução que está sendo elaborada pela Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), que vai restringir a publicidade de alimentos com quantidades de açúcar, gorduras saturada e trans e sódio elevadas (Collucci, 2008).

O governo britânico anunciou ontem que estuda a possibilidade de aumentar os impostos sobre empresas de *fast food*, para financiar instalações esportivas e o combate à obesidade. [...] "Estamos analisando uma série de maneiras de fomentar os esportes dentro do contexto da iniciativa do governo de combate à obesidade", disse um porta-voz do Departamento de Cultura, Mídia e Esportes (Bruton, 2004).

O governo dos EUA autorizou o plano público de saúde do país a reembolsar alguns tratamentos contra a obesidade, que agora passa a ser considerada uma doença. [...] O secretário da Saúde, Tommy Thompson, anunciou anteontem a uma comissão do Senado que o Medicare – o sistema público de seguro de saúde – estava retirando das suas regras a frase que afirmava que a obesidade não era uma doença. A partir de agora, se um tratamento contra a obesidade for considerado cientificamente eficaz, seus custos serão reembolsados pelo Medicare (Plano, 2004).

O alto índice de obesidade entre as crianças da rede municipal de ensino de Florianópolis (SC) fez a prefeitura tomar uma atitude impopular: proibir a venda de doces, refrigerantes, salgados industrializados, balas e outras guloseimas nas cantinas das escolas (Marques, 2001).

Novo programa da Unifesp (Universidade Federal de São Paulo) vai abrir as portas da associação atlética para que os adolescentes previamente cadastrados façam gratuitamente exercícios físicos, com o acompanhamento de um profissional.[...] Em cada consulta realizada quinzenalmente, o jovem recebe orientações sobre nutrição e atividades físicas ideais para redução de peso. [...] "O que queremos é ter os pacientes mais perto, para podermos acompanhar melhor o processo e ajudar no emagrecimento", afirma Laura Cristina Cuvello, uma das coordenadoras do CAAA⁸⁴. Cada aula terá uma hora de duração e ocorrerá duas vezes por semana (Conte, 1999).

A cirurgia bariátrica como terapêutica da obesidade, é também objeto de controvérsia. Ao mesmo tempo em que é apontada como a única medida realmente eficaz para os casos de obesidade mórbida, não pode ser indicada para todos os pacientes que apresentam essa condição. Além disso, acarreta uma série de efeitos colaterais deletérios e há um índice alto de retorno ao peso antigo, segundo relato de médicos na pesquisa (v. Capítulo 3 e nas matérias selecionadas). A *Folha* publicou uma série de matérias sobre o tema ao longo dos 11 anos estudados, entre as quais foi possível observar certa cautela num primeiro momento quando a cirurgia ainda não tinha muitos adeptos e não era coberta pelo SUS, o que só ocorreu a partir de 2001. Além disso,

⁸⁴ Centro de Atendimento e Apoio ao Adolescente da Unifesp (Universidade Federal de São Paulo).

as técnicas utilizadas para a redução de estômago (v. Capítulo 1) ainda estavam em aperfeiçoamento. Mais tarde, as matérias enfocaram tanto a procura como os benefícios do tratamento para, a seguir, começarem a aparecer os efeitos indesejados. O maior número de matérias sobre cirurgia bariátrica foi encontrado em 2005 (6), sem uma motivação específica, mas quando a indicação da cirurgia para o tratamento da obesidade mórbida havia se tornado mais freqüente. O ano de 2000 foi o que teve o segundo maior número de reportagens (4), justificável por ter sido o ano da aprovação da incorporação da cirurgia no SUS para pessoas com IMC acima de 40 kg/m² ou com IMC acima de 35 kg/m² que tenham alguma complicação como diabetes tipo 2. As matérias demonstram a divisão dos profissionais quanto à indicação da cirurgia, porém, de uma maneira geral, os médicos entrevistados demonstraram ser favoráveis ao procedimento, diante dos riscos que representam a obesidade severa, e também como solução para o dilema em relação a um estigma social (Almeida, 2005).

De acordo com o cirurgião Bruno Zilberstein, chefe do setor de Obesidade Mórbida do HC, um grupo de 53 pessoas que fez a cirurgia há mais de cinco anos foi estudado. Desse número, 64,15% voltaram a ser obesos, com IMC (índice de massa corpórea) superior a 40, e 13% voltaram a apresentar obesidade mórbida. [...] Após a cirurgia, espera-se que o paciente emagreça a quantidade almejada e volte a engordar, no máximo, dez quilos. Somente 7,84% deles mantiveram o peso (Bassete, 2005).

A cirurgia da redução do estômago para controle do excesso de peso não resolve definitivamente o problema dos obesos mórbidos.[...] Um estudo realizado pelo médico Joel Faintuch e colaboradores do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (Universidade de São Paulo) mostra que a perda de até 80% do peso excedente nos primeiros três anos após a operação é reduzido para apenas 61% depois de cinco a dez anos da cirurgia (Abramczyk, 2005).

Há quatro anos, a analista de automação Shirley Perisse, 39, teve sua cirurgia de redução de estômago financiada integralmente. "Era obesa mórbida. Com meus rendimentos, jamais conseguiria bancar a operação. Para mim, foi um reconhecimento imenso ao meu trabalho", conta a profissional, que perdeu 62 kg (Diniz, 2005).

O crescente aumento de casos de obesidade infantil no país está criando um cenário preocupante: crianças na fase de crescimento – com até 11 anos – estão sendo submetidas a cirurgias de redução de estômago para perder peso. [...] Dois cirurgiões gástricos paulistas dizem ter feito 120 cirurgias bariátricas em crianças e jovens de 11 a 17 anos, a maioria nos últimos dois anos. Não há estatísticas oficiais sobre essa cirurgia na infância nem estudos sobre a segurança da técnica nesse público (Collucci e Bassete, 2005).

"Eu estava literalmente esmagado pela gordura. Minha coluna vertebral vergar-se, numa cifose, pelo excesso de peso", lembra. [...] Um entre os 17 milhões de brasileiros obesos, o advogado resolveu recorrer ao expediente mais drástico para emagrecer: a cirurgia de redução de estômago, que promete perdas de até 40% da massa corpórea. E quase sem risco de reengorda (Capriglioni, 2004).

As reportagens sobre a operação sempre destacam os casos de sucesso, de reviravolta na vida pessoal, resgate da auto-estima, melhora na saúde etc. Esse é de fato o resultado obtido pela maioria – depois de muito esforço e privação –, mas 5% dos pacientes sofrem graves distúrbios psiquiátricos. "A pessoa pode desenvolver bulimia ou anorexia, compulsão por compras, doces ou sexo, alcoolismo, dependência de drogas, depressão e, no limite, tentativas de suicídio", afirma Dan Waitzberg, 52, professor de gastroenterologia e cirurgia digestiva da USP (Yuri, 2004).

As técnicas cirúrgicas de redução de estômago estão menos invasivas do que há dois ou três anos, quando começaram a ser propagadas. "Uma cirurgia laparoscópica que demorava, há três anos, de três a quatro horas hoje leva de 50 minutos a uma hora", diz Ricardo Cohen, cirurgião do aparelho digestivo do São Camilo. Foi diminuído o tempo da operação devido à especialização das equipes médicas e à evolução dos equipamentos, diz Cohen (Oliveira, 2003).

Em depressão profunda, Eliana foi levada pelo irmão ao Hospital de Ipanema. Depois de oito meses na fila, foi operada, pois a prioridade no atendimento é para pacientes com risco de morte, caso de Eliana. Em dez meses, conseguiu perder 100 kg. Hoje, a ex-obesa mórbida pesa 118 kg. Com a cirurgia de redução do estômago, que ficou 90% menor, Eliana agora pode comer de tudo. [...] "Voltei a viver." [...] "Consegui o que sempre quis: ser só mais uma na multidão." (Guimarães, 2001)

A procura pela cirurgia de obesidade cresceu tanto que em março do ano passado o ministro da Saúde, José Serra, assinou portaria incluindo a cirurgia nos procedimentos pagos pelo SUS (Sistema Único de Saúde). O custo da cirurgia é em média R\$ 8.000 só de honorários médicos. De lá para cá, o governo já pagou por 251 operações. Um gasto total de R\$ 596 mil. "A inclusão da cirurgia na tabela do SUS foi muito importante. Obrigou os convênios particulares a fazerem o mesmo. Já existem alguns que estão cobrindo esse tipo de tratamento atualmente", comemora Garrido (Monteiro, 2000).

A fila de espera nos serviços públicos que realizam cirurgia para reduzir o tamanho do estômago, uma forma de controlar o peso à força, é outro indicativo do aumento de obesos mórbidos no Brasil. A fila chega a oito anos em alguns hospitais. O aumento elevado de peso pode causar hipertensão, diabetes, hérnias e enfartes. É para evitar essas complicações que a cirurgia é realizada, diz José Carlos Pareja, professor de cirurgia da Unicamp (Scheinberg, 2000).

Além do discurso da gravidade da obesidade em si e das interações desta com outras doenças, um forte argumento para a realização da cirurgia bariátrica é o de romper as barreiras sociais que as pessoas acima do peso considerado “normal” enfrentam (v. Capítulo 3). Este estigma é reforçado pela cultura, pelos padrões impostos pela sociedade, que no caso do Brasil, assim como a maioria das culturas ocidentais, assumiu como padrão de beleza o corpo magro, esbelto, preferencialmente “sarado” na linguagem das academias de ginástica (Goldenberg e Ramos, 2002; Lipovetsky, 1997; Almeida, 2005; Ribeiro, 2003). Para aqueles que não alcançam esse padrão estabelecido, resta o desprezo e a falta de oportunidades (Castro, 2001).

4.2.5. Contraponto à medicalização

Ouvir os dois lados de uma história é um dos princípios básicos do jornalismo, mas que nem sempre é seguido. No caso do jornalismo que aborda ciência e saúde a desconsideração do princípio é mais evidente, principalmente quando se trata da divulgação de uma pesquisa a partir de um artigo científico. O jornalista limita-se a relatar a descoberta, e no máximo, entrevista o pesquisador, em geral, autor do artigo que gerou a pauta da reportagem ou notícia. Dificilmente as reportagens sobre ciência debatem a relevância da pesquisa, a controvérsia que há por trás da tecnologia em questão, e o próprio modelo de ciência e o sistema que o mantém.

Quando o tema é retratado em outro caderno, como nos casos encontrados na *Folha*, em que a maioria dos textos sobre obesidade foi encontrada na editoria Cotidiano, ele recebe outro tratamento. Em outra editoria, o tema científico ganha contorno diferente, neste caso, mais direcionado às questões ligadas ao comportamento, ao dia-a-dia das pessoas. Ainda assim, o discurso predominante, neste caso específico, de uma doença já estabelecida como tal, se reforça.

Diferentemente do jornalismo político ou mesmo econômico, no jornalismo de ciência, o pesquisador dificilmente é questionado sobre o seu trabalho. Devido à especificidade dos temas, o jornalista sente-se acuado em contestar qualquer afirmação dada pelos cientistas. E se a verdade produzida pela ciência não é a única, se ela também é construída socialmente, por meio da produção de consensos e controvérsias (Luiz, 2006), o jornalismo científico deve questioná-la, assim como o faz nas demais áreas. O jornalista de ciência pode questionar seu entrevistado assim como o faz com o político, o banqueiro, o grevista. Ele deve procurar as várias versões sobre o assunto. Talvez precise do parecer de outro perito para tecer julgamento sobre um tema que desconhece, mostrando o “outro lado”, produzindo a sua própria versão, deixando claro quando falam as suas fontes e qual é a sua própria opinião.

Em relação à epidemia da obesidade, há um “outro lado”, que também foi mostrado pela *Folha de S. Paulo* em suas matérias ao longo do período estudado. Trata-se de um conjunto de matérias – notícias e reportagens – que desafiaram a corrente principal que alerta sobre o risco do aumento da obesidade no mundo. Neste bloco de notícias, o alerta é exatamente o contrário, para o alarmismo quanto ao que se diz sobre a tal epidemia, identificando-o com uma idéia de atendimento ao mercado, de preconceito contra uma condição que deve simplesmente ser aceita e

que o é por muitos obesos que não se consideram doentes, levam uma vida normal, mas acreditam que devem ser mais respeitados em sua condição de seres humanos, de cidadãos, profissionais.

Um dos exemplos a seguir trata do movimento para a aceitação do tamanho – NAAFA, na sigla em inglês. Este movimento responde à crítica de Illich (1981) em relação à falta de autonomia sobre a própria saúde, que é provocada pelo processo de medicalização. Entre as questões que a associação discute é a ditadura do índice de massa corporal como medida de excesso de peso. Como foi dito no capítulo 3 e na reportagem o tema é retomado, seguindo à risca os padrões de obesidade a partir do IMC, homens musculosos, ícones da beleza masculina, seriam tidos como obesos.

Porém, mesmo para contradizer a medicalização, o discurso jornalístico novamente apóia-se no discurso médico em muitas das matérias, no que Bourdieu (1997) chamou de autoridade e competência científicas, definidas como capacidade técnica e poder social, capaz de agir e falar com legitimidade, que lhe é outorgada socialmente.

O Brasil, mais de uma vez, foi o país que mais consumiu remédios para emagrecer, e não foram apenas os medicamentos recomendados como os mais eficazes. Trata-se de substâncias muitas vezes proibidas, formuladas em farmácias clandestinas, vendidas em feiras ou pela internet. Um medicamento foi aprovado e colocado no mercado, mas tinha como efeitos colaterais a depressão e a ansiedade, tendo sido, ainda, associado a casos de suicídio. Os efeitos colaterais da cirurgia bariátrica: compulsão por compras, álcool, drogas, sexo, além de depressão em 20% dos pós-operados, sem falar no risco da própria cirurgia.

Para a apresentadora, o nível de exigência com o corpo aumentou de uns anos para cá. "Não quero fazer apologia de que ser gordo é bom, mas não deixo de me gostar. Muita gente se esconde com roupas largas. Essas pessoas acabam ficando maiores do que são, se enfeiam, perdem a sensualidade", diz ela, que, por anos, só se olhava no espelho da cabeça para cima. "Agora, me vejo de corpo inteiro."[...] Apesar de o tema ainda gerar controvérsia, muitos médicos admitem que é possível ser gordo e saudável. De acordo com o endocrinologista Giuseppe Repetto, presidente da Abeso (Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade), trata-se de um consenso. "Conheço vários gordos muito mais saudáveis do que magros que são fumantes, estressados, hipertensos. Quem tem peso acima do normal não deve ser carimbado como um doente. O IMC virou um negócio meio cabalístico", diz (Mantovani e Dávila, 2005).

A loja de lingerie vende peças sensuais em tamanhos grandes, para manequins até 60. A proposta é atrair não só quem está acima do peso, mas também as

magras com dificuldades para comprar calcinhas ou sutiãs de números superiores ao 46. O espaço conta ainda com um sex shop (Rechonché, 2005).

Mas Jeffrey Friedman, da Universidade Rockefeller, argumenta que, ao contrário da opinião popular, os dados nacionais não mostram que os americanos estejam, de modo geral, engordando. Em lugar disso, diz ele, as estatísticas demonstram claramente que, embora os muito gordos estejam ganhando ainda mais peso, as pessoas mais magras se mantiveram estáveis (Kolata, 2004).

Consultor empresarial, Cerqueira perdeu 45 kg em seis meses e sem remédio. Aos 45 anos, com 1,82 m, saiu de 120 kg para 75 kg. Seria uma história comum, se a determinação pessoal não tivesse feito dele um atleta. Caso raro no mundo e, talvez, único no Brasil, segundo médicos (Marega, 2003).

"Queremos que as pessoas acreditem que podem fazer coisas apesar do seu tamanho. Enfatizamos o *fitness* e escolhas certas de comida saudável. Um conceito errado sobre o movimento é que incentivamos as pessoas a ficarem gordas. Pessoas que se sentem bem cooperam mais para ficarem saudáveis", diz. No Brasil, o movimento tomou forma há seis anos no "Magnus Corpus", filial tocada pela *webdesigner* Denise Neumann, 39, ainda sem ter feito muito barulho. Um dos exemplos para o grupo, diz Neumann, é o apresentador Jô Soares, que sempre fala da sua saúde. A diretora teme o avanço, ano a ano, da indústria das dietas milagrosas. "Nos países em que há mais essa neurose, há mais problemas." É o efeito iô-iô, ou sanfona, pior para a saúde do que ficar gordo, dizem os médicos (Leite, 2005).

O IMC (Índice de Massa Corporal), medida-padrão da obesidade, tem falhas graves, e uma medida mais refinada precisa ser desenvolvida, afirmaram médicos dos EUA. Em estudo publicado na edição de hoje da revista médica "Lancet" (lancet.com), o grupo da Escola de Medicina da Clínica Mayo revisou 40 pesquisas que acompanharam, no total, 250 mil pacientes com doença coronariana. A meta-análise, como é chamado esse tipo de revisão, descobriu que pacientes com baixo IMC tinham um risco maior de morte do que pessoas com IMC normal. Cardíacos considerados acima do peso por esse índice tinham risco de morte menor ainda (Reuters, 2006).

Relatório anual da Junta Internacional Fiscalizadora de Entorpecentes (Jife), ligada à ONU, mostra que o Brasil é o maior consumidor mundial de remédios para emagrecer. De acordo com o órgão, utilizaram-se por aqui 9,1 doses diárias de substâncias anorexígenas por grupo de mil habitantes entre 2002 e 2004 – aumento de mais de 30% em relação à década anterior. [...] No Brasil, a maior parte do uso abusivo pode ser atribuído às fórmulas emagrecedoras, muitas vezes prescritas por médicos, mas também vendidas irregularmente pela internet e por farmácias de manipulação. Em teoria, qualquer preparado que contenha anfetaminas só pode ser vendido mediante receita médica (Tudo, 2006).

"Eu comia exageradamente e a todo momento. O meu problema era psicológico: eu tinha compulsão por comida. Achei que isso se resolveria após a cirurgia, afinal, eu perdi um pedaço do estômago e emagreci. Mas não foi bem isso que aconteceu. Troquei a compulsão por comida por compras. Eu sentia uma certa instabilidade emocional, carência e ficava rodeando a geladeira, mas não conseguia comer por causa da cirurgia. Substituí a comida por todas as tranqueiras vendidas pelos programas de televisão. Comprei separadores de gemas de ovos e descascadores de camarão, de legumes e de frutas. Comprei até uma geladeira para carros! Não entendia o motivo, mas eu tinha de comprar, na minha cabeça eu não conseguiria viver sem essas coisas. [...] Chegou uma hora

em que o dinheiro acabou e abri um rombo em minha conta. Hoje eu faço terapia para tentar me controlar e acho que todos que passaram pela cirurgia deveriam fazer o mesmo. A mente brinca demais com a gente” (Bassete, 2005). Elas têm orgulho de ser gordinhas e querem mostrar que também são bonitas e que podem até participar de concursos de beleza. Carla Arcanjo, 22 (1,67 m, 86 kg), Fernanda Roberta Palma Belnuovo, 18 (1,71 m, 84 kg), Flávia Regina Neris, 20 (1,77 m, 91 kg), Katia Regina Jaime Chwat, 20 (1,57 m, 70 kg), Mavy Rose Inforsato, 26 (1,58 m, 83 kg), Savani Teixeira Carletti, 20 (1,68 m, 100 kg), e Tatiana Gomes, 22 (1,67 m, 90 kg), concorrem ao posto de Miss Gordinha São Paulo 99. Elas já passaram pela primeira fase e integram o grupo das 27 selecionadas entre 42 inscritas. A gordinha mais bonita será escolhida na próxima sexta-feira (Moherdau, 1999).

4.2.6. Considerações preliminares

Chamar a atenção para a medicalização da obesidade na mídia nacional pareceu um desafio interessante e desafiador. Além de encontrar uma vasta literatura disponível, tanto na área da saúde, quanto na sociologia e na comunicação social – além de outras disciplinas, que foram encontradas no percurso –, havia a possibilidade de fazer um estudo de caso em um jornal de grande circulação, o que tornaria o estudo representativo.

O grande empenho em tornar pública a preocupação com o aumento das taxas de sobrepeso e obesidade no mundo, conclamando a população a assumir a responsabilidade sobre os riscos de levar uma vida sedentária e ter hábitos alimentares inadequados, levava a acreditar que havia uma situação realmente catastrófica, para a qual toda a sociedade precisava estar alerta.

Ao longo do trabalho foi possível confirmar as hipóteses formuladas. De fato, a *Folha de S. Paulo* divulgou o tema com uma constância capaz de convencer o leitor de que a epidemia é uma realidade, um fato inquestionável, segundo a opinião das autoridades científicas e médicas. Foram 305 matérias publicadas no período de 11 anos, num total de 544 unidades jornalísticas.

A obesidade é vista e tratada como doença/epidemia, mesmo que o veículo trate de aspectos variados sobre a questão – causas, conseqüências (efeitos físicos, psicológicos, econômicos), tratamentos, pesquisas, novos medicamentos, mercado. A grande maioria dos textos tratou da obesidade como doença (33,11%) e epidemia (17,70%). Em decorrência disso, os assuntos que seguiram foram tratamentos e opiniões médicas a respeito da questão.

As fontes procuradas para tratar do tema pertencem às mesmas áreas científicas, permanecendo no âmbito das ciências da saúde, enfatizando, desta forma, o discurso predominante, que reforça a autoridade do campo científico da medicina, reafirmando a legitimidade da autoridade médica para tratar do assunto obesidade.

É possível, enfim, confirmar a última hipótese, de que a mídia contribui, com grande peso, no processo de construção social da epidemia da obesidade.

A questão da obesidade esteve presente no jornal desde 1998 com o enfoque de epidemia, uma preocupação que já assolava os Estados Unidos e outros países desenvolvidos e para a qual a OMS já lançava alerta para o mundo todo. Outras tendências foram observadas ao longo do período estudado. Temas como aconselhamento de tratamentos a base de medicamentos ou apenas dietas e exercícios físicos, por exemplo, estiveram presentes em todos os anos estudados. Pesquisas que associam a obesidade a outras doenças também foram amplamente divulgadas ao longo do período, assim como trabalhos que tentam descobrir as causas da obesidade também foram constantes.

Em 1998, os temas que merecem destaque entre todos foram os que trataram da entrada dos medicamentos Sibutramina e Xenical no mercado. Foi nesse ano também que o governo americano aprovou a redução do nível do IMC para considerar um indivíduo saudável. Alguns textos exaltaram os corpos mais rechonchudos, destacando a sensualidade de uma personagem de uma novela brasileira da época.

Em 1999, das 22 matérias publicadas sobre obesidade, seis trataram de medicamentos, sendo 3 delas sobre o Xenical, que estava sendo colocado no mercado. As matérias traziam informações bastante parecidas, com opiniões de médicos e do próprio laboratório responsável pelo lançamento. Como era um lançamento no Brasil, as informações ainda eram um tanto especulativas, embora houvesse depoimentos de pessoas que já importassem o remédio e estivessem satisfeitas com o resultado. O tom das matérias era aquele comumente criticado pelos estudiosos do jornalismo científico, por apresentar a novidade como uma promessa de cura milagrosa.

O aumento do número de casos de obesidade mórbida foi destaque em 2000. O título da matéria era “Obesidade mórbida ‘explode’ no Brasil. O texto dizia que a “doença” já atingia 600 mil pessoas no país e falava em uma fila de espera para a cirurgia de estômago de 8 anos. Outra matéria tratou do tema da cirurgia, da procura e da fila de espera pelo procedimento.

Alguns temas se repetem em 2001, como o que aborda a questão da fila de espera para cirurgia bariátrica, que naquele ano era estimada em 3 anos, e os elogios ao Xenical. A novidade sobre o medicamento naquele ano foi a redução dos níveis de colesterol e pressão. Um novo tema surgiu no cenário da pesquisa: a revelação de que o mercado para obesos estava “engordando”.

A partir de 2002 começam a aparecer matérias em que a responsabilidade pela obesidade recai sobre atores que não são os indivíduos. Consumidores processam empresas de *fast-foods*, governo tenta proibir venda de doce em cantina. O foco da obesidade começa a sair do próprio indivíduo, ele deixa de ser o culpado e começa a dividir a responsabilidade com o ambiente.

Em 2003 começam a se intensificar as matérias sobre obesidade infanto-juvenil, com sugestões de medidas para conter o avanço. Neste ano a promotoria pede a proibição da propaganda de refrigerante em programas voltados ao público infantil. É o início de uma luta para restringir a publicidade de produtos inadequados que foi divulgada em praticamente todo o período analisado. Anuncia-se neste ano, que os riscos da cirurgia do estômago estão reduzidos.

Em 2004 os dois temas importantes foram a divulgação da POF, do IBGE, que teve uma grande repercussão ao apresentar o dado de que no país o número de obesos havia ultrapassado o número de subnutridos. Uma vez que o carro-chefe da política do recém empossado presidente Lula era justamente o Fome Zero, um programa assistencialista que prometia acabar com a fome no país, este dado soou como uma armação política contra o programa. Mas a questão foi esclarecida. Neste mesmo ano, o fato mais marcante para o processo de medicalização se deu nos Estados Unidos. Foi a decisão da Medicare de aceitar a obesidade como doença, passando a cobrir os gastos com a doença.

Finalmente em 2005 surgiu uma reportagem que levantou a possibilidade de a obesidade estar sendo tratada exageradamente como epidemia. Dando voz a outros profissionais, que não apenas médicos – mas também médicos – que discordam do tom alarmista e de que a obesidade

seja uma epidemia, a reportagem deu um viés diferente de praticamente todas as demais publicadas sobre o tema. Foram entrevistados os representantes da associação de aceitação do tamanho, basearam-se no artigo de Katherine Flegal que concluiu que a obesidade entre pessoas com IMC normal não estava aumentando ao longo do tempo.

Em 2007 aparece a polêmica em torno do medicamento Acomplia (princípio ativo: rimonabanto). O FDA proíbe a comercialização depois de estudos comprovarem a relação do remédio com depressão e ansiedade. No Brasil a droga é aprovada pela Anvisa. No final do ano, o próprio laboratório decide retirar o medicamento do mercado, prometendo refazer os estudos. Neste ano são apresentadas mais consequências deletérias da cirurgia bariátrica. As duas medidas mostram como a medicalização envolve riscos à saúde e custos, assim como a própria obesidade.

Espera-se que este trabalho abra novas possibilidades de pesquisas no campo da medicalização da sociedade. Seguindo o próprio tema da medicalização da obesidade, é possível ampliar a pesquisa fazendo comparações com outros veículos de comunicação, com peças publicitárias, utilizando imagens. Outra idéia atraente é a possibilidade de fazer comparações com outras epidemias que tenham tanta repercussão na imprensa quanto a obesidade tem recebido, como a Aids, a reposição hormonal, a supressão da menstruação, o transtorno de déficit de atenção, apenas para ficar entre as que foram lembradas neste trabalho.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Retomando o objetivo central deste trabalho, observou-se que a *Folha de S. Paulo* deu visibilidade ao tema obesidade entre 1998 e 2008, período em que se verificou, pela literatura médica e em outros veículos de comunicação, um acirramento no discurso de epidemia da obesidade por parte de médicos e autoridades de saúde em todo o mundo. O jornal publicou nos 11 anos analisados, 305 matérias sobre o tema, das quais 72% enfocaram a obesidade como doença ou epidemia, relacionando o mal a outras doenças, destacando os riscos e os custos tanto individuais quanto para o sistema de saúde em geral – público e privado.

A epidemia evidenciou-se no primeiro capítulo do trabalho, pelos dados antropométricos disponíveis para o Brasil e para alguns países europeus, anunciando que não só a prevalência de sobrepeso e obesidade é alta, mas também é crescente. No Brasil os resultados mais recentes são das pesquisas Vigitel (Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico), realizadas pelo Ministério da Saúde nos anos 2006, 2007 e 2008, em todas as capitais, mais o Distrito Federal. O Vigitel faz parte do conjunto de políticas estabelecidas a partir de 2003 pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de monitorar as ações de promoção da saúde, prevenção e atenção às doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT), buscando reduzir a prevalência dos principais fatores de risco e, conseqüentemente, da morbimortalidade associada a essas doenças. Entre eles, a obesidade.

Em 2006, a pesquisa revelou que o Rio de Janeiro apresentava a maior prevalência de excesso de peso no país (homens e mulheres): 48,8%. Esse índice contrasta com as imagens geralmente divulgadas sobre a cidade em cartões postais e catálogos de turismo, que trazem fotos de pessoas fazendo exercícios na praia e mulheres de corpos esculturais desfilando em escolas de samba. Quanto à obesidade, a capital que apresentou a maior prevalência foi João Pessoa (13,9%). Essas médias já se assemelhavam às da Europa em 2006, quando algumas medidas já vinham sendo tomadas. O PorGrow – Policy Options for Responding to the Growing Challenge

of Obesity Research Project, abordado nos dois primeiros capítulos desta tese, foi concebido em resposta a essas taxas já consideradas epidêmicas.

Em 2007 e 2008, a prevalência do sobrepeso e obesidade continuou crescendo no Brasil. Os homens apresentaram índices mais altos de sobrepeso do que as mulheres, mas o aumento médio desses índices para o sexo feminino foi de 3,5 pontos percentuais entre um ano e outro. Em relação à obesidade, as mulheres não só ultrapassaram os homens no valor total, atingindo 13,3% de prevalência de obesidade, contra 12,9% da média para os homens, como o aumento, no período, representou 1,6 pontos percentuais.

O fato de haver políticas para a prevenção da obesidade no país sendo implementadas desde 2003, algumas até antes disso, e da classe médica e demais profissionais da saúde intensificar seu discurso e práticas voltadas para a contenção e tratamento da obesidade, taxas de sobrepeso e obesidade continuam se elevando no país. A grande repercussão do tema na mídia, principalmente nas revistas femininas, e a quase-celebração aos tratamentos que modelos e atrizes realizam para afinar seus corpos, levam a um medo irracional do excesso de gordura. Em decorrência disso, há uma corrida desenfreada por academias de ginástica, consumo de remédios para emagrecer (inibidores de apetite são os mais comuns), cirurgias plásticas e outros tratamentos estéticos. Individualmente, esses procedimentos podem apresentar algum resultado, mas para a população como um todo não parece estar surtindo efeito.

Os fatores que justificam essas altas prevalências de sobrepeso e obesidade no mundo, são de ordem diversa, como mostrou a discussão da literatura ao longo deste trabalho, e são determinados por questões relativas ao campo da biologia e da economia principalmente.

Da biologia surgem as explicações que sugerem a existência de um “genótipo econômico”, responsável por armazenar energia para períodos de escassez de alimentos. Essa vantagem, entretanto, mostra-se prejudicial diante da abundância de alimentos, da facilidade de acesso a eles, e do sedentarismo característicos das sociedades modernas. As explicações biológicas justificariam também a maior facilidade das mulheres acumularem gordura, como forma de garantir energia para si e para seus bebês.

De maneira sucinta, o que a maioria dos especialistas diz é que o ganho de peso é resultado de um desequilíbrio entre consumo de energia (alimentos) e o gasto de energia (qualquer forma de exercício físico). Sempre que a ingestão calórica for maior do que o organismo consegue consumir, haverá um acúmulo de gordura no corpo. O sistema fisiológico humano não tem sido capaz de adaptar-se a esse novo padrão alimentar, e com a atual redução da atividade física.

Da perspectiva econômica, alguns fatores associados ao aumento da obesidade são a melhoria de renda dos indivíduos, que lhes permite ter acesso a novos grupos de alimentos, porém, ricos em gordura, açúcar e sal; o avanço da tecnologia que promove o crescimento da indústria alimentícia, farmacêutica e de setores que ajudam a poupar o gasto energético dos indivíduos – máquinas de lavar roupa, carro, motocicletas, controles remotos, automação em geral. O acesso à informação também está relacionado ao aspecto econômico e pode fazer alguma diferença no ganho de peso, interferindo nas escolhas individuais relativas aos alimentos e aos cuidados com o corpo.

Os dois primeiros capítulos da tese mostram de forma bastante clara o processo de medicalização da obesidade na prática, mostrando o envolvimento dos principais atores, e como se construiu a idéia da epidemia no Brasil e no mundo. No terceiro capítulo, esse processo é discutido pela perspectiva dos Estudos Sociais da Ciência e da Tecnologia, referencial analítico desta pesquisa. Os exemplos tratados mostram como o processo de medicalização se desenvolveu na sociedade, quem são os atores principais, com destaque para os profissionais da área da saúde, os laboratórios farmacêuticos e a mídia, representada pela imprensa e pela área de propaganda e publicidade.

Nesse campo de análise não é mais a saúde a principal motivação para a busca do combate à obesidade, e sim o estigma de ser ou parecer gordo. O padrão de beleza adotado nas sociedades ocidentais contemporâneas é o corpo magro, esbelto e, preferencialmente, firme. Não bastasse o discurso da saúde para empurrar as pessoas para o processo de medicalização, as imagens publicitárias, novelas, programas de TV, reportagens em revistas e jornais também estimulam os indivíduos a participarem desse processo, ao não se identificarem com esses corpos perfeitos. Entretanto, o que esses veículos vendem são ilusões de que esses corpos de modelos e atrizes são possíveis, quando raras vezes o são.

O capítulo 3 mostrou que também é relativamente ilusório o mundo dos tratamentos para a obesidade. Tanto os medicamentos como a cirurgia de estômago – último recurso para perda e manutenção do peso, recomendada para casos de obesidade severa – não são garantia de que se obterá o corpo magro desejado. Desejo antigo, pois desde o final do século XIX as mulheres recorrem a práticas embelezadoras para diminuir suas formas. E esse desejo que não é apenas individual, é determinado socialmente, controlado pela sociedade. Há uma forte pressão da sociedade para que os indivíduos tomem atitudes individuais para controlar seu peso. Aqueles que fracassam nessa missão, são impulsionados para comportamentos anti-sociais, para a depressão e possíveis doenças decorrentes da não-aceitação de seu corpo e sua identidade, como a anorexia nervosa ou a bulimia.

O fracasso na contenção da obesidade poderia significar um abalo no sistema de controle social, que no processo de medicalização se concentra no profissional médico. Mas ao contrário disso, mesmo a medicina apresentando poucos resultados no tratamento de uma ampla gama de condições e acarretar uma série de efeitos colaterais, a autoridade desse profissional não tem se abalado. A cada dia surgem novas especialidades médicas e um número cada vez maior de comportamentos ou problemas sociais são incorporados pela medicina na busca de solução.

Essa autoridade do profissional médico na relação com o paciente deriva do conhecimento que o primeiro tem sobre o problema que o segundo vive, mas também de um *status* privilegiado de cientista que o médico incorpora. Não se trata apenas do conhecimento que o médico possa ter sobre o problema do paciente, sobre o corpo dos indivíduos com os quais lida, mas sim de um conhecimento da natureza, que lhes dá credenciais para controlar hábitos e comportamentos sociais, como nos processos da obesidade, da reposição hormonal, do parto, exemplos de condição física ou comportamentos que passaram para o domínio médico. Nesse sentido, o corpo da mulher tem sido mais susceptível na medida em que a profissão médica vai tomando cada vez mais controle sobre áreas da saúde feminina, mesmo naquelas em que as mulheres tinham pleno domínio, como a menarca, a gravidez e o parto.

Apesar de o profissional médico deter um lugar de destaque nesse processo de medicalização da obesidade, o controle social é dividido com outros atores. Os laboratórios farmacêuticos exercem uma forte influência na definição da doença/epidemia, assim como o índice de massa corporal – um instrumento tecnológico – também exerceu um papel relevante

nesse processo, por ser a medida que define a condição dos sujeitos em relação ao seu peso: subnutrido, normal, obeso ou obeso grave, mórbido, severo. A adoção do IMC representou um papel importante na determinação da epidemia.

A indústria farmacêutica ajuda a legitimar a autoridade do médico, ao mesmo tempo em que disputa com ele o controle sobre o processo de medicalização. Mesmo com a possibilidade de divulgar seus produtos diretamente para os pacientes-consumidores, a indústria precisa do profissional médico, pois é ele quem vai prescrever os medicamentos para o doente. Ou seja, a indústria necessita da autoridade médica para legitimar sua própria atuação no processo de medicalização. Ao mesmo tempo, o médico também se beneficia das novas descobertas vindas dessa indústria, que o auxiliam a concretizar seu papel na relação da saúde-doença, que é o de prover a solução para os problemas apresentados pelo paciente.

Por último, mas não menos importante, destaca-se a imprensa como mais um ator de destaque nesse processo de medicalização da obesidade analisado nesta tese. A imprensa, ou o jornalismo, compactua com esse processo na medida em que divulga o discurso médico, priorizando o tom fatalista de epidemia. Além disso, reforça o estigma da obesidade publicando matérias que exaltam a magreza, que tratam de dietas e outros procedimentos para emagrecer com resultados promissores alcançados por algumas pessoas, principalmente celebridades. Para aquele que não consegue alcançar os resultados divulgados, fica o sentimento de fracasso, de fraqueza moral, que é geralmente atribuído ao estigmatizado.

A imprensa exerce influência sobre seu público e quando trata de assuntos ligados à saúde esse poder se intensifica. O interesse do público por temas ligados à ciência e principalmente à medicina e saúde é grande, como mostram pesquisas de percepção pública da ciência – 35% no estado de São Paulo e 60% no Brasil todo. Um considerável número de pessoas se atualiza sobre esses temas apenas por intermédio da imprensa. Interessante observar que nesse contexto não estão apenas os leigos, mas os próprios cientistas que utilizam a imprensa como importante ferramenta de pesquisa.

Todas essas questões – ressaltadas nessas breves conclusões a partir dos capítulos que compõem esta tese – constituíram parte do referencial para a análise do *corpus* da pesquisa empírica empreendida aqui. Foram 305 matérias – ou 563 unidades jornalísticas – que abordaram

o tema obesidade, sob diferentes aspectos no período de janeiro de 1998 a dezembro de 2008. A metodologia usada foi a da análise de conteúdo, que combina análise quantitativa e qualitativa. Foram analisados alguns aspectos mais específicos da comunicação social, como a definição da matéria no jornal e outras focalizadas no tema do trabalho: o processo de medicalização da obesidade e a construção social da epidemia da obesidade.

Do jornal *Folha de S. Paulo*, a editoria privilegiada para a publicação das matérias foi o caderno Cotidiano (41%), o que significa uma abordagem mais comportamental, que procura chamar a atenção do leitor para questões ligadas ao seu dia-a-dia. Em segundo lugar, a editoria de Ciência publicou 16% das matérias sobre o tema. Em ambas, a grande maioria das fontes entrevistadas para tratar do assunto foram médicos e cientistas da área da saúde, garantindo um lugar de destaque para esses profissionais como autoridade máxima para decidir sobre os rumos a respeito da vida, da saúde e dos corpos dos indivíduos.

Ao longo do período coberto pelas matérias analisadas, alguns fatos marcaram o processo de medicalização. Temas como aconselhamento de tratamentos a base de medicamentos ou apenas dietas e exercícios físicos, por exemplo, estiveram presentes em todos os anos estudados. Pesquisas que associam a obesidade a outras doenças também foram amplamente divulgadas, assim como pesquisas que tentam descobrir as causas da obesidade.

Matérias que destacaram o lançamento de medicamentos considerados revolucionários para o controle da obesidade tiveram destaque em 1998, com a entrada dos medicamentos Sibutramina e Xenical no mercado e, em 2007, com o lançamento do Acomplia. Este ganhou destaque no noticiário, primeiro pela sua entrada no mercado, com a promessa de combater a obesidade, diabetes e colesterol, e, em seguida, no mesmo ano, devido aos riscos de depressão, ansiedade e suicídio associados ao medicamento, que levaram à suspensão da comercialização.

Em 1999, o aumento dos casos de obesidade mórbida no Brasil foram amplamente divulgados, e no ano seguinte, a cirurgia de estômago foi aprovada como procedimento a ser realizado pelo Sistema Único de Saúde. Nos anos seguintes, ainda foram publicadas várias matérias que tratavam das filas de espera para a realização da cirurgia e da importância da sua realização nesses casos de obesidade severa, frente aos riscos de morte que a doença impõe.

Ao longo do trabalho foi possível confirmar as hipóteses formuladas. De fato, a *Folha de S. Paulo* divulgou o tema com constância e coerência de enfoque que indicam esforço para convencer o leitor de que a epidemia é uma realidade, um fato inquestionável, segundo a opinião das autoridades científicas e médicas. Foi possível confirmar também que a obesidade é vista e tratada pelo periódico como doença/epidemia, mesmo que o veículo trate de aspectos variados sobre a questão – causas, conseqüências (efeitos físicos, psicológicos, econômicos), tratamentos, pesquisas, novos medicamentos, mercado. As fontes procuradas para tratar do tema pertencem às mesmas áreas científicas, permanecendo no âmbito das ciências da saúde, enfatizando, desta forma, o discurso predominante, que reforça a autoridade do campo científico da medicina, reafirmando a legitimidade da autoridade médica para tratar do assunto obesidade.

Embora o jornal tenha apresentado em algumas matérias uma visão que pode ser considerada como crítica à medicalização e todo o arcabouço que caracteriza esse processo, essas matérias foram minoria na amostra analisada no estudo.

Espera-se que este trabalho abra novas possibilidades de pesquisas no campo da medicalização da sociedade no Brasil. Seguindo o próprio tema da medicalização da obesidade, é possível ampliar a pesquisa fazendo comparações com outros veículos de comunicação, com peças publicitárias e utilização de imagens. Outra idéia atraente é a possibilidade de traçar comparações com outras epidemias amplamente repercutidas na imprensa que, assim como a obesidade, ganham os noticiários do mundo todo.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALLENDER, S., RAYNER, M. The burden of overweight and obesity-related ill health in the UK. *Obesity Reviews*, 8: 467-473.

ALMEIDA, R.J. *Corpo, gastroplastia e reconstrução identitária em mulheres na cidade de Goiânia*. Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Faculdade de Ciências Humanas e Filosofia da Universidade Federal de Goiás, 2005.

ALMEIDA, S.S.; NASCIMENTO, P.C.; BOLZAN, T.C. Quantidade e qualidade de produtos alimentícios anunciados na televisão brasileira. *Rev Saúde Pública* 36(3):353-5, 2002.

ÁLVAREZ-DARDET, C. *et al.*, *PorGrow: Spain national report*, 2006.

AMORIM, L.H.; MASSARANI, L. Jornalismo científico: um estudo de caso de três jornais brasileiros. *R.B.E.C.T*, v. 1, n.1, pp. 73-84, jan/abr, 2008.

ANARUMA, S.M. *Encontro com o corpo: um programa de intervenção psicológica para o atendimento de pessoas com excesso de peso*. Tese. FCM/Unicamp, 1995.

ANJOS, L. A. Índice de massa corporal (massa corporal.estatura-2) como indicador do estado nutricional de adultos: revisão da literatura. *Rev. Saúde Pública*, v.26 no.6, pp. 431-6, 1992.

ANVISA muda regra e farmácias só poderão ter remédios atrás do balcão. *O Globo*, 18 de agosto de 2009.

ARRUDA, H.O., VIEIRA-FILHO, J.P.B., ORTIZ, V., SROUGI, M. PSA e medidas antropométricas em índios da Amazônia: avaliação da comunidade Parkatejê. *Rev. Saúde Pública* vol.37 no.5 São Paulo Oct. 2003.

BALKAU, B. *et al.* International Day for the Evaluation of Abdominal Obesity (IDEA): a study of waist circumference, cardiovascular disease and diabetes mellitus in 168.000 primary care patients in 63 countries. *Circulation*, 116: 1942-1951, 2007.

BANCO de Alimentos, 2004. Disponível em:
<http://www.bancodealimentos.org.br/por/index.htm>. Acessado em 17 de novembro de 2006.

BARATA, G.F. *A primeira década da Aids no Brasil: o Fantástico apresenta a doença ao público* (1983-1992). Dissertação de mestrado. Pós-Graduação em História Social - USP, 2006.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARROS, J. A. C. *Políticas farmacêuticas: a serviço dos interesses da saúde?* Brasília: UNESCO, 2004. 272 p.

BAUER, M. Análise de conteúdo clássica: uma revisão In: BAUER, M.W. e GASKELL, G. Pesquisa Qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. São Paulo: 7.a Ed. Editora Vozes, 2008.

BELDA, F.R. Alimentos *transgênicos e imprensa: um estudo do discurso jornalístico de divulgação científica*. Dissertação. ECA/USP, 2003.

BOERO, Natalie. All the news that's fat to print: the American "obesity epidemic" and the Media, *Qualitative Sociology*, 2003.

BORG, P., Fogelholm, M. *PorGrow: Finish national report*, 2006.

BORGES; C.R.; KÖHLER, M.L.K.; LEITE, M.L. *et al.* Influência da televisão na prevalência de obesidade infantil em Ponta Grossa, Paraná. *Cienc Cuid Saude*, 6(3):305-311, 2007.

BOURDIEU, P. *Sobre a televisão*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores, 1997.

BRASIL/IBGE. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003: primeiros resultados: Brasil e grandes regiões / IBGE, Coordenação de Índices e Preços. Rio de Janeiro: IBGE, 2004.

Disponível em:

<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/pof/2002/pof2002.pdf> -

Acessado em 6 de setembro de 2006.

BRASIL/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Alimentação e Nutrição* – 2. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/nutricao/politica.php>. Acessado em 8 de setembro de 2006.

BRASIL/ Ministério da Saúde. BARRETO, S.M. *Análise da Estratégia Global para alimentação saudável, atividade física e saúde*. Documento realizado pelo Grupo técnico assessor instituído pela Portaria do Ministério da Saúde nº 596, de 8 de abril de 2004, 2004b.

BRASIL/Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância Sanitária/Secretaria de Atenção à Saúde/ Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. *Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003*. INCA, 2004c. Disponível em:

<http://www.inca.gov.br/inquerito/> Acessado em 18 de novembro de 2006.

BRASIL/Ministério da Saúde. Política de Alimentação e Nutrição. *Guia alimentar para a população brasileira: Promovendo a alimentação saudável*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL/ Ministério da Saúde. *Vigitel 2006 – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico*, 2007.

BRASIL/ Ministério da Saúde. *Vigitel 2007 – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico*, 2008.

- BRASIL/ Ministério da Saúde. *Vigitel 2008 – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico*, 2009.
- BROWN, P., BENTLEY-CONDIT, V.K. Culture, evolution, and obesity. In: Bray, G.A., Bouchard, C., James, W.P.T. (edts), *Handbook of obesity*, New York: Marcel Dekker, 1998.
- BUCCHI, M, MAZZOLINI, R. Big Science, little news: science coverage in the Italian daily press, 1946-1997. *Public Understanding of Science*, v.12, p. 7-24, 2003.
- BUCHALLA, A.P. O preço da gordura, *Revista Veja on-line*, Edição 1797, 2003. Acessado em 31 de outubro de 2007. Disponível em: http://veja.abril.com.br/090403/p_102.html.
- BURKETT, W. *Jornalismo científico: como escrever sobre ciência, medicina e alta tecnologia para os meios de comunicação*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1986.
- CABRERA, M.A.S.; JACOB-FILHO, W. Obesidade em Idosos: Prevalência, Distribuição e Associação Com Hábitos e Co-Morbididades. *Arq Bras Endocrinol Metab* vol.45 no.5 São Paulo Oct. 2001.
- CAHNMAN, W. J.. The stigma of obesity, *The Sociological Quarterly*, v. 9, no. 3, pp. 283-299, 1968.
- CAMPOS, P. *The obesity myth: Why America's obsession with weight is hazardous to your health*. New York: Penguin Group, 2004.
- CAMPOS, G.W.; BARROS, R.B.; CASTRO, A.M., Avaliação de política nacional de promoção da saúde. *Ciênc. saúde coletiva* v.9 n.3 Rio de Janeiro jul./set. 2004.
- CARNEIRO, V. G. *A Influência da mídia na obesidade de crianças e adolescentes*, Monografia. Faculdade de Educação Física – Unaerp, 2007.
- CARVALHO, M.M. *Obesidade e pobreza na imprensa: epidemiologia de uma questão social*. Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Comunicação e Cultura, Escola de Comunicação, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2007.
- CARVALHEIRO, J.R. Epidemias em escala mundial e no Brasil. *Estudos Avançados*, 22 (64), 2008.
- CASTRO, A.L. *Culto ao corpo e sociedade: mídia, cultura de consumo e estilos de vida*. Tese de doutorado apresentada ao Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Unicamp, 2001.
- CAVALCANTE, G. *A visão da obesidade em uma escola do Rio de Janeiro*. Dissertação (Mestrado em Estudos Interdisciplinares de Comunidades e Ecologia Social), UFRJ, 2007.
- CAVALCANTI, A.C., MELO, A.M.C.A. Mídia, comportamento alimentar e obesidade na infância e na adolescência: uma revisão. *Rev Bras Nutr Clin*; 23 (3): 199-203, 2008.

CITELI, M.T. Saúde reprodutiva: mídia, ciência e humanidades. In: OLIVEIRA, M. C., ROCHA, M. I. B. (orgs.) *Saúde reprodutiva na esfera pública e política na América Latina*. Campinas: Ed. da Unicamp, 2001a.

CITELI, M. T. Mídia e ciência: fontes e fronteiras. In: MELO, J.M. *Mídia e Saúde*. Adamantina: Unesco/Umesp/FAI, 2001b.

CODRINGTON, C. et al. *PorGrow: Greek national report*, 2006.

COITINHO, D. C.; MONTEIRO, C. A.; POPKIN, B. M. What Brazil is Doing to Promote Healthy Diets and Active Lifestyles. *Public Health Nutrition*, v. 5, n. 1A, p. 263-267, 2002.

COLLUCCI, C. Número de plásticas de mama ultrapassa o de lipoaspirações no Brasil. *Folha de S. Paulo*, 13 de fevereiro de 2009.

COMEÇAM a valer novas regras para publicidade de medicamentos, *Site G1*. Disponível em <http://g1.globo.com/Noticias/Brasil/0,,MUL1195839-5598,00-COMECAM+A+VALER+NOVAS+REGRAS+PARA+PUBLICIDADE+DE+MEDICAMENTOS.html>. Acessado em 24/08/2009.

CONDE, W.L., MONTEIRO, C.A., Mais peso na base da pirâmide social. *Revista Scientific American Brasil*, Especial: Alimentos, Saúde, Nutrição. Outubro, 2007. pp. 88-92.

CONRAD, P., *The medicalization of society: On the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2007.

_____. Medicalization and social control. *Annual Review of Sociology*, v. 18, pp. 209-232, 1992.

COUTINHO, M. e LUCATELLI, M. Produção científica em nutrição e percepção pública da fome e alimentação no Brasil. *Rev. de Saúde Pública*, vol. 40 (N. Esp): 86-92, 2006.

COUTINHO, W.F. *Etiologia e fisiologia da obesidade*, 2007. Disponível em: www.abeso.org.br/.../Etiologia%20e%20Fisiopatologia%20-%20Walmir%20Coutinho.pdf. Acesso em 31/10/2009.

_____. The first decade of sibutramine and orlistat: a reappraisal of their expanding roles in the treatment of obesity and associated conditions. *Arq. Bras. Endocrinol Metab*, 53-2, pp. 262-270, 2009.

_____, 'Tratar obeso com hormônio é aberração'. *Folha de S. Paulo*, 27 de junho de 2002. Entrevista concedida a free-lance.

CRIPA, M.L. *A cobertura da Educação no jornal Folha de S. Paulo: uma análise comparativa dos anos 1973 e 2002*. Dissertação. ECA/USP, 2007.

DE MARCHI et al. *PorGrow: Italian national report*, 2006.

DOAK, C.M., ADAIR, L.S., MONTEIRO, C.A., POPKIN, B.M., Overweight coexist within households in Brazil, China and Russia. *The Journal of Nutrition*, 130 (12): 2965-2971, 2000.

DOU – Diário Oficial da União. Disponível em:
<http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=78&data=18/08/2009>.
Acesso em 24/08/2009.

DUKAN, P. *Eu não consigo emagrecer – A verdadeira dieta francesa*. Rio de Janeiro: Ediouro, 2008.

EDMONDS, A. No universo da beleza: notas de campo sobre cirurgia plástica no Rio de Janeiro. In: GOLDENBERG, M. (org.) *Nu & Vestido: dez antropólogos revelam a cultura do corpo carioca*. Rio de Janeiro Record, 2002.

FAGUNDES *et al.* Análise bioética da propaganda e publicidade de medicamentos. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.12, n. 1, pp. 221-229, 2007.

FANDIÑO, J. R.; BENCHIMOL, A.K.; COUTINHO, W.F.; APPOLINÁRIO, J. C. Cirurgia Bariátrica: aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos *Psiquiatr. RS*, 26(1): 47-51, jan./abr. 2004.

FDA – Food and Drug Administration. Risks for ADHD Drugs Outlined in Patient Guides, Press-release, s/p, February 21, 2007. Disponível em:
<http://www.fda.gov/NewsEvents/Newsroom/PressAnnouncements/2007/ucm108849.htm>. Acesso em: 27/07/2009.

FELIPPE, F.M. O peso social da obesidade. *Revista Virtual Textos & Contextos*, nº 2, pp. 1-12, dez. 2003.

_____ ; ALVES, B.; HERMANN, G.; FRIEDMAN, R.; TESCHE, C.; SURITA, L. . *Obesidade e Midia: o lado sutil da informação*. In: III Jornada Internacional e I Conferência Brasileira sobre Representações Sociais, 2003, Rio de Janeiro. III Jornada Internacional e I Conferência Brasileira sobre Representações Sociais. Rio de Janeiro : Observatório de pesquisa e Estudos em Memória e RS-UFRJ, v. 1. p. 133, 2003.

_____ ; SANTOS, A.M, Novas demandas profissionais: obesidade em foco. *Revista da ADPPURS*, n.5, 2004. pp 63-70.

FILOZOF *et al.* Obesity prevalence and trends in Latin-American countries. *Obesity Reviews*, vol. 2, 99-106, 2001.

FINKELSTEIN, E.A.; Fiebelkorn, I.C.; Wang, G. National medical spending attributable to overweight and obesity: how much, and who's paying? *Health Aff (Millwood)*. Jan-Jun;Suppl Web Exclusives:W3-219-26, 2003.

FISCHLER, Claude, Obeso benigno, obeso maligno. In: Sant´Anna, Denise Bernuzzi (org.) *Políticas do Corpo*. São Paulo: Estação Liberdade, 1995.

FLEGAL, K. *et al.*, Excess deaths associated with overweight and obesity, underweight and obesity, *JAMA*, v. 293, n.15 pp.1861-1867, 2005.

FOLHA DE S. PAULO. *Manual da redação*. Vários colaboradores. São Paulo: Publifolha, 2006.

FRANÇA, Anna Lucia, Emergentes mudam a geografia da indústria farmacêutica. *Gazeta Mercantil*, 19/05/2009. Disponível em:
<http://www.febrafarma.org.br/index.php?area=cf&secao=clip&modulo=clipping&id=9259>. Acesso em 13/07/3009.

FREIDSON, E. *Profissão médica: um estudo de sociologia do conhecimento aplicado*. São Paulo: Unesp, 2009.

FRIEDMAN, J.M. Causes and control of excess body fat. *Nature*. v. 459, pp 340-342, 21 May 2009.

GARBIN, H.B.R; PEREIRA NETO, A.F.; GUILAM, M.C.R.A Internet, o paciente expert e a prática médica: uma análise bibliográfica, *Interface* (Botucatu) v.12 n.26 Botucatu jul./set. 2008.

GARCIA, R.D. Reflexos da globalização na cultura alimentar: considerações sobre as mudanças na alimentação urbana. *Rev. Nutr.*, Campinas, 16(4):483-492, out./dez., 2003.

GARRIDO JUNIOR, A.B. Cirurgia em Obesos Móbidos: experiência pessoal. *Arq. Bras. Endocrinol. Metab.* Vol 44 nº 1 Fevereiro 2000. pp 106-110.

GIGANTE, D., BARROS, F.C., POST, C.L.A, OLINTO, M.T.A. Prevalência de obesidade em adultos e seus fatores de risco. *Rev. Saúde Pública*, 31 (3): 236-46, 1997.

GILBERT, A.C.B.; CARDOSO, M.H.C.A.; WUILLAUME, S.M. Mulher, Medicina e tecnologia nos discursos de residentes em obstetrícia/ginecologia. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22 (5): 941-950, mai, 2006.

GOFFMAN, E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978.

GOLDENBERG, M.; RAMOS, A civilização das formas: o corpo como valor. In: GOLDENBERG, M. (org.) *Nu & Vestido: dez antropólogos revelam a cultura do corpo carioca*. Rio de Janeiro Record, 2002.

GOMES, M.H.J. O estudo científico das diferenças interindividuais. *Psicopedagogia Online - Educação e Saúde*. s/d. Disponível em:
<http://www.psicopedagogia.com.br/artigos/artigo.asp?entrID=226>. Acesso em 15/ago/2009.

GORDOS exageros. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, Opinião, P. A2, 11 de agosto de 2003.

GUGELMIN, S.A.; SANTOS, R.V. Uso do Índice de Massa Corporal na avaliação do estado nutricional de adultos indígenas Xavante, Terra Indígena Sangradouro-Volta Grande, Mato Grosso, Brasil. *Cad. Saúde Pública* vol.22 n.9, Rio de Janeiro Sept. 2006.

GUIMARÃES, R., Pesquisa em saúde no Brasil: contexto e desafios. *Revista de Saúde Pública*. V. 40. Número especial, 2006.

- HARAWAY, D. “Gênero” para um dicionário marxista: a política sexual de uma palavra. *Cadernos Pagu*, n. 22, pp. 201-246, 2004.
- HILL, J.O.; PETERS, J.C. Environmental Contributions to the obesity epidemic. *Science*, VOL. 280, 29 MAY 1998.
- HOLDSWORTH, M. *et al. Stakeholder views on policy options for responding to the growing challenge from obesity in France: Findings from the PorGrow project*, 2006.
- HOLT, R. I. G. Obesity – an epidemic of the twenty-first century: an update for psychiatrists. *Journal of Psychopharmacology*, 19 (6) Supplement, p. 6-15, 2005.
- ILLICH, I. *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina*. São Paulo: Nova Fronteira, 1981.
- INSTITUTO GALLUP. *O que o brasileiro pensa da ciência e da tecnologia?* Relatório. Rio de Janeiro, 1987. Mimeografado. Disponível em: http://semanact.mct.gov.br/upd_blob/0000/126.pdf
- JAMES, W.P. T. The epidemiology of obesity: the size of the problem. *Journal of Internal Medicine*, n. 263; pp. 336-352, 2008.
- KATZMARZYK, P.T. The Canadian obesity epidemic, 1985–1998, *CMAJ*, 166 (8) 1039-1040, 2002.
- KEHELLER, S.; WILSON, D. Suddenly sick: the hidden big business behind your doctor’s diagnosis, *Seattle Times*, Special reprint of a series published. 30 jun de 2005.
- KOTTKE, T.E., WU, L.A., HOFFMAN, R.S. Economic and Psychological Implications of the Obesity Epidemic. *Mayo Clin Proc.*, 78:92-94, 2003.
- KWAN, S. Framing the fat body: contested meanings between government, activists, and industry. *Sociological Inquiry*, v. 79, n. 1, pp. 25-50, Fev 2009.
- LAWRENCE, R.G. Framing obesity: the evolution of news discourse on a public health issue. *Press / Politics*, v.9 n.3 p.56-75, 2004.
- LEÃO, M.; CARVALHO, M. F. Tabela Brasileira de Composição de Alimentos: uma contribuição do setor saúde para a promoção da segurança alimentar e nutricional no Brasil. In: Salay, Elisabeth (org.), *Composição de alimentos: uma abordagem multidisciplinar*. Campinas, SP: Núcleo de Estudos e Pesquisas em Alimentação, 2005.
- LESSA, I. Obesidade. In: Lessa, I. (org.) *O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis*. Editora Hucitec, 1998.
- LIPOVETSKY, G. *A terceira mulher: permanência e revolução do feminino*. São Paulo: Companhia das Letras, 1997.
- LIVINGSTON, E.H; KO, C. Y. Socioeconomic characteristics of the population eligible for obesity surgery. *Surgery*, v. 135, n.3, p. 288-294, 2004.

LOBSTEIN, T. *et al.* *Policy option for responding to obesity: UK national report of the PorGrow project*, 2006.

LOBSTEIN, T.; Millstone, E. Context for the PorGrow study: Europe's obesity crisis. *Obesity Reviews*, 8 (Suppl.2): 7-16, 2007.

LONGLEY, R. Medicare Revises Obesity Coverage Policy. *About.com*. Disponível em <http://usgovinfo.about.com/od/olderamericans/a/obesitypolicy.htm>. Acessado em: 24/08/09.

LOPES, A.D; BUCHALLA, A.P.; MAGALHÃES, N. Um raio X da saúde. *Revista Veja on-line*, Edição 2050, 5 de março de 2008.

LOPEZ, M. *Cómo se fabrican las noticias: fuentes, selección y planificación*. Espanha: Paidós Ibérica, 1995.

LUCHESE, P. *Introdução: Políticas Públicas em Saúde*. BVS Saúde Pública Brasil e [BIREME/OPAS/OMS](http://itd.bvs.br/itd-mod/public/scripts/php/page_show_introduction.php?lang=pt&menuId=2&subject=healthPolicies&search=($)*(introduction/(channel))), 2004. Disponível em: [http://itd.bvs.br/itd-mod/public/scripts/php/page_show_introduction.php?lang=pt&menuId=2&subject=healthPolicies&search=\(\\$\)*\(introduction/\(channel\)\)](http://itd.bvs.br/itd-mod/public/scripts/php/page_show_introduction.php?lang=pt&menuId=2&subject=healthPolicies&search=($)*(introduction/(channel)))). Acessado em: 10 de setembro de 2008.

LUIZ, A.M.A.G. *et al.* Depressão, ansiedade e competência social em crianças obesas. *Estudos de Psicologia*, 10(1), 35-39, 2005.

LUIZ, O. C. *Ciência e risco à saúde nos jornais diários*. São Paulo: Annablume, 2006.

LUPTON, D. Foucault and the medicalization critique. In: Petersen, A. and Bunton, R. (Eds) *Foucault, health and medicine*. New York: Routledge, 1997.

MAITENA, Mulheres alteradas 3. São Paulo: Ed. Rocco, 2003, 82 p.

MALYSSE, Stéphane. Em busca dos (H)alteres-ego: olhares franceses nos bastidores da corpolatria carioca. In: GOLDENBERG, M. (org.) *Nu & Vestido: dez antropólogos revelam a cultura do corpo carioca*. Rio de Janeiro: Record, 2002.

MANCINI, M. C.; HALPERN, A. Tratamento farmacológico da obesidade. *Arq Bras Endocrinol Metab*, v. 46, n. 5, outubro 2002.

MANICA, D.T., *Supressão da menstruação - ginecologia e laboratórios farmacêuticos re-apresentando natureza e cultura*. Dissertação de mestrado, Departamento de Antropologia/Instituto de Filosofia e Ciências Humanas/Unicamp, 2003.

MARTINS, E. *Manual de Redação e Estilo de O Estado de S. Paulo*. São Paulo: O Estado de S. Paulo, 1997.

MEADOWS, A.J. *A comunicação científica*, Rio de Janeiro: Briquet de Lemos, 1998.

MEDEIROS, F.N.S. As páginas de ciência de *prestige papers* brasileiros na cobertura dos transgênicos em anos de 'hype' (1999-2000). *Revista Brasileira de Ciências da Comunicação*, vol. 30, n. 1, p. 71-93, jan./jun. 2007.

_____. *Transgênicos: a qualidade da informação nos jornais brasileiros*. Tese. Programa de Comunicação Social Universidade Metodista de São Paulo, 2004.

MÉDICOS sem fronteiras, s/d. *Desnutrição*. Disponível em: <http://www.msf.org.br/fome/adesnutricao.htm>. Acessado em 18 de novembro de 2006.

MENEZES, m.S.; HARADA, K.O.; ALVAREZ, G. Polineuropatia periférica dolorosa após cirurgia bariátrica. Relato de casos. *Rev. Bras. Anestesiol.*, 58(3): pp.252-259, 2008.

MERTON, R. K. *Sociologia, teoria e estrutura*. São Paulo, Mestre Jou, 1970, cap. 1.

_____. *La sociologia de la ciência 2*. Madrid, Alianza Editorial SA, 1977, cap. 11.

MÍDIA DADOS 2009. Relatórios anual publicados pelo Grupo de Mídia. São Paulo, 2009.

MILLSTONE, E.; LOBSTEIN, T.; STIRLING, A. *PorGrow - Policy Options for Responding to the Growing Challenge from Obesity*. Relatório final. UK: Universidade de Sussex, 2006.

MIOTTO, A.C.; OLIVEIRA, A.F. A influência da mídia nos hábitos alimentares de crianças de baixa renda do Projeto Nutrir. *Rev Paul Pediatría*, 24(2):115-20, 2006.

MOKDAD, A.H.; SERDULA, M.K.; DIETZ, W.H.; et al., The Spread of the Obesity Epidemic in the United States, 1991-1998. *JAMA*, Vol 282, No. 16 1519, October 27, 1999.

MOLINER, J.; RABUSKE, M.M. Fatores biopsicossociais envolvidos na decisão de realização da cirurgia bariátrica. *Psicologia e Prática*, 10(2), pp. 44-60, 2008.

MONTEIRO, C. A. A dimensão da pobreza, da fome e da desnutrição no Brasil. *Revista Estudos Avançados*, volume 9, Número 24, 1995.

_____, MOURA, E.C., CONDE, W.L., POPKIN, B.M., Socioeconomic status and obesity in adult populations of developing countries: a review. *Bulletin of the World Health Organization*, 82 (12), p. 940-946, December, 2004.

_____. A dimensão da pobreza, da fome e da desnutrição no Brasil. *Revista Estudos Avançados*, volume 17, Número 48, 2003. (revisão do artigo de 1995).

MONTEIRO, R.H. *Videografias do coração. Um estudo etnográfico do cateterismo cardíaco*. Tese. Pós-Graduação em Política Científica e Tecnológica/IG/Unicamp, 2001.

NATIONAL Institutes of Health / National Heart, Lung, and Blood Institute. *Clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults: the evidence report*, n. 98-4083, september 1998.

NELKIN, D. *Selling Science: How the Press Covers Science and Technology*, W.H. Freeman & Company; 1986.

NORONHA, J.C.; SOARES, L.T. A política de saúde no Brasil nos anos 90. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6 (2):445-450, 2001.

OBSERVATÓRIO da imprensa. Coluna Entre Aspas, 14/10/2008. Disponível em: <http://observatorio.ultimosegundo.ig.com.br/artigos.asp?cod=507ASP003>. Acesso em 23/09/2009.

OLIVEIRA, I.V. *Cirurgia bariátrica no âmbito do sistema único de saúde: tendências, custos e complicações*. Dissertação de mestrado. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2007.

OLIVEIRA, J.H.A.; YOSHIDA, E.M.P. Avaliação psicológica de obesos grau III: antes e depois da cirurgia bariátrica. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22(1), 12-19, 2009.

OLIVEIRA, T. R. P. R. *Abordagem da obesidade em adolescentes atendidos em serviço público de saúde: conceitos, dificuldades e expectativas dos pacientes e seus familiares*, Tese. Faculdade de Medicina – UFMG, 2008.

OMS/IOTF - International Association for the Study of Obesity, London – June 2007 - <http://www.ionf.org/database/documents/AdultEU27July08pdf.pdf>.

OMS – Organização Mundial da Saúde - Obesity and overweight: What are overweight and obesity? Fact sheet n°311, September 2006. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>. Acessado em: 10/05/2007.

OPAS/OMS, 2003. Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Organização Pan-Americana da Saúde – Brasília, 2003.

ORLANDI, E.P. Divulgação científica e efeito leitor: uma política social urbana. In: GUIMARÃES, E. (org) *Produção e circulação do conhecimento: estado, mídia, sociedade*. Campinas: Pontes Editores, 2001.

OUDESHOORN, N. *Beyond the natural body: an archaeology of Sex Hormones*. London: Routledge, 1994.

PAIM, J. S. Atenção à saúde no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde - *Saúde no Brasil: contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa* / Ministério da Saúde. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, p. 15-44, 2006.

PAREJA, J.C., PILLA, V.F., CALLEJAS-NETO, F.; COELHO-NETO, J.S. CHAIM, E.A.; MAGRO, D. O. Gastroplastia redutora com bypass gastrojejunal em Y-de-Roux: conversão para bypass gastrointestinal distal por perda insuficiente de peso – experiência em 41 pacientes. *Arq. Gastroenterol*, vol 42, n° 4, 2005.

PASTORE, K. Capriglione, L. O feitiço do tempo, Revista *Veja on-line*, 4 de fev. de 1998.

PHILIPSON, T., POSNER, R.A., *The long-run growth in obesity as a function of technological change*. Working Paper 7423. National Bureau of Economic Research, 1999.

PHYSICIANS Committee for Responsible Medicine. Atkins Diet Alert. *Site of the Physicians Committee for Responsible Medicine*. Disponível em: <http://www.atkinsdietalert.org/advisory.html#what>. Acessado em 08/06/2009.

PINHEIRO, A. R.O. *A promoção da alimentação saudável como instrumento de prevenção e combate ao sobrepeso e obesidade*. Relatório preparado para o Ministério da Saúde, 2003.

_____; CARVALHO, D.B.B. Estado e mercado: adversários ou aliados no processo de implementação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição? Elementos para um debate sobre medidas de regulamentação. *Saúde soc.* São Paulo, v. 17, nº 2, p. 170-183, 2008.

PINTO, M. Fontes jornalísticas: contributos para o mapeamento do campo. *Comunicação e Sociedade 2*, Cadernos do Noroeste, Série Comunicação, v. 14 (1-2), p. 277-294, 2000.

POLLAN, M. *Em defesa da comida: um manifesto*, Editora Intrínseca, 2008.

POPKIN, B.M., The nutrition transition and its health implications in lower-income countries. *Public Health Nutrition*, v. 1, n.1, pp 5-21, 1998.

_____. O mundo é redondo. *Revista Scientific American Brasil*, Especial: Alimentos, Saúde, Nutrição. Outubro, pp 58-65. 2007.

PÓVOA, L.C. Calorias são calorias? *Arq. Bras. Endocrinol e Metab.*, vol. 48, nº 2, abril 2004.

PORTAL Vencendo a Desnutrição. 2002. Disponível em: <http://www.desnutricao.org.br/home.htm>. Acessado em 20 de novembro de 2006.

PORTER, R. *Das tripas coração: uma breve história da medicina*. Rio de Janeiro: Record, 2002

PURDY, L. Medicalization, medical necessity, and feminist medicine. *Bioethics*, v. 15, n. 3, pp.248-260, 2001.

RAMIREZ-GALVEZ, M. *Novas tecnologias reprodutivas conceptivas: fabricando a vida, fabricando o futuro*. Tese de Doutorado em Ciências Sociais, apresentada ao Departamento de Antropologia do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas, 2003.

REIS, E. Reflexões leigas para a formulação de uma agenda de pesquisa em políticas públicas. *RBCS* V. 18 n. 51, pp. 11-14, 2003.

RIBEIRO, L.B. *Cirurgia Plástica estética em corpos femininos: a medicalização da diferença*. V Reunião de Antropologia do Mercosul: Antropologia em Perspectivas, 2003, Florianópolis. V Reunião de Antropologia do Mercosul: Antropologia em Perspectivas. Florianópolis : Universidade Federal de Santa Catarina, 2003. v. 1. p. 239-240.

- ROHDE, L.A. *et al.* Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade na infância e na adolescência: considerações clínicas e terapêuticas, *Rev. Psiq. Clin.* 31 (3); 124-131, 2004.
- ROHTER, L., *Deu no New York Times: O Brasil segundo a ótica de um Repórter do jornal mais influente do mundo.* Editora Objetiva, 2008. 416 p.
- ROMERO-CORRAL, A. *et al.* Association of bodyweight with total mortality and with cardiovascular events in coronary artery disease: a systematic review of cohort studies, *The Lancet*, Volume 368, Issue 9536, Pages 666 - 678, 19 August 2006.
- SALANT, T. SANTRY, H., Internet marketing of bariatric surgery: Contemporary trends in the medicalization of obesity. *Social Science & Medicine*, 62, 2445–2457, 2006.
- SALLOWICZ, M. Novas regras retiram remédios de venda livre das prateleiras. *Extra*. 9 de agosto de 2009.
- SANT´ANNA, D.B. Cuidados de si e embelezamento feminino: Fragmentos para uma historia do corpo no Brasil. (org.) In: SANT´ANNA, D.B. *Políticas do Corpo*, São Paulo: Estação Liberdade, pp. 121-139, 1995.
- SANTOS, A.M., Obesidade infantil e mídia: as ofertas da televisão alimentando a doença. *Contexto - Comunicação & Saúde - Revista Digital*, São Paulo, v. 1, n. 1, 2004.
- SAVAS, S.C., TORNARITIS, M. *PorGrow: Cyprus national report*, 2006.
- SAWAYA, A.L. *et al.* Os dois Brasis: quem são, onde estão e como vivem os pobres brasileiros. *Revista Estudos Avançados*, volume 17, Número 48, 2003.
- SEBEN, D. C., KEMMELMEIER, V.S. *Análise das representações sobre obesidade infantil na mídia.* 2006. Trabalho de Conclusão de Curso. (Graduação em Nutrição) - Faculdade Assis Gurgacz, 2006.
- SERRA, G.M.A., SANTOS, E.M. Saúde e mídia na construção da obesidade e do corpo perfeito. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(3):691-701, 2003.
- SICHERI, R. *Epidemiologia da obesidade.* Rio de Janeiro: UERJ, 1998, 146 p.
- SIGULEM, D. M., TADDEI, J. A. A. C., ESCRIVÃO, M. A. M. S., DEVINCENZI, M. U. Obesidade na infância e adolescência. *Revista Compacta - temas em Nutrição e Alimentação*, v. 2, n. 1, p. 5-18, 2001.
- SILVA, P.L.B. Serviços de saúde: o dilema do SUS na nova década. *São Paulo em Perspectiva*, 17 (1): 69-85, 2003.
- SIMÕES, D.; MENESES, R. F. Auto -Conceito em Crianças Com e Sem Obesidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20 (2), 246-251, 2007.

SITE do CDC – Centers for Disease Control and Prevention, do Departamento de Serviços de Saúde Humana, dos Estados Unidos. Acessado em setembro de 2007. Disponível em: http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/obesity/economic_consequences.htm

SNYDER, U. Obesity and Poverty. *Medscape Ob/Gyn & Women's Health* 9(1), 2004

SOCIEDADE Brasileira de Endocrinologia e Metabologia, Sobrepeso e Obesidade: Diagnóstico, 2004.

SOUSA, C. M.; SILVEIRA, T.S. *Ciência e tecnologia na mídia impressa paulista*. In: XXIV Congresso Brasileiro de Ciência da Comunicação, 2001, Cuiabá. Intercom, 2001 Anais, 2001.

SOUZA, Celina. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. *Sociologias*, Porto Alegre. Ano 3, nº 18, jul/dez 2006, p. 20-45.

STEIN, K. When Overweight and Obesity Become “Reality”, *Journal of the American Dietetic Association*, V. 107 N. 10, October 2007.

STENZEL, L. M.. *Obesidade: O peso da exclusão*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002. 124 p.

STUBER et al. Stigma, prejudice, discrimination and health. *Social Science & Medicine*. Volume 67, Issue 3, pp. 351-357 August 2008.

TESSER, C.D. Acolhimento e (des) medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, submetido em 2007, aguardando publicação. Disponível em: http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=2478

TESSER, C.D. Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.* V.10, n.20, p.347-62, jul/dez 2006.

VELHO, L.M. L. S. A ciência e seu público. *Transinformação*, v.9, n.3, p.15-32, set/dez, 1997.

VIGARELLO, G. *A história da beleza*. Ediouro, 2006.

VILHENA, Junia de ; NOVAES, J. V. ; ROCHA, L. Comendo, comendo e não se satisfazendo apenas uma questão cirúrgica? Obesidade mórbida e o culto ao corpo na sociedade contemporânea. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, v. 8, p. 379-406, 2008.

VOGT et al. Percepção pública da ciência: uma revisão metodológica e resultados para São Paulo. In: LANDI, R. (Org) *Indicadores de Ciência, Tecnologia e Inovação em São Paulo 2004*. São Paulo: Fapesp, 2005.

_____ Percepção pública da ciência e da tecnologia no Estado de São Paulo. In: SUZIGAN, W. (org) *Indicadores de Ciência, Tecnologia e Inovação em São Paulo 2008*. São Paulo: Fapesp, 2009. (no prelo).

WILDE, P., PETERMAN, JN, Individual weight change is associated with household food security status. *J. Nutr.* 136: 1395-1400, 2006.

World Health Organization. *Obesity and overweight*. Nota descritiva n°. 311 (setembro), 2006. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>. Acessado em 18 de novembro de 2006.

ZOLA, I.K. Medicine as an institution of social control. *Sociol. Rev.* 20, pp. 487-504, 1972.

Matérias que fizeram parte da amostra e foram citadas:

- ABRAMCZYK, Julio. Comemos mais do que pensamos. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, Cotidiano, c. 8. 24 de dez. 2006.
- ABRAMCZYK, Julio. Tendência à obesidade é constante. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, Cotidiano, C11, 19 de jun. 2005.
- ABRAMCZYK, Julio. Operação que reduz estômago faz perder peso, mas tem riscos. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, Cotidiano, C7, 20 de abr. 2003.
- OSÓRIO, Alexandra O. Novidades para os gordos. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, Revista da Folha, p. 24-25, 06 de set. 1998.
- ANGELO, Claudio. Indígenas têm tendência à obesidade. *Folha de S. Paulo*. Águas de Lindóia, p. A7, 22 de set. de 2000.
- ARRUDA, Antonio. Maioria emagrece com balão intragástrico. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, Equilíbrio, p. 4, 01 de jul. 2004.
- AVANCINI, Marta. Chega primeiro lote de Xenical ao Brasil. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, Cotidiano, p. 3, 23 de dez. 1998.
- BASSETTE, Fernanda. Após redução do estômago, 64% voltam a ser obesos. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, Cotidiano, C10, 17 de jul. 2005.
- BIANCARELLI, Aureliano. Cresce obesidade infanto-juvenil no país. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, Cotidiano, C1, 17 de nov. 2003.
- BIANCARELLI, Aureliano e Martins, Lucia. América Latina quer evitar o efeito "estufa" dos EUA. *Folha de S. Paulo*, Santiago do Chile/São Paulo, Cotidiano, p. 3-1, 26 de jul. 1998.
- BIANCARELLI, Aureliano. Melhor dieta é o "arroz com feijão". *Folha de S. Paulo*, São Paulo, Cotidiano, C8, 26 de out. 2003.
- BIANCARELLI, Aureliano e Lambert, Priscila. Saúde cria 'força-tarefa' contra o avanço da obesidade no país. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, Cotidiano, p. 3-8, 07 de fev. 1999.
- BIANCARELLI, Aureliano, Martins, L. Obesidade provoca uso indiscriminado de remédios criados para combatê-la. *Folha de S. Paulo*, Santiago do Chile/São Paulo, Cotidiano, p. 3., 26 de jul. 1998.
- BORGES, Danielle. 'Diabetes 2' é vilã para jovens obesos. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, Cotidiano, C6, 18 de jan. 2004.
- BOTELHO, Raquel. Açúcar foi usado primeiro como remédio. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, Suplemento Equilíbrio, p.2, 23 de dez de 2006.

BURROS, Marian. Estudo vê elo entre TV e crianças obesas. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, 8 de dez. de 2005.

BRUTON, F. Brinley. Reino Unido estuda taxar *fast food*. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, Mundo, p. A0, 07 de jun. 2004.

CANTANHÊDE, Eliane. Justiça impõe à AmBev restrição a propagandas de refrigerantes. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, Dinheiro, B4, 03 de dez. 2003.

CAPRIGLIONE, Laura. Sorvete impera na casa de criança obesa. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, Cotidiano, C6, 02 de dez. 2004.

CAPRIGLIONE, Laura. Obeso faz regime de engorda para emagrecer. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, Cotidiano, C1, 28 de nov. 2004.

CLEMENTE, Ana Tereza. Corpo em evidência. Entrevista concedida pela antropóloga Miriam Goldenberg. *Folha de S. Paulo*. São Paulo, Especial Dia da Mulher, 8 de março de 2005.

COLLUCCI, Cláudia. Propaganda de alimento alertará para risco de doença. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, Cotidiano, C4, 07 de jul. 2008.

COLLUCCI, Cláudia. Vetado nos EUA, remédio para obesos valerá no Brasil. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, Cotidiano, Especial C-4, 16 de jul. 2007.

COLLUCCI, Cláudia. Prevenção da obesidade deve vir desde o berço. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, Ilustrada, p. E1, 10 de set. 2006.

COLLUCCI, Cláudia e BASSETTE, Fernanda. Até crianças já sofrem redução de estômago. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, Cotidiano, C1, 01 de mai. 2005.

CONTE, Carla. Unifesp cria projeto contra obesidade. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, Cotidiano, p. 3-5, 19 de jun. 1999.

DIAS, Roberto. Questão da obesidade afeta aviação dos EUA. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, Mundo, 22 de junho de 2003.

DINIZ, Tatiana. Obeso diz sofrer preconceito do mercado. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, Empregos, p. 2, 29 de mai. 2005.

ELLIN, Abby. Acampamentos para jovens obesos se propagam nos EUA. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, 3 de jul. de 2005.

ESCÓSSIA, Fernanda da. No Brasil, obesidade mata 80 mil por ano. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, Cotidiano, p. 3-9, 08 de out. 1998.

FARABOTTI, Cyntia. Setor de alimentação light e diet abrange 600 empresas no país; faturamento anual atinge R\$ 1 bilhão. São Paulo. Caderno Tudo. *Folha de S. Paulo*, 23 jan. de 2000.

GALVÃO, Vinícius Q. Redução de estômago atrai jovens nos EUA. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, Mundo, A16, 24 de dez. 2006.

LAMBERT, Priscila. Histeria pró-dieta faz até ortopedista receitar Xenical. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, Cotidiano, p. 3-1, 12 de jan. 1999.

LAMBERT, Priscila. Histeria pró-dieta faz até ortopedista receitar Xenical. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, 12 de jan. de 2000.

LEITE, Fabiane. Movimento incentiva auto-estima de gordos e combate preconceitos. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, Cotidiano, C1, 21 de jan. 2005.

LEITE, Marcelo. Estudo nos EUA diz que pacientes que tomam a droga perdem em média apenas 2,95 kg a mais que os não medicados. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, Mundo, Seção: Ciência, 21 de jan. 1999.

KLEIN, Cristian. Médicos querem Rei Momo mais magro. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, p. C6, 12 de out. de 2000.

KOLATA, Gina. Pesquisador nega epidemia de obesidade. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, Mundo, A16, 20 de jun. 2004.

MARQUES, Jairo. Florianópolis proíbe doces nas escolas. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, Cotidiano, C5, 08 de ago. 2001.

MANTOVANI, Flávia. Trabalhadores da indústria estão acima do peso. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, Equilíbrio, p. 11, 23 de ago. 2007.

MANTOVANI, Flávia e Dávila, Marcos. Epidemia ou alarmismo? *Folha de S. Paulo*, São Paulo, Equilíbrio, p. 6-9, 30 de jun. 2005.

MAREGA, Marisa. Obeso perde 45 kg sem remédio e vira atleta. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, Equilíbrio, p. 9, 28 de ago. 2003.

MOHERDAUI, Bel. Sexy sob medida. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, Revista da Folha, Seção: No Sofá, p. 4-5, 17 de out. 1999.

NATALI, João B. Diminui obesidade feminina no Sudeste. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, Cotidiano, p. 3-6, 23 de mai. 1999.

OLIVEIRA, Ana Paula de. Obesidade mórbida leva jovens à cirurgia. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, Equilíbrio, p. 6-8, 27 de nov. 2003.

PINHO, Márcio. Pesquisa indica que 63% dos executivos têm 'barriga'. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, Cotidiano, C8, 20 de set. 2007.

PRUDENTE, Gustavo. Lei pode ajudar a mudar hábitos alimentares? *Folha de S. Paulo*, São Paulo, Suplemento Equilíbrio, p.6-8, 07 de ago. de 2003.

REUTERS. Índice de Massa Corporal é falho, afirma pesquisa. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, Ciência, A16, 18 de ago. 2006.

REUTERS. Obesidade é epidemia em países ricos. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, Mundo, A12, 30 de mai. 2001.

SILVA, Carlos Eduardo L. da. EUA debatem padrão de 'peso saudável'. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, Mundo, p. 1-14, 05 de jun. 1998.

SILVEIRA, Julliane. Milagre japonês. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, Suplemento Equilíbrio, p. 8, 06 set. 2007.

SIQUEIRA, Fausto. Estudo detecta obesidade infantil em Santos. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, Cotidiano, C4, 11 de jun. 2003.

SCHEINBERG, Gabriela. Obesidade mórbida 'explode' no Brasil'. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, Equilíbrio, p. 4, 18 de mai. 2000.

SOARES, Ronaldo. Brasil prepara campanha para conter epidemia de obesidade. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, Brasil, p. 1-4, 11 de out. 1999.

TÓFOLI, Daniela. Estudo avalia se vírus deixa obeso. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, Cotidiano, C1, 20 de ago. 2006.

YURI, Débora. O peso da cabeça. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, p. 10-15, 01 de fev. 2004.

COMITÊ aprova nova droga contra a obesidade. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, Cotidiano, C4, 22 de mai. 2005

ESTUDO vê elo entre TV e crianças obesas. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, Mundo, p. A25, 08 de dez. 2005.

HORMÔNIO cura obesidade de fundo genético. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, Ciência, p. A16, 10 de ago. 2007.

TUDO para Emagrecer. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, Opinião, p. A2, 03 de mar. 2006.

OBESOS e desnutridos se igualam. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, Mundo/Ciência, p. 1-12, 03 de mar. 2000.

PLANO público de saúde dos EUA vai cobrir tratamento contra obesidade. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, Mundo, A14, 17 de jun. 2004.

RECHONCHÉE. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, Revista da Folha, p. Especial-7, 12 de jun. 2005.

ANEXO

Tabela 10. Percentual de adultos (≥ 18 anos) com excesso de peso ($IMC \geq 25$ Kg/m² e obesidade ($IMC \geq 30$ Kg/m²), para 2006, por sexo, segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal*

Vigitel 2006	Masculino				Feminino			
	Excesso de peso		Obesidade		Excesso de peso		Obesidade	
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Aracaju	46,2	42,5-49,9	15,4	12,7-18,1	34,3	31,6-37,1	11,9	10,0-13,8
Belém	47,8	44,2-51,3	17,1	14,4-19,8	30,9	28,1-33,7	8,9	7,2-10,6
Belo Horizonte	43,3	39,7-46,8	9,6	7,5-11,5	31,4	28,6-34,1	7,9	6,3-9,5
Boa Vista	49,9	46,4-53,4	13,8	11,4-16,3	34,6	31,7-37,5	11,1	9,2-13,0
Campo Grande	49,4	45,8-53,0	11,6	9,3-13,9	36,7	33,9-39,6	11,7	9,8-13,6
Cuiabá	51,4	48,0-54,9	14,5	12,0-16,9	38,5	35,6-41,5	12,7	10,7-14,7
Curitiba	50,0	46,5-53,6	12,4	10,0-14,7	37,7	34,9-40,6	12,3	10,4-14,2
Florianópolis	48,5	45,1-52,0	9,1	7,1-11,1	32,2	29,4-35,0	10,7	8,9-12,6
Fortaleza	48,5	44,9-52,1	14,5	12,0-17,1	36,2	33,3-39,2	9,3	7,6-11,1
Goiânia	44,8	41,2-48,3	9,0	7,0-11,1	32,3	29,5-35,0	9,5	7,7-11,2
João Pessoa	46,7	43,2-50,3	15,7	13,1-18,3	37,8	34,8-40,7	12,2	10,2-14,2
Macapá	47,1	43,7-50,6	15,4	13,0-18,0	34,7	31,8-37,7	10,6	8,7-12,5
Maceió	44,4	41,8-47,9	12,6	10,2-14,9	36,2	33,3-39,1	14,0	11,9-16,1
Manaus	51,3	47,9-54,8	13,2	10,9-15,5	35,4	32,4-38,4	13,9	11,7-16,1
Natal	48,8	45,2-54,4	15,1	12,5-17,6	37,1	34,2-40,0	11,2	9,3-13,1
Palmas	46,2	42,8-49,5	10,0	8,0-12,0	24,9	22,3-27,6	7,5	5,9-9,1
Porto Alegre	54,2	50,6-54,9	11,3	8,9-13,6	42,4	39,7-45,2	13,8	11,8-15,7
Porto Velho	46,2	42,8-49,6	12,9	10,6-15,1	36,7	33,7-39,7	12,7	10,7-14,8
Recife	45,9	42,2-49,5	10,9	8,7-13,2	40,8	37,9-43,6	12,7	10,8-14,7
Rio Branco	45,2	41,7-48,8	11,6	9,4-13,9	43,1	40,0-46,2	11,1	9,1-13,0
Rio de Janeiro	52,6	49,0-56,3	11,9	9,5-14,2	44,4	41,5-47,3	13,1	11,1-15,1
Salvador	41,2	37,7-44,7	9,7	7,6-11,8	37,2	34,2-40,1	9,6	7,8-11,5
São Luís	37,2	33,8-40,7	8,2	6,2-10,2	31,0	28,1-33,8	9,3	7,5-11,1
São Paulo	45,8	42,2-49,3	9,7	7,6-11,8	42,8	39,9-45,7	12,1	10,2-14,1
Teresina	42,2	38,6-47,8	11,3	9,0-13,6	29,5	26,7-32,3	9,6	7,8-11,5
Vitória	45,5	41,9-49,1	11,1	8,9-13,4	31,9	29,1-34,7	9,8	8,0-11,6
Distrito Federal	48,1	44,6-51,6	10,5	8,3-12,6	31,6	29,0-34,3	9,6	7,9-11,3

Fonte: Ministério da Saúde, 2007.

*Percentual ponderado para ajustar a distribuição sócio-demográfica da amostra Vigitel à distribuição da população adulta da cidade no Censo Demográfico de 2000.

- IC95%: Intervalo de confiança de 95%

Tabela 11. Percentual de adultos (≥ 18 anos) com excesso de peso ($\text{IMC} \geq 25 \text{ Kg/m}^2$ e obesidade ($\text{IMC} \geq 30 \text{ Kg/m}^2$), para 2007, por sexo, segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal*

Vigitel 2007								
Capitais	Masculino				Feminino			
	Excesso de peso		Obesidade		Excesso de peso		Obesidade	
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Aracaju	41,6	35,7 - 47,5	10,1	7,0 - 13,3	34,0	29,6 - 38,4	12,1	8,9 - 15,3
Belém	49,8	44,5 - 55,2	16,1	12,6 - 19,5	33,8	29,4 - 38,2	9,9	7,4 - 12,5
Belo Horizonte	46,2	41,2 - 51,2	9,7	7,0 - 12,3	35,1	31,3 - 39,0	11,8	8,9 - 14,6
Boa Vista	47,8	41,9 - 53,6	13,0	9,2 - 16,8	34,3	29,3 - 39,4	11,5	8,2 - 14,8
Campo Grande	51,2	45,7 - 56,7	17,0	13,2 - 20,8	39,1	34,7 - 43,4	12,9	10,4 - 15,5
Cuiabá	57,0	52,1 - 61,9	14,2	11,3 - 17,2	42,2	37,4 - 47,0	14,8	10,2 - 19,4
Curitiba	49,8	45,3 - 54,4	12,9	10,3 - 15,6	40,3	36,4 - 44,2	14,3	11,2 - 17,4
Florianópolis	52,7	48,1 - 57,3	10,8	8,2 - 13,4	35,8	31,5 - 40,1	11,4	8,9 - 14,0
Fortaleza	50,3	44,0 - 56,6	15,9	11,9 - 19,8	39,4	35,1 - 43,8	13,5	10,2 - 16,8
Goiânia	45,7	40,8 - 50,6	11,7	9,0 - 14,5	33,2	29,1 - 37,2	10,1	7,8 - 12,3
João Pessoa	51,9	46,2 - 57,6	13,7	10,3 - 17,0	39,5	35,0 - 43,9	11,6	8,6 - 14,6
Macapá	49,8	44,0 - 55,6	19,5	15,1 - 23,9	33,5	28,9 - 38,0	12,2	9,6 - 14,9
Maceió	49,1	42,7 - 55,4	11,5	8,5 - 14,5	35,2	30,6 - 39,7	11,7	9,0 - 14,4
Manaus	49,4	44,6 - 54,3	12,3	9,6 - 14,9	37,2	32,6 - 41,8	11,5	9,0 - 13,9
Natal	50,4	44,6 - 56,1	15,4	11,3 - 19,4	38,2	34,1 - 42,3	10,9	8,5 - 13,3
Palmas	39,1	33,4 - 44,8	9,7	6,5 - 12,9	26,8	22,3 - 31,3	7,7	5,3 - 10,1
Porto Alegre	50,8	45,7 - 56,0	13,4	10,2 - 16,7	40,2	36,5 - 43,9	12,8	10,0 - 15,5
Porto Velho	47,0	41,6 - 52,5	14,5	10,9 - 18,0	39,3	34,2 - 44,4	14,7	11,2 - 18,1
Recife	45,7	40,0 - 51,4	11,4	8,6 - 14,2	40,1	35,9 - 44,3	11,3	8,7 - 13,9
Rio Branco	45,1	39,1 - 51,2	13,5	10,1 - 16,9	34,6	29,7 - 39,5	10,8	7,8 - 13,9
Rio de Janeiro	52,3	47,2 - 57,3	14,3	11,3 - 17,3	41,6	37,8 - 45,4	14,3	11,5 - 17,0
Salvador	42,4	37,3 - 47,4	10,9	7,5 - 14,2	35,0	31,0 - 39,1	13,7	10,9 - 16,6
São Luís	43,2	38,0 - 48,4	10,0	7,0 - 13,1	30,0	25,8 - 34,2	10,1	6,6 - 13,7
São Paulo	49,3	44,6 - 54,0	15,5	12,5 - 18,6	37,2	33,7 - 40,8	10,7	8,5 - 12,9
Teresina	43,9	38,5 - 49,4	12,3	8,1 - 16,4	35,6	30,6 - 40,6	10,4	7,4 - 13,4
Vitória	49,9	45,1 - 54,7	12,7	10,0 - 15,3	31,8	28,3 - 35,3	10,2	7,9 - 12,5
Distrito Federal	38,9	34,1 - 43,8	10,1	6,9 - 13,4	36,6	32,4 - 40,8	9,9	7,7 - 12,0

Fonte: Ministério da Saúde, 2008.

*Percentual ponderado para ajustar a distribuição sócio-demográfica da amostra Vigitel à distribuição da população adulta da cidade no Censo Demográfico de 2000.

- IC95%: Intervalo de confiança de 95%

Tabela 12. Percentual de adultos (≥ 18 anos) com excesso de peso ($\text{IMC} \geq 25 \text{ Kg/m}^2$ e obesidade ($\text{IMC} \geq 30 \text{ Kg/m}^2$), para 2008, por sexo, segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal*

Vigitel 2008									
Capitais	asculino				Feminino				
	Excesso de peso		Obesidade		Excesso de peso		Obesidade		
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	
Aracaju	43,0	36,9-49,2	11,2	8,3-14,1	41,0	36,1-45,9	16,3	12,5-20,1	
Belém	52,1	47,1-57,1	12,6	9,5-15,8	40,3	35,1-45,5	12,6	9,4-15,7	
Belo Horizonte	46,5	41,6-51,4	11,3	8,0-14,6	41,5	35,8-47,2	12,9	9,9-16,0	
Boa Vista	48,1	41,7-54,5	16,6	10,0-23,1	43,3	37,6-49,1	13,2	9,9-16,5	
Campo Grande	54,6	49,2-60,0	14,1	10,9-17,2	41,2	36,7-45,7	13,7	11,0-16,3	
Cuiabá	51,8	46,2-57,4	14,6	11,3-17,8	44,8	40,5-49,1	13,6	10,6-16,7	
Curitiba	48,9	44,2-53,6	13,4	10,6-16,3	44,7	40,6-48,9	14,7	11,5-17,9	
Florianópolis	48,3	43,7-52,9	13,5	9,7-17,3	35,7	31,7-39,7	10,5	8,1-12,8	
Fortaleza	49,6	43,4-55,8	14,6	11,0-18,2	39,4	34,5-44,2	15,3	11,9-18,7	
Goiânia	48,6	43,7-53,6	9,6	7,2-11,9	40,6	34,0-47,2	13,0	9,1-16,9	
João Pessoa	47,7	38,8-56,5	16,6	11,4-21,8	42,8	37,9-47,8	12,1	9,5-14,7	
Macapá	51,8	45,5-58,0	13,2	9,7-16,7	43,4	37,4-49,4	17,1	12,0-22,1	
Maceió	47,1	40,2-54,0	13,6	9,6-17,7	37,2	31,8-42,7	13,5	9,4-17,6	
Manaus	42,3	37,2-47,4	12,8	10,0-15,7	42,1	37,5-46,8	15,0	11,7-18,3	
Natal	46,1	40,5-51,7	11,6	8,7-14,5	40,9	36,3-45,5	11,8	9,2-14,4	
Palmas	47,0	39,8-54,3	10,2	7,2-13,3	30,0	23,8-36,1	10,2	5,7-14,6	
Porto Alegre	54,1	49,1-59,1	15,6	12,2-19,1	44,7	40,2-49,1	16,0	12,6-19,5	
Porto Velho	46,9	41,7-52,0	12,6	9,6-15,6	41,0	35,7-46,2	13,4	10,0-16,9	
Recife	51,5	45,7-57,3	15,4	10,8-20,1	41,7	37,2-46,1	12,5	9,7-15,2	
Rio Branco	56,3	48,6-64,0	14,6	8,8-20,4	39,6	32,2-47,1	15,8	11,3-20,3	
Rio de Janeiro	45,4	40,3-50,5	12,8	9,1-15,7	42,3	38,3-46,3	13,3	10,9-15,6	
Salvador	41,4	36,6-46,2	9,2	6,6-11,8	40,6	36,2-44,9	15,2	12,0-18,4	
São Luís	45,9	40,9-51,0	8,1	5,8-10,4	30,8	26,8-34,9	11,0	8,1-13,8	
São Paulo	53,4	47,5-59,2	15,2	11,7-18,6	38,6	34,7-42,5	12,5	10,1-14,8	
Teresina	38,7	33,2-44,3	12,2	8,4-16,0	34,6	29,2-39,9	9,3	6,6-12,0	
Vitória	48,7	43,4-54,0	11,8	9,0-14,6	37,1	33,2-40,9	10,3	8,0-12,6	
Distrito Federal	45,0	39,8-50,2	10,4	7,4-13,4	34,9	30,7-39,1	13,4	10,8-15,9	

Fonte: Ministério da Saúde, 2009.

*Percentual ponderado para ajustar a distribuição sócio-demográfica da amostra Vigitel à distribuição da população adulta da cidade no Censo Demográfico de 2000.

- IC95%: Intervalo de confiança de 95%