MARTA PEREIRA MILITÃO DA SILVA

Gordinhos ou obesos? A obesidade infantil sob uma perspectiva qualitativa em um estudo com crianças e seus familiares

SÃO PAULO

2022

MARTA PEREIRA MILITÃO DA SILVA

Gordinhos ou obesos? A obesidade infantil sob uma perspectiva qualitativa em um estudo com crianças e seus familiares

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Doutora em Ciências.

Programa de Saúde Coletiva

Orientadora: Profa. Dra. Rosana Machin Barbosa

SÃO PAULO

2022

FICHA CATALOGRÁFICA

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Silva, Marta Pereira Militao da
Gordinhos ou obesos? A obesidade infantil sob uma perspectiva qualitativa em um estudo com crianças e seus familiares / Marta Pereira Militao da Silva. -- São Paulo, 2022.
Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Programa de Saúde Coletiva.
Orientadora: Rosana Machin Barbosa.

Descritores: 1.Obesidade pediátrica 2.Obesidade 3.Sobrepeso 4.Medicalização 5.Pesquisa qualitativa 6.Criança 7.Antropologia médica 8.Pesquisa com crianças 9.Aspectos socioculturais da saúde

USP/FM/DBD-200/22

Responsável: Erinalva da Conceição Batista, CRB-8 6755

FOLHA DE AVALIAÇÃO

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Jair e Tereza.

Aos meus filhos, Manuela e Leonardo

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, gostaria de agradecer à minha querida orientadora Profa. Dra. Rosana Machin, pelo acolhimento, pela amizade, pelo constante incentivo e pela compreensão com minha condição de mãe pesquisadora.

Aos queridos professores Marcia Couto e André Mota, por tantos ensinamentos acadêmicos e de vida. E que, juntamente com Rosana, me permitiram ter a experiencia de acompanhá-los na monitoria de uma disciplina da Pós-Graduação na qual pude não apenas aprender, mas também me divertir muito.

À querida professora Ana Claudia Camargo pela amizade, pela troca sincera e pela oportunidade de observar de perto o trabalho de uma pessoa que genuinamente se interessa por cada um de seus alunos.

Agradeço a todas as professoras Dra. Maria Novaes, Dra. Eunice Nakamura e Dra. Carolina Barbieri que participaram de meu exame de qualificação e que tiveram uma contribuição fundamental para o desenvolvimento deste trabalho.

Agradeço a Secretaria do Programa, especialmente Lilian e Goreti, por toda a colaboração e disponibilidade em ajudar nas mais diferentes situações e necessidades.

Gostaria de agradecer à CAPES pelo financiamento desse trabalho sem o qual esta pesquisa não existiria.

Agradeço a todos os colegas do SIMAS pelo aprendizado e por tantas trocas e risadas compartilhadas. Agradeço também aos queridos Paulo e Viviane pela amizade sincera.

Agradeço a toda minha família pelo apoio incondicional que me permitiu realizar essa pesquisa. Aos meus queridíssimos pais, Tereza e Jair, que me ajudaram em todas as etapas desta pesquisa, tanto discutindo e lendo o texto quanto cuidando das crianças em plena pandemia. À minha querida irmã Maria por todo o incentivo, carinho e ajuda. Agradeço muito aos meus amados sobrinhos Lucas e Clara, por terem paciência de me ajudar a testar várias versões do

questionário da pesquisa. Agradeço à minha sogra Dona Inês por toda a disponibilidade e ajuda no cuidado com as crianças.

Agradeço ao Diego, por sempre me incentivar a buscar meus sonhos e acreditar em mim, mesmo quando eu não acredito. Agradeço também pelo apoio constante e por ser um pai maravilhoso para as nossas crianças. E agradeço sobretudo aos meu filhos Manuela e Leonardo. Eu sou muito grata por tê-los em minha vida. Obrigada por me acompanharem ao trabalho de campo, por vibrarem comigo a cada entrevista que eu fazia, por compreenderem minha falta de paciência com vocês enquanto estava escrevendo este trabalho. Vocês fazem tudo valer a pena!

Por fim gostaria de agradecer a todos que se dispuseram a participar dessa pesquisa. Agradeço a cada uma das crianças, mães e avós que saíram de seus momentos de lazer e doaram seu tempo, suas ideias e seu conforto para que conseguíssemos ampliar a compreensão sobre a vivencia das famílias de forma tão generosa.

Resumo

Silva MPM. *Gordinhos ou obesos? A obesidade infantil sob uma perspectiva qualitativa em um estudo com crianças e seus familiares* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2022

A prevalência da obesidade infantil vem crescendo em todo o mundo, sendo classificada atualmente pela OMS como uma epidemia global. No Brasil, as taxas de sobrepeso e obesidade não pararam de crescer nas últimas décadas e recentemente tem aumentado em crianças, incluindo as menores de 5 anos. Com a não efetividade das medidas de controle do excesso de peso passou-se a focar em medidas preventivas. Diante desse cenário, as crianças tornaram-se o foco privilegiado de medidas de controle e prevenção por parte dos entes governamentais e de saúde. Diversos estudos identificaram lacunas na literatura no tocante ao ponto de vista dos sujeitos que vivem com excesso de peso e que são objeto dessas políticas, sobretudo das crianças. Este trabalho procurou compreender a experiencia das crianças identificadas com excesso de peso, o impacto deste em seu cotidiano, e os sentidos atribuídos à esta situação por suas famílias. A pesquisa realizada foi de natureza qualitativa, e foram entrevistados 21 sujeitos, sendo 11 crianças, com idades entre 7 e 10 anos, e 10 de seus responsáveis. As entrevistas foram realizadas em parques públicos da cidade de São Paulo no mês de Janeiro de 2021. Os dados obtidos foram tratados com a análise de conteúdo categorial temática e interpretados à luz do referencial da antropologia interpretativa. Os resultados mostram que as famílias apontam como principais explicações para o excesso de peso: o ambiente familiar, a individualidade da criança e a ocorrência de situações disruptivas na dinâmica familiar. A saúde é entendida como o equilíbrio de diferentes aspectos da vida da criança, sendo o peso apenas um desses componentes. O sobrepeso e a obesidade não são vistos como um continuum e são compreendidos pelas famílias como elementos de dimensões distintas. O sobrepeso é visto como uma situação ligada ao estilo de vida e ao comportamento e a obesidade como uma condição de saúde. Os resultados indicaram ainda que o cotidiano das crianças entrevistadas se mostrou marcado por questões como a pressão do padrão do corpo magro, o discurso nutricional oficial, as restrições alimentares e o bullying. O ambiente doméstico caracterizou-se pela sobrecarga do trabalho feminino, onde as rotinas familiares foram alteradas profundamente pela pandemia da Covid-19, sobretudo no tocante às práticas alimentares, à pratica de atividade física e ao tempo destinado às telas pelas crianças. Este estudo contribui para o avanço das pesquisas sobre a experiencia de excesso de peso das crianças e das pesquisas em saúde feita com crianças, preenchendo assim uma lacuna da literatura.

Descritores: Obesidade pediátrica; Obesidade; Sobrepeso; Medicalização; Pesquisa qualitativa; Criança; Antropologia médica; Pesquisa com crianças; Aspectos socioculturais da saúde.

Abstract

Silva MPM. *Fat or obese? Childhood obesity from a qualitative perspective in a study with children and their families* [thesis]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2022.

The prevalence of childhood obesity has been growing worldwide and is currently classified by the WHO as a global epidemic. In Brazil, rates of overweight and obesity have not stopped growing in recent decades and have recently increased in children, including those under 5 years of age. With the ineffectiveness of measures to control excess weight, the focus began on preventive measures. Given this scenario, children have become the privileged focus of control and prevention measures by government and health entities. Several studies have identified gaps in the literature regarding the point of view of subjects who live with excess weight and who are the object of these policies, especially children. This work sought to understand the experience of children identified as being overweight, its impact on their daily lives, and the meanings attributed to this situation by their families. The research carried out was qualitative, and 21 subjects were interviewed, 11 of which were children, aged between 7 and 10 years, and 10 of their guardians. The interviews were carried out in public parks in the city of São Paulo in January 2021. The data obtained were treated with thematic categorical content analysis and interpreted in the light of the interpretative anthropology framework. The results show that families point out as the main explanations for overweight: the family environment, the child's individuality and the occurrence of disruptive situations in family dynamics. Health is understood as the balance of different aspects of a child's life, with weight being just one of these components. Overweight and obesity are not seen as a continuum and are understood by families as elements of different dimensions. Overweight is seen as a situation linked to lifestyle and behavior and obesity as a health condition. The results also indicated that the daily life of the interviewed children was marked by issues such as the pressure of the thin body pattern, the official nutritional discourse, dietary restrictions and bullying. The domestic environment was characterized by the overload of female work, where family routines were profoundly altered by the Covid-19 pandemic, especially with regard to dietary practices, physical activity and the time spent on screens by children. This study contributes to the advancement of research on children's overweight experience and health research carried out with children, thus filling a gap in the literature.

Descriptors: Pediatric obesity; Obesity; Overweight; Medicalization; Qualitative research; Child; Anthropology, medical; Research with children; Sociocultural aspects of health.

SUMÁRIO

Resumo
Abstract
Introdução 1
Objetivos 12
1. REFERENCIAL TEÓRICO 14
1.1 O processo de medicalização da sociedade 16
Dimensões históricas e medicalização da gordura corporal 26
As definições da obesidade 29
1.2 A produção recente da Saúde Coletiva 34
Políticas de Controle e Prevenção da Obesidade 47
2. METODOLOGIA E PROCEDIMENTOS DE PESQUISA 58
2.1 Noção de Experiência 59
2.2 Estratégia da pesquisa 62
Previsto antes da pandemia Covid-19 62
Alterações Pós Pandemia Covid-19 65
Aspectos éticos 66
Abordagem 67
Entrevistas 69
2.3 Análise dos dados 70
Ponto de saturação 72
2.4 O trabalho de campo 73
Impressões durante o Trabalho de Campo 73

Observações sobre os parques 74
2.5 Participantes 76
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO 85
3.1 A construção da condição da criança com excesso de peso 85
A identificação 85
Explicações sobre as causas do excesso de peso 86
Medidas adotadas após identificação 89
Ubiquidade do discurso sobre o peso 91
Bullying 94
Noções de saúde 98
O excesso de peso é doença? 101
Relação com profissionais de saúde 105
3.2 A contribuição do ambiente para a condição de excesso de peso da criança 110
O ambiente familiar 110
O ambiente escolar 121
Pandemia da Covid-19 128
Considerações Finais 131
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 134

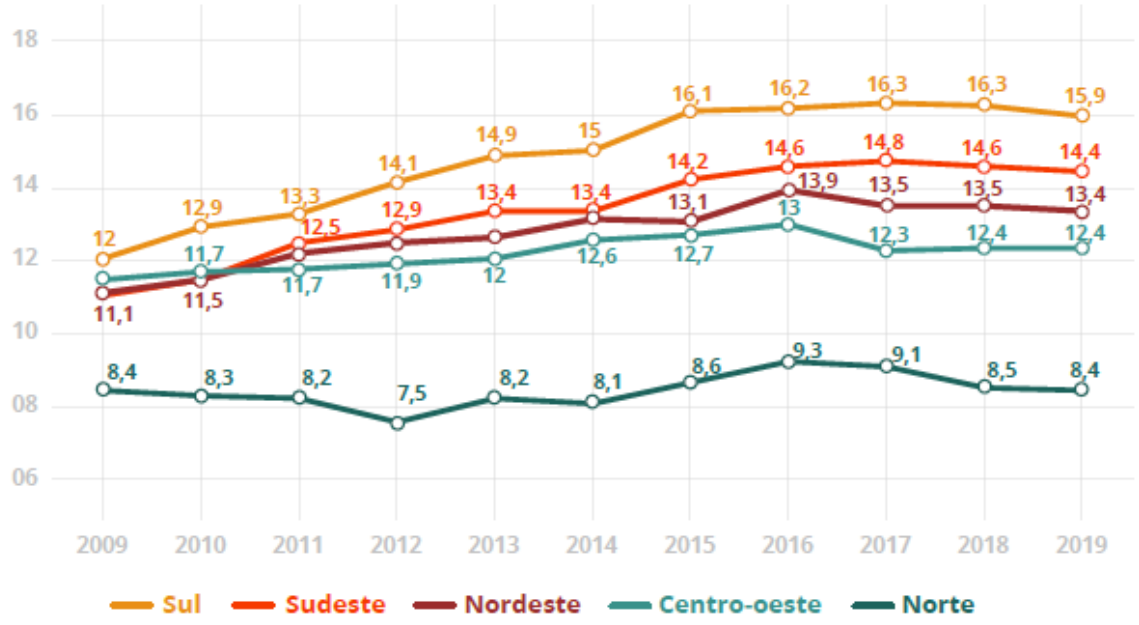
INTRODUÇÃO

A obesidade vem sendo apontada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um dos maiores problemas de saúde pública enfrentados no século XXI. A estimativa feita pela Organização, é de que a prevalência da obesidade e do sobrepeso afetava, em 2016, 2 bilhões de adultos, mais de 200 milhões de adolescentes, aproximadamente 130 milhões de crianças entre 5 e 9 anos e 40 milhões de crianças menores de 5 anos (WHO, 2016). O aumento em nível mundial da obesidade nas últimas décadas levou a OMS a declarar a obesidade como epidemia global nos anos 2000 e adotar uma série de diretrizes voltadas para seu enfrentamento (WHO, 2000).

Os países de renda média e baixa registraram o maior crescimento dos números de pessoas com obesidade nos últimos anos, sendo que o Brasil já possui mais da metade de sua população com sobrepeso e obesidade (WHO, 2018). No Brasil, de acordo com os dados da Pesquisa Nacional de Saúde, de 2019, na população adulta acima de 20 anos, a proporção de pessoas obesas na população passou de 12,2% para 26,8% entre 2003 e 2019. No mesmo período, a obesidade feminina subiu de 14,5% para 30,2%, e a obesidade masculina passou de 9,6% para 22,8%. Indicando uma acentuada tendência de elevação na prevalência (IBGE, 2020).

Os dados para as crianças também indicam uma tendência de crescimento na prevalência da obesidade e do sobrepeso. De acordo com o *Atlas of Childhood Obesity*, em 2019, aproximadamente 150 milhões de crianças em idade escolar e adolescentes estavam com obesidade no mundo, e há a previsão de que esta cifra chegue a 250 milhões em 2030 (WOF, 2019). Os dados brasileiros para as crianças apontam que 3 em cada 10 crianças de 5 a 9 anos estão acima do peso no país e, segundo o Atlas Mundial da Obesidade e a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Brasil estará na 5º posição no ranking de países com o maior número de crianças e adolescentes com obesidade em 2030 (BRASIL, 2019).

Gráfico 1 Prevalência da obesidade infantil em crianças de 5 a 10 anos, segundo dados do Sisvan (em%)



Fonte: Mapa do Universo Temático da Obesidade no Brasil (2021)
Dados do Relatório de Estado de Nutrição do Sisvan,

O gráfico 1 mostra que, no período de 2009 a 2019, com exceção da região Norte do Brasil, houve um crescimento no número de crianças com obesidade e obesidade grave no país. Havendo uma pequena estabilização nos números no período de 2017 a 2019. Contudo, esses são dados obtidos antes da pandemia da Covid-19.

Nas crianças menores de 5 anos, o Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (Enani-2019) mostrou que uma em cada 10 crianças brasileiras de até 5 anos está com o peso acima do ideal: são 7% com sobrepeso e 3% já com obesidade. Em comparação com o estudo anterior, de 2006, a prevalência de excesso de peso em crianças nessa faixa etária aumentou de 6,6% para 10%, em 2019. Ainda não há dados oficiais, mas há expectativa entre especialistas de que as crianças tenham aumentado de peso durante a pandemia, em função da diminuição na atividade física e do aumento da ingestão calórica (RUGANI, 2022).

A obesidade é definida pela OMS como o excesso de gordura corporal em quantidade que determine prejuízos à saúde. Uma pessoa é considerada obesa quando seu Índice de Massa Corporal (IMC) é maior ou igual a 30 kg/m2. O Índice de Massa Corporal (IMC), é expresso pela relação Peso/Altura^2, sendo que o padrão de normalidade se encontra entre 18,5 e 24,9; entre 25 e 29,9 estão os indivíduos com sobrepeso e acima de 30 os indivíduos são considerados obesos. A discussão sobre as diferentes noções e definições de obesidade, assim como questões relativas ao uso do IMC serão desenvolvidas no Capitulo 1.

Atualmente, trabalha-se com a noção de que a obesidade é uma doença crônica não transmissível (DCNT), de etiologia multifatorial tendo suas causas relacionadas a questões biológicas, históricas, ecológicas, econômicas, sociais, culturais e políticas. O Ministério da Saúde entende que se trata simultaneamente de uma doença e de um fator de risco para outras doenças crônicas não transmissíveis, como doenças cardiovasculares e diabetes mellitus, alguns tipos de cânceres, depressão e infertilidade (NAFALSKI et al., 2021). O aumento da ocorrência dessas enfermidades, anteriormente associadas às pessoas idosas, em crianças, tem levado organismos de saúde a ressaltar a necessidade de prevenção de tal condição, com grande ênfase nas crianças (WHO, 2000, 2018).

As causas do rápido aumento em nível global da obesidade possuem diversas explicações e os diferentes campos de conhecimento e suas disciplinas atribuem pesos diferentes aos fatores causadores da obesidade. Há um certo consenso sobre a explicação de que o processo de transição nutricional, entendido como “um processo de modificações sequenciais no padrão de nutrição e consumo, que acompanha mudanças econômicas, sociais, demográficas e do perfil de saúde das populações”, (PINHEIRO et al., 2004:522) contribuiu para o aumento da obesidade. A urbanização determinou uma mudança nos padrões de comportamento alimentar e também nas estruturas familiares, com famílias onde ambos os pais trabalham fora e dedicam assim, menos tempo ao preparo das refeições em casa.

Esse contexto aliado à redução da atividade física nas populações levou ao chamado ambiente obesogênico (SWINBURN, EGGER E RAZA, 1999), isto é, um ambiente que propicia a instauração e manutenção da obesidade por meio do incentivo de elevada ingestão energética (através da oferta de comidas ultraprocessadas[1], comidas rápidas e bebidas açucaradas), e de comportamentos cada vez mais sedentários (deslocamentos por elevadores, escadas rolantes, uso de automóveis, posição sentada para trabalhar, horas de televisão assistidas, etc.) (COSTA e OLIVEIRA. 2010).

As evidências sobre o papel desempenhado pelo consumo dos alimentos **ultraprocessados** no aumento da obesidade têm se consolidado nos últimos anos. Os estudos vêm apresentando evidências robustas de que o consumo de alimentos ultraprocessados está associado a doenças crônicas não transmissíveis e seus fatores de risco. Louzada (2021), em estudo de revisão, indicou que está demonstrada nos adultos a associação do consumo de alimentos ultraprocessados com o risco de doenças cardiovasculares, diabetes tipo 2 e de câncer de mama; além da associação com depressão e com mortalidade por todas as causas. Nas crianças as evidências disponíveis têm sugerido associações na mesma direção (LOUZADA et al., 2021:41).

Segundo dados do Enani-2019, a prevalência do consumo de alimentos ultraprocessados chegou a 80,5% entre crianças de 6 a 23 meses e 93% entre crianças de 24 a 59 meses. Já o consumo de bebidas açucaradas chega a atingir 24,5% das crianças entre 6 a 23 meses, 37,7% dos de 18 a 23 meses e 50,3% das crianças de 24 a 59 meses.

Em relação às crianças, trabalhos mais recentes apontam que as mudanças nos padrões de amamentação, com a diminuição do tempo recomendado de

---

[1] Os alimentos ultraprocessados são “formulações de substâncias alimentares frequentemente modificadas por processos químicos e, em seguida, transformadas em alimentos e bebidas hiper-palatáveis prontos para o consumo, usando saborizantes, corantes, emulsificantes e uma miríade de outros aditivos cosméticos” (Monteiro et al, 2019:939). Essa categoria está inserida na classificação NOVA, que classifica todos os alimentos e produtos alimentícios em quatro grupos de acordo com a extensão e o propósito do processamento industrial ao qual são submetidos. Mais sobre a classificação NOVA no capitulo 1.

aleitamento materno exclusivo; o aumento do consumo de alimentos ultraprocessados, como suco de caixinhas, refrigerantes, biscoitos, refeições congeladas; e a diminuição do tempo de prática de atividade física são alguns dos fatores que mais têm contribuído para o aumento de peso das crianças (ENANI, 2021; RUGANI, 2022).

É possível afirmar que, atualmente, existem dois grandes modelos explicativos sobre a obesidade: o biomédico e o sociocultural. Em linhas gerais, o modelo biomédico centra-se na obesidade como patologia e busca explicações tendo como foco o indivíduo, seus comportamentos e seus fatores de risco.

Destaca-se neste modelo o enfoque nutricional, que entende a obesidade e o sobrepeso como o resultado do desequilíbrio entre a ingestão calórica e o gasto energético. O manejo do excesso de peso é realizado com prescrição dietética e indicação de exercício físico. Sendo que a adoção de um estilo de vida com hábitos saudáveis de alimentação e atividade física, desempenha um papel central na prevenção do excesso de peso. (QUINTERO et al., 2020).

Cabe mencionar também o enfoque das disciplinas psi (psiquiatria, psicologia e psicanálise) dentre os modelos explicativos sobre a obesidade. Em linhas gerais, a psiquiatria tenta compreender a relação do desenvolvimento da obesidade com alguns transtornos do comportamento alimentar e busca verificar se existe associação entre obesidade e outras doenças mentais, como a depressão e a ansiedade. O campo da psicologia aborda a questão da obesidade considerando fatores ligados tanto à sua etiologia quanto à sua manutenção. Trabalha com variáveis cognitivas (crenças); afetivas (gestão de comportamentos emocionais); e ambientais (hábitos familiares, costumes grupais) (QUINTERO et al., 2020). E por fim, o campo da psicanálise pode trabalhar questões que vão do papel simbólico da comida, à imagem corporal do paciente e sua história pessoal, visando compreender os vínculos construídos pelo sujeitos e como estes se manifestam em sua relação com a alimentação[2]. (VIGARELLO, 2012; QUINTERO et al., 2020).

[2] Dentre as disciplinas psi, esta última pode ser vista como mais próxima da abordagem sociocultural.

Já o modelo sociocultural busca explicar a questão centrando-se em questões ligadas às dimensões mais estruturais e coletivas, considerando não apenas o aspecto físico, mas também o simbólico, o social e sua relação com o ambiente. Destacam-se nesse modelo os estudos sociológicos e antropológicos que serão apresentados no Capítulo seguinte.

É importante observar que o próprio reconhecimento da obesidade como uma doença ainda não é unânime socialmente, fora da esfera biomédica. Em relação às crianças, a equivalência entre obesidade e doença é um fenômeno muito recente. Como afirma Couto et al. (2009), “cada sociedade reconhece doenças específicas e, além disso, a doença constitui sempre um estado com muitas implicações sociais. As sociedades desenvolvem respostas diferentes ao infortúnio que constitui a doença e variadas formas de cuidados dos doentes”. Ou seja, embora a perspectiva biomédica, que é hegemônica na atualidade, classifique a obesidade como uma doença, isso não significa que toda população pense, nomeie e a classifique dessa maneira.

Pesquisas que analisam sob uma perspectiva histórica o que hoje chamamos de obesidade, mostram que o excesso de peso e a gordura corporal entendidos como uma patologia nem sempre foram vistos dessa maneira. Os significados atribuídos às quantidades de gordura corporal (altas ou baixas) variaram ao longo da história e em relação às diferentes culturas (VIGARELLO, 2012).

A abordagem adotada, desde 2000, pela OMS e seguida pelos países membros, têm se focado na prevenção com prioridade nas crianças pequenas, visto que as intervenções voltadas para a redução do peso em adultos e crianças maiores não mostraram resultados satisfatórios.

> “Embora a redução de doenças não transmissíveis em adultos, através do controle de peso, esteja se mostrando difícil - como é demonstrado em uma revisão recente - as intervenções de redução da obesidade em crianças de 6 a 12 anos tiveram efeitos pequenos, se variáveis. Isso contribui para o argumento de uma intervenção precoce e também é apoiado por evidências de que o risco de obesidade poderia

> ser **estabelecido na gestação ou mesmo na pré-concepção** e possivelmente ser influenciado pela dieta parental, obesidade materna e ganho de peso gestacional" (WHO, 2016:22) (grifo nosso).

A OMS preconiza que as estratégias de prevenção se iniciem ainda no ventre materno, por meio de uma alimentação balanceada da gestante e ganho de peso moderado. Tal abordagem também tem se mostrado insuficiente, visto que os dados de prevalência, não apenas não diminuíram, como aumentaram em todo o mundo.

Gracia-Arnaíz (2015) nos coloca uma questão que parece paradoxal: Por que a prevalência da obesidade vem aumentando ao mesmo tempo em que há um aumento expressivo de medidas de prevenção e controle, e também um aumento da lipofobia e da estigmatização social da gordura? A autora sugere que é possível que os atuais modelos de prevenção, que embora enfatizem a importância do ambiente, estejam dando uma ênfase excessiva à responsabilidade individual e subestimando a comida como uma prática complexa. Além disso, os modelos atuais tratam a distribuição social desigual da obesidade e determinados elementos estruturais superficialmente. Outra contradição apontada pela autora refere-se ao fato de o "modelo ideal" de uma dieta equilibrada estar amplamente difundido e incorporado no discurso popular, sem conseguir mudar as práticas alimentares.

Para compreender como chegar à vida concreta dos indivíduos de modo a garantir práticas alimentares que promovam a saúde e não causem o excesso de peso é necessário que adotemos uma perspectiva mais integral da pessoa. Que deixemos de reduzi-la a um corpo doente apenas por não estar dentro de um parâmetro estatístico de normalidade.

Outros autores argumentam nesse sentido, afirmando que é necessário tirar o foco da responsabilização ao indivíduo e nos concentrarmos na complexidade das causalidades que levam às atuais práticas alimentares e modo de vida. Um artigo publicado no The Lancet (RALSTON et al., 2018), que é considerado uma virada na abordagem biomédica do tratamento da obesidade, afirma que devemos adotar uma nova narrativa acerca da obesidade se quisermos conectar as causas e as

soluções da situação. De acordo com os autores, a narrativa atual tem focado na responsabilização do indivíduo o tratando ora como culpado ora como vítima de seu peso. Tal abordagem contribuiria para a estigmatização das pessoas gordas e não consideraria a capacidade de agência dos indivíduos. Eles propõem uma narrativa que considere os indivíduos que vivem com excesso de peso como protagonistas que possuem agência, e que agem sob limitações de um ambiente obesogênico e limitações fisiológicas sobre as quais não tem total controle. Para que tal narrativa possa ser construída e trabalhada, os autores apontam a necessidade de se conhecer a experiência concreta das pessoas que vivem com sobrepeso e obesidade (RALSTON et al., 2018).

Outros autores (SWINBURN, EGGER E RAZA, 1999; WANDERLEY e FERREIRA, 2010; RAMOS et al., 2013; NAVAS LOPEZ et al., 2014; BORGES et al., 2018; ALCARAZ J. et al., 2020) também apontam essa lacuna na literatura e enfatizam a necessidade da inclusão de abordagens mais complexas que considerem dimensões sociais, culturais, ambientais, além da perspectiva dos sujeitos com excesso de peso nas pesquisas. Navas Lopez et al. (2015) afirma que para além das porcentagens e estatísticas, uma perspectiva etnográfica situada, nos permitiria conhecer a fundo a experiência social de uma criança rotulada com obesidade, e com isso, poderíamos propor ações concretas para o enfrentamento da questão. E Alcaraz J. (2020) entende que, ao partir da experiência concreta dos sujeitos, teremos mais condições de compreender a agência dos atores sociais, complexificar as cadeias de causalidade e compreender os impactos que as concepções e práticas médicas tem na vida das pessoas com excesso de peso.

O fato é que as pessoas, adultos ou crianças, na condição de sobrepeso e obesidade vivenciam em seu corpo todas as ambiguidades, contradições e imbricações desses processos sociais. De acordo com seu grupo social, com suas características culturais, econômicas, geracionais, de escolaridade, cada família, entenderá a questão da gordura corporal, sua e de suas crianças, de uma forma específica. Algumas estarão mais alinhadas ao discurso biomédico, outras terão explicações de cunho mais tradicional. Algumas famílias podem ver a gordura na criança como algo desejável, como um sinal de saúde, outras como uma falha de

personalidade, um sinal de preguiça da criança, outras ainda como um problema de saúde.

A criança obesa ou com sobrepeso, vem sendo tomada como objeto de diversas reflexões, ações, políticas e prognósticos. Mas, qual seria a consequência de a tomarmos como um sujeito? Seria possível ampliar, aprofundar a compreensão existente em relação ao problema da obesidade infantil?

É possível afirmar com base na literatura que a participação das crianças em pesquisas não é nova, no entanto, é mais nova a perspectiva de pesquisas com crianças e não exclusivamente sobre crianças (VASQUES et al., 2014; MAIA-VASCONCELOS, 2016; MARCHI, 2018). Pesquisas que tentam captar o ponto de vista das crianças, em seus mais diferentes contextos e realidades vêm crescendo nas últimas décadas.

Os estudos antropológicos que estudam as crianças em culturas não ocidentais, por exemplo, mostram que a própria noção de infância não é universal e varia de acordo com a cultura. Estudos históricos, como o clássico de Philippe Aries, História Social da Criança e da Família, mostram que a representação que temos da infância, referida a um sujeito com estatuto próprio e ocupando um lugar social específico é uma construção elaborada na modernidade e está ligada a várias transformações ocorridas desde o fim da Idade Média: a institucionalização da escola; o reordenamento da dinâmica familiar, com a criança se tornando o centro de proteção e cuidados; e a construção de um conjunto de conhecimentos que permitiram a configuração de padrões de desenvolvimento considerados “normais” e que, por conseguinte, se tornaram guias para nortear as intervenções dirigidas a essa população (FRANCESCHINI e CAMPOS, 2008).

Para Sarmento e Gouveia (2008), no processo histórico de formação das diferentes disciplinas, a criança foi tomada como objeto por excelência da psicologia do desenvolvimento, “cujas correntes dominantes ajudaram a construir um modelo conceitual fundado numa perspectiva biologizante”. A idade, segundo os autores, foi pensada como categoria substantiva, em que “os processos sócio-históricos apenas influenciariam o curso de um desenvolvimento definido por uma maturação

das estruturas internas". Ainda hoje, muitas disciplinas trabalham com uma noção quase a-histórica sobre como deve ser uma criança em determinada idade. A ideia de que crianças em contextos diferentes tenham desenvolvimentos cognitivos, habilidades e conhecimentos também diferentes e que isso não representa atraso ou superioridade de uns em relações aos outros não é um consenso, e isso tem consequências nos mais diversos âmbitos: educacional, de saúde e político (SARMENTO E GOUVEIA,2008).

Cohn (2013) argumenta que para se compreender os mais variados fenômenos ligados às crianças, é necessário analisar as concepções de infância e as noções de pessoa. Nas palavras da autora: "Devemos sempre levar em conta que, de um lado, a concepção de infância informa (sempre) as ações voltadas às crianças – e de outro, que as crianças atuam desde este lugar seja para ocupá-lo, seja para expandi-lo ou negá-lo. É a partir dele que agem ou é contra ele que agem" (COHN, 2013: 241).

Qual a concepção que temos do que pode ou não fazer uma criança em relação a sua alimentação? Temos uma visão do que seria uma ação "correta" ou "adequada"? As pesquisas estão partindo de noções pré-concebidas do que uma criança deve ou não fazer?

Nakamura (2009) que pesquisou a noção de depressão infantil, demonstrou como a medicina atua na definição de uma normalidade da infância. Seu trabalho mostra que os médicos, ao estabelecerem critérios do que é normal ou não nas ações de uma criança baseados em características como a manifestação de humor e de temperamento, as maneiras adequadas de agir, o cumprimento de obrigações e deveres na família, entre outros, acabam por construir uma noção do que seria a infância correta e qual seria a infância a ser corrigida.

Cruz (2008) chama a atenção para o significado etimológico da palavra infante: "aquele que não fala". Para a autora, essa foi a perspectiva na qual as crianças foram tratadas nas pesquisas científicas por longo período, perspectiva que denotava concepções de que a criança era um ser pouco competente, dependente do desejo do adulto, sem direito a voz. A mudança de perspectiva, que

passa a escutar a voz das crianças, tem como pressuposto que as crianças não são apenas reprodutoras de sua cultura, mas também construtoras como membros ativos da sociedade e das instituições em que estão inseridas (escola, família, etc.). E que as crianças expressam seus pontos de vista de acordo com suas experiências, seu contexto, e seu pertencimento a grupos diversos, sejam eles religiosos, étnicos, familiares (PIRES, 2010). Em suma, acredita-se que as crianças têm o que dizer e devem ser ouvidas. E isso exige que o pesquisador busque formas de ouvir as diferentes linguagens utilizadas pela criança com uma escuta atenta, tendo em conta que a criança falará também considerando o que se espera dela, na posição que se encontra.

Ouvir o que as crianças têm a dizer sobre saúde, investigar se a questão do peso aparece em sua fala, escutar o que tem a dizer sobre seus pares, seu grau de autonomia em relação à alimentação, são elementos que nos ajudarão a compreender de forma mais profunda a situação da criança identificada com excesso de peso e de sua família.

O que pensa a criança sobre o rótulo de obesa ou gorda? Como essa imagem impacta suas relações de sociabilidade? Como ela reage à necessidade de mudar hábitos, alimentação, padrões de atividade física? E sua família, como esta gerencia a situação de obesidade da criança? Quais as concepções de obesidade e sobrepeso compartilhadas na família? Como é sua experiência enquanto criança identificada com excesso de peso?

A partir do panorama exposto e das lacunas da literatura apontadas, o caminho proposto por essa pesquisa é o de olhar a questão da obesidade infantil sob o ponto de vista dos sujeitos: as crianças e suas famílias. Desse modo, os objetivos da presente pesquisa são os que seguem.

Objetivos

Objetivo Geral

• Compreender a experiência das crianças, em idade escolar, identificadas com excesso de peso e os sentidos dados pela família à situação de excesso de peso da criança

Objetivos específicos

- Identificar as práticas de alimentação, lazer e atividade física das crianças
- Compreender como o processo de identificação/diagnóstico do excesso de peso ocorre e como este é recebido pela família
- Compreender as noções de saúde operadas pelas crianças e suas famílias

Este estudo se justifica pela necessidade de preenchimento da lacuna na pesquisa científica referente à compreensão da experiência das crianças em idade escolar vivendo com excesso de peso, apontada em diversos estudos. Pretende-se também contribuir para a ampliação do diálogo entre a família e os profissionais de saúde, bem como, para a ampliação da visibilidade das crianças e da perspectiva que estas têm sobre sua experiência.

O presente trabalho está dividido em 5 capítulos, incluindo esta Introdução. No Capitulo 1 apresentamos o referencial teórico da pesquisa, onde discutimos a literatura sobre o processo de medicalização da vida, e apresentamos o panorama recente da literatura em Saúde Coletiva sobre a questão da obesidade infantil.

No Capitulo 2, apresentamos os aspectos metodológicos, as etapas da pesquisa e seu contexto, e como os dados foram tratados para que se alcançasse os objetivos propostos. Tratou-se de um estudo de natureza qualitativa, onde entrevistamos 21 sujeitos: 11 crianças e 10 de seus responsáveis. O trabalho de

campo ocorreu em parques públicos na cidade de São Paulo, no mês de janeiro de 2021 durante o período de férias escolares.

No Capitulo 3, apresentamos os principais resultados da pesquisa, obtidos a partir das entrevistas, e os discutimos à luz da literatura recente em Saúde Coletiva. E por fim, no Capitulo 4 temos as Considerações Finais, onde recapitulamos os principais pontos do trabalho e apresentamos as contribuições advindas desta pesquisa.

1. REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo apresentaremos a revisão da literatura sobre como o tema da obesidade e da obesidade infantil vem sendo tratado na Saúde Coletiva. Na primeira parte apresentamos o processo de medicalização da sociedade e seus desdobramentos e apontamos como este conceito ainda é uma ferramenta utilizada pelos pesquisadores e importante para a compreensão do problema em que estamos interessados. Em seguida, apresentamos a produção recente em Saúde Coletiva referente ao tema, incluindo a discussão sobre as políticas públicas voltadas ao enfrentamento da obesidade.

Pelo fato de termos como pressuposto que a cultura e a sociedade impactam a vivência e a compreensão sobre o excesso de peso, privilegiamos a literatura nacional sobre obesidade infantil, para nos aprofundar nas características específicas de nosso contexto que pudessem informar a experiência das crianças foco deste estudo.

Foram consultados os seguintes periódicos nacionais: Cadernos de Saúde Pública, Ciência e Saúde Coletiva, Epidemiologia e Serviços de Saúde, Interface, História, Ciências, Saúde-Manguinhos, Physis: Revista de Saúde Coletiva, Revista Brasileira de Epidemiologia, Revista de Saúde Pública, Saúde e Sociedade e Saúde em Debate. Foram pesquisados os artigos empíricos e de revisão publicados de 2010 a 2021, e os artigos conceituais foram buscados até o ponto de seus marcos teóricos. As buscas foram realizadas pelos descritores “obesidade e/ou sobrepeso” e “criança” ou “obesidade infantil” ou “obesidade pediátrica”.

Foram consultados periódicos de áreas afins quando nas buscas apareciam artigos ligados diretamente ao tema pesquisado sob uma perspectiva sociocultural. Também foram consultadas teses e dissertações sobre o tema e as referências cruzadas presentes em artigos que julgamos importantes e necessários para a compreensão das questões.

A literatura internacional foi consultada de forma não exaustiva, e buscada com o foco nos modelos qualitativos de compreensão da questão da obesidade infantil. As buscas foram realizadas em periódicos de Saúde Coletiva e áreas relacionadas, como nutrição, psicologia e antropologia.

Nas revistas internacionais, buscamos trabalhos publicados nos últimos 5 anos (2016 a 2021). As buscas foram realizadas pelos descritores “obesidade e/ou sobrepeso” e “criança” ou “obesidade infantil” ou “obesidade pediátrica” e “pesquisa qualitativa” e/ou “aspectos socioculturais” e/ou “enfoques socioculturais”.

Verificou-se uma produção pequena de pesquisas qualitativas com crianças, embora a necessidade de estudos com crianças e não sobre crianças tenha sido identificada (OLIVEIRA et al., 2012).

A produção teórica centra-se na reflexão sobre a obesidade em geral e não se enfoca na obesidade infantil como um problema teórico de natureza distinta, apenas como um desdobramento da obesidade em geral. Desse modo, os artigos teóricos que são tratados nessa seção discutem a obesidade de um modo geral. Já os artigos de revisão e empíricos (qualitativos e quantitativos) estão voltados para a questão da obesidade infantil.

Utilizo o termo obesidade infantil nesta seção de modo amplo, pois é a maneira pela qual a literatura aborda a questão do excesso de peso na criança, seja este auto identificado, diagnosticado por profissional de saúde, classificado ou não por meio do IMC.

A grande produção científica acerca da obesidade foi um importante desafio para este trabalho. A cada ano milhares de trabalhos são publicados nas mais diferentes perspectivas em relação a essa temática. A grande dificuldade foi manter o foco em estudos que poderiam contribuir para que se atingisse o objetivo geral que é compreender a experiência das crianças identificadas com excesso de peso. Ter o objetivo de forma clara nos ajudou a nortear os artigos que seriam incluídos na análise. Optamos por nos concentrar nos artigos publicados no campo da Saúde Coletiva, para que houvesse uma interlocução de fato e para que os achados dessa pesquisa pudessem contribuir para o avanço do conhecimento do campo.

1.1 O processo de medicalização da sociedade

O termo medicalização surgiu no final dos anos 1960 e vem sendo utilizado até os dias de hoje, com adaptações em função da realidade das questões tratadas, como ferramenta conceitual para pensar como a racionalidade biomédica se apropriou de campos que não eram de seus domínios e passou a fornecer explicações, orientações e normas a fenômenos da vida política, social e familiar.

Conrad (1992) descreve a medicalização como um processo pelo qual problemas não-médicos se tornam definidos e tratados como problemas médicos, normalmente em termos de doenças e distúrbios. Outra definição, de Zola (1983) a considera como o "processo pelo qual mais e mais da vida cotidiana tem estado sob domínio, influência e supervisão médica." E Poulain (2013) complementa que é um processo contínuo “no qual o percurso pelas questões social e moral desaparece aos poucos, em proveito de uma ordem racional, fundamentada pela ciência” Poulain (2013:158).

Ivan Illich (1975) é um dos pioneiros a tratar desse tema. Para ele, um dos maiores problemas gerados pela medicalização é a perda de autonomia dos indivíduos e grupos em relação ao sofrimento, à doença e à morte. Para o autor, a industrialização da saúde e a medicalização da vida levaram a uma ampla gama de danos à saúde, que Illich chama de Iatrogêneses. Ele categoriza formas diferentes de iatrogenia, a saber: clínica, social, cultural e do corpo, esta última tendo sido trabalhada posteriormente nos anos 1980 (TABET et al., 2017).

A Iatrogênese clinica refere-se aos efeitos secundários advindos dos cuidados de saúde, como atos e técnicas médicas, efeitos de medicamentos, falsos diagnósticos, entre outras práticas, que podem levar o paciente ao sofrimento, à angústia ou a sintomas funcionais, por exemplo (ILLICH, 1975 ; TABET et al., 2017).

Já a Iatrogênese social, diz respeito ao efeito social não desejado e danoso advindo do impacto social da medicina. O autor aponta a crescente dependência da população em relação às prescrições da medicina que leva os sujeitos ao papel de doentes como um traço dessa situação. Outras formas seriam a medicalização do

orçamento, onde cria-se a ilusão de que quanto maior o orçamento maior o grau de cuidados com a saúde da população; a ampliação do domínio da indústria farmacêutica, que leva a uma supermedicação da população; e o controle social através do diagnóstico que resulta da medicalização das categorias sociais e das fases da vida (ILLICH, 1975; GAUDENZI E ORTEGA, 2012).

A Iatrogênese cultural ou estrutural, seria aquela na qual a medicina moderna “retira do sofrimento seu significado íntimo e pessoal e transforma a dor em problema técnico” (ILLICH, 1975, GAUDENZI e ORTEGA, 2012: 27). Com isso, afirma o autor, destrói-se o potencial cultural das pessoas lidarem de forma autônoma com as questões de doença, sofrimento e morte. Conjuntamente, essas três formas de iatrogenia contribuem para comprometer a autonomia dos indivíduos, que se tornam cada vez mais dependentes do saber advindo de especialistas para o cuidado de sua saúde como um todo (ILLICH, 1975, GAUDENZI e ORTEGA, 2012, TABET et al., 2017).

Já para Conrad (1992), a medicalização pode ocorrer em três níveis distintos: o conceitual, o institucional e o interacional. No nível conceitual, um vocabulário ou modelo médico é usado para "ordenar" ou definir o problema em questão; nesse nível poucos profissionais médicos precisam estar envolvidos, e os tratamentos médicos não são necessariamente aplicados. No nível institucional, as organizações podem adotar uma abordagem médica para tratar um problema particular no qual a organização é especializada. Os médicos podem funcionar como guardiões de benefícios que são apenas legitimados em organizações adotando uma definição e abordagem médica para um problema, mas onde o trabalho de rotina diária é realizado por pessoal não-médico. Por fim, no nível interacional, de acordo com o autor, os médicos estariam mais diretamente envolvidos. A medicalização ocorreria como parte da interação médico-paciente, “quando um médico define um problema como médico (isto é, dá um diagnóstico médico) ou trata um problema "social" com uma forma médica de tratamento” (1992:212).

Ao pensar na obesidade, podemos identificar a medicalização nos três níveis apresentados pelo autor. Ou seja, o peso em excesso é definido e explicado em termos e vocabulário médico; diversas instituições (a escola, por exemplo) adotam os parâmetros e abordagens médicas (diagnóstico por IMC, prescrição de exercícios físicos) para lidar com a situação, ainda que não possuam médicos em seu corpo de funcionários; e na relação médico-paciente, o médico pode optar por tratar alguns quilos de sobrepeso como uma situação de “pré-obesidade” e iniciar uma série de orientações, receitar medicamentos para perda de peso, por exemplo.

Para Conrad, o maior poder de controle social por parte da medicina viria da capacidade de ter a autoridade para definir o problema, isto é, autoridade para definir que um dado assunto é da esfera médica. Pode-se observar isso com o exemplo da medicalização dos desvios. A medicina se arrogou a autoridade de tratar a homossexualidade como assunto da sua esfera, definiu-a como doença e lhe ofereceu um tratamento. E isso ocorreu até o momento em que outros grupos sociais reivindicaram o direito e a autoridade de pautar o assunto em outra esfera. Atualmente há disputas com grupos do chamado ativismo gordo que reivindicam o corpo gordo como uma forma possível de se estar no mundo, uma forma saudável e não doente de existência, pondo-se em discordância com a classificação hegemônica biomédica, que tem o poder de classificar e possui um parâmetro do que pode ser visto como um corpo saudável (JIMENEZ-JIMENEZ, 2020).

Nesse contexto, o autor distingue três tipos de controle social médico: ideologia médica, colaboração e tecnologia. A ideologia médica impõe um modelo médico principalmente por causa dos benefícios sociais e ideológicos acumulados. Na colaboração médica, os médicos assistem (geralmente em um contexto organizacional) como provedores de informação, agentes institucionais e técnicos; e a tecnologia sugere o uso, para controle social, de meios tecnológicos médicos, especialmente drogas, cirurgia, rastreamentos genéticos, etc. Ainda de acordo com Conrad (1992), com base no trabalho de Michel Foucault, poderia ser adicionada uma quarta categoria: a de vigilância médica. Esta seria a forma de controle social médico onde certas condições ou comportamentos são percebidos por um "olhar

médico" e no qual os médicos podem legitimamente reivindicar todas as atividades relativas à condição (como por exemplo, o parto nos dias de hoje).

Na questão da obesidade, pode-se também encontrar os diferentes tipos de controle social médico apresentados: os médicos são as pessoas qualificadas para identificar e determinar o diagnóstico de sobrepeso ou obesidade. E são as que possuem as informações e as fornecem ao público, assim como são os responsáveis e detentores da tecnologia (medicamentos, prescrições de dietas, cirurgias) para o tratamento da “doença”. E atualmente, a forma de se pensar o sobrepeso/obesidade passa quase que necessariamente pelo olhar e controle médico, ou seja, é bastante improvável que não se considere o olhar médico para se pensar nesta questão. Segundo Poulain (2013), do ponto de vista da pessoa com excesso de peso, a medicalização pode até parecer um progresso, já que a liberaria do olhar moralizador. Ela o transforma em um “doente” ou doente em potencial e como tal deve ser ajudado e tratado.

Conrad levanta uma questão importante acerca da medicalização: na maioria dos casos, ela não é completa. Isto é, algumas instâncias de uma condição podem não ser medicalizadas, podem existir definições conflitantes ou em disputa por grupos sociais. Por isso, faria sentido entender a medicalização em termos de graus. De acordo com o autor algumas condições são quase totalmente medicalizadas (por exemplo, a morte, o parto), outras são parcialmente medicalizadas (por exemplo, a menopausa), e outras ainda são minimamente medicalizadas (por exemplo, a dependência sexual). Alguns dos fatores que afetariam esses graus seriam o apoio da profissão médica, a disponibilidade de intervenções ou tratamentos, a existência de definições concorrentes e a presença de grupos que desafiam a definição médica. Grupos organizados podem reivindicar que uma questão seja tratada na esfera médica (por exemplo, as próprias pessoas gordas poderiam reivindicar o status de doentes que devem ter direito a tratamentos medicamentosos ou cirúrgicos, por exemplo). Ou ainda, uma situação pode ser conceitualmente medicalizada e no nível da relação médico-paciente não o ser (Conrad,1992:220).

Nesse ponto, convém retornar a Illich e apresentar a última das iatrogêneses trabalhadas pelo autor e elaborada em 1985, a iatrogênese do corpo. Para o autor, esta pode ser definida como a busca patológica pela saúde (ILLICH, 1992, NOGUEIRA, 2003). Nessa lógica, os consumidores recorrem a um saber difuso sobre saúde, disseminado pelos meios de comunicação, sem a necessidade de profissionais terapêuticos. Há uma autonomia, porém esta ainda é iatrogênica, na visão do autor. A desmedicalização para Illich, seria a retomada da autonomia perante o próprio corpo e a própria saúde.

Nogueira (2001) desenvolve a discussão sobre a iatrogenia do corpo chamando-a de higiomania, que seria a mania com a própria condição corporal e de saúde. Seria um estilo de vida fundado na "idolatria do corpo e da saúde do corpo" (Nogueira 2003: 187) e que transcende a lógica médica, pois é alimentado pela mídia, academias de ginástica, pela indústria da dieta, dos alimentos, farmacêuticas que estão interessadas em vender o bem-estar como um novo produto. Há a produção do próprio corpo sem o monopólio da medicina.

Autores como Crawford (2019) e Greenhalgh (2013) também trabalham esse fenômeno e o chamam de salutarismo, do inglês healthism. Para Crawford, que cunhou o termo nos anos 1980, o fenômeno do salutarismo, seria o processo que transforma a saúde em valor moral. O foco primário do indivíduo passa a ser sua saúde, objetivo que pode ser atingido por meio da modificação de estilos de vida (com ou sem a ajuda terapêutica), através do comportamento individual. De acordo com Crawford, para o salutarista, a solução aos problemas de saúde, se encontra

> "na determinação do indivíduo para resistir à cultura, à publicidade, aos constrangimentos institucionais e ambientais, aos agentes de doenças ou, simplesmente, aos hábitos pessoais preguiçosos. Em essência, então, a causa fica ao alcance individual, e a solução é criada dentro do mesmo espaço estreito" (2019:104).

Essa visão salutarista é extremamente atual e característica de grupos sociais de extratos econômicos elevados. Mas é importante salientar a diferença entre esse discurso e o da medicalização. Como explica Conrad, com a

medicalização, as definições médicas e tratamentos são oferecidos para problemas que anteriormente eram sociais ou eventos naturais; com o salutarismo, as definições comportamentais e sociais são ajustadas para eventos previamente definidos biomedicamente. A medicalização propõe causas e intervenções biomédicas; o salutarismo propõe causas e intervenções comportamentais e de estilo de vida. Uma transforma a moral em questão médica, a outra transforma saúde em moral (Conrad, 2005).

Pode-se relacionar a discussão desse ponto a Norbert Elias (1994), em O Processo Civilizador, ao recordar das direções do processo civilizatório que caminham das pressões externas (regras e orientações do corpo médico) à incorporação das regras transformada em desejo do indivíduo e imperativo moral, tal qual no salutarismo.

Foucault e Illich não dialogam diretamente, mas suas visões alinham-se em diversos pontos. Enquanto Illich aborda o significado cultural e social do processo de medicalização sob um ponto de vista macrossocial, Foucault está interessado em analisar esta situação pela ótica do poder. Centrando seu argumento na noção de biopoder, busca compreender como o poder é produzido a partir das relações e como se dão as formas de resistências (FOUCAULT, 2008; GAUDENZI e ORTEGA, 2012). De acordo com Gaudenzi e Ortega (2012), Foucault identificou o movimento de medicalização no século XVIII, mas centrou-se no impacto que o discurso médico tinha na vida das pessoas.

O biopoder seria o poder que historicamente sucedeu o modelo da soberania, de onde o soberano tinha o poder de “fazer morrer e deixar viver”. Foucault argumenta que, a partir dos séculos XVII e XVIII, a mecânica do poder se direciona para a gestão e maximização da vida. A medicina nesse período passa a exercer um papel central “no controle e gestão do corpo, interferindo nos modos de vida e nas condutas individuais e coletivas através da definição de regras que devem orientar a vida moderna” (GAUDENZI E ORTEGA, 2012: 29). Tais regras e orientações dizem respeito às formas de comportamento humano como a

fertilidade, a higiene, a sexualidade e não apenas às doenças, exercendo o poder pastoral que antes era realizado pela Igreja.

Contudo, o controle não é apenas coletivo, e sim sobre o “corpo social” e a sociedade passa a ser pensada e organizada em termos médicos. Passa-se a uma biopolítica, com o poder de "fazer viver e deixar morrer". A medicina passa a ser a referência para a conduta da vida em seus mais variados aspectos, a instância geradora de normas para a gestão das populações e passa a definir o que se encontra dentro ou fora da norma. O próprio diagnóstico é uma forma de exercício do poder: atribui-se uma identidade a um sujeito, que pode resistir, ou não, ao aderir a ela (Foucault, 2008).

O conceito de medicalização recebe algumas contestações pois, segundo seus críticos, não é capaz de explicar as dinâmicas das relações entre a medicina e a sociedade nos dias de hoje (MITJAVILLA, 2015). Nikolas Rose afirma que a medicalização teria se tornado praticamente um clichê e que o conceito não seria capaz de diferenciar problemas de ordens distintas. Ele argumenta que são situações muito diferentes, por exemplo, definir um problema sob a ótica da saúde pública (como a obesidade infantil), estabelecer uma prescrição exclusiva dos médicos de uma questão não médica (como os contraceptivos), e definir algo do cotidiano como do âmbito da psicofarmacologia (como a medicação de sentimento rotineiros de tristeza). Contudo todas seriam chamadas de medicalização. Para ele, o conceito pode ser o ponto de partida de uma análise, mas não sua conclusão. Em artigo escrito com Rabinow (RABINOW e ROSE, 2006) critica também o conceito de Foucault de biopoder. Na visão dos autores, este teria perdido sua força, sobretudo em sua vertente populacional, já que novas forças biopolíticas teriam surgido no final do século XX, que produziram outras formas de articulação entre poder e modos de subjetivação cujo alcance estaria limitado ao horizonte das identidades biossociais e ancoradas em uma perspectiva molecular da vida humana (MITJAVILLA, 2015; RABINOW e ROSE, 2006).

Contudo, apesar das críticas e atualizações em função das novas realidades e novos problemas, os conceitos de medicalização, de biopoder e biopolítica

continuam a ser trabalhados na literatura. Diversos trabalhos atuais sobre o corpo e na Saúde Coletiva, dialogam com Foucault e utilizam suas ferramentas conceituais (SEIXAS e BIRMAN, 2012; GREENHALGH, 2015; ALCARAZ J. et al., 2020a).

Cabe destacar que a discussão sobre medicalização está ancorada nas visões que as sociedades têm sobre o corpo e seus desenvolvimentos ao longo da história. Illich e Foucault foram grandes estudiosos das transformações que o entendimento sobre os corpos assumiu ao longo da história.

A imbricação entre o indivíduo e o social e sua inscrição nos corpos é tema trabalhado por diversos autores das Ciências Socias. Sob uma perspectiva da Antropologia, o conhecimento, a percepção, os processos cognitivos, não se dão apenas na mente, mas ocorrem com a pessoa/corpo em sua integralidade. O corpo localiza a pessoa no mundo e a partir dessa localização, fruto das relações sociais, é que ela apreende o mundo.

Marcel Mauss é a primeira referência na Antropologia nos estudos sobre o corpo. É Mauss quem trabalha o corpo como algo constitutivamente simbólico. O autor aponta que não há nada espontâneo na forma como os homens utilizam seus corpos, estes são educados a agir de acordo com sua cultura desde o nascimento. Desde o próprio nascimento, se pensarmos os diferentes tipos de parto, as diferentes formas que existem para alimentar um bebê e depois uma criança maior, as diferentes formas de caminhar, todas essas práticas são realizadas dentro de um sistema simbólico (MAUSS,1974).

Contudo, as técnicas corporais, como Mauss chama tais práticas físicas, não seriam mera repetição. Ele afirma que aprendemos por imitação prestigiosa, isto é, imitaríamos apenas atos daquelas pessoas nas quais confiamos e que têm autoridade sobre nós, havendo assim, um elemento de escolha pessoal e não apenas de reprodução de práticas. (MAUSS,1974).

O autor utiliza o termo *habitus* em latim, para descrever essa dimensão das práticas corporais. A perspectiva de Marcel Mauss, considera o corpo simultaneamente como produto e produtor de relações sociais, e não apenas como

um dado da fisiologia ou biologia - ou ainda, se quisermos utilizar os termos do debate antropológico, a perspectiva de que o corpo está na ordem da cultura, e não da natureza -, assentaria os fundamentos e indicaria a direção dos estudos sobre técnicas ou práticas corporais sob uma perspectiva da antropologia (MAUSS, 1974).

Elias também é referência nos estudos sociológicos sobre o corpo (1994). O autor realiza seus estudos sobre o desenvolvimento do processo de civilização na cultura ocidental observando mudanças nos comportamentos à mesa, nos hábitos de higiene, na tolerância às funções corporais, nas relações entre os sexos, nos sentimentos de nojo e repugnância, entre outros.

Para o autor, existe uma relação entre a sociogênese e a psicogênese, isto é, as estruturas sociais, as regras externas impactam e alteram a estrutura psíquica dos indivíduos. Tomemos como exemplo um dos objetos estudados pelo autor. Atualmente, é quase impossível pensar que um indivíduo escarre à mesa. Apenas pensar em tal situação chega a nos causar nojo e repugnância. Contudo esse era um comportamento corriqueiro e esperado na idade média. Ou seja, a mudança nas regras de etiqueta (coerção externa) modificaram comportamentos, que por sua vez modificaram sentimentos, e até reações físicas “espontâneas” como a repulsa (dimensão subjetiva). Para Elias, não se pode pensar em indivíduo sem sociedade ou em sociedade sem indivíduos. Para ele, é na noção de *habitus* onde se desenvolvem as características pessoais e o saber social é incorporado, corporificado (ELIAS, 1994).

Elias argumenta que o que se pode observar em processos históricos de longa duração são suas direções. As principais direções tomadas pelo processo civilizador no Ocidente identificadas por Elias foram, de acordo com Landini,

> “a mudança na balança entre coerção externa e auto coerção em favor da última; desenvolvimento de um padrão social de comportamento e sentimento que engendre a emergência de um autocontrole mais estável e diferenciado; e aumento no escopo da identificação mútua entre as pessoas. (...) aumento da pressão pelo desenvolvimento da previsibilidade; psicologização e racionalização; avanço no limiar

> de vergonha e repugnância; contração de comportamentos e contrastes emocionais e uma expansão das alternativas; e mudanças de uma perspectiva mais envolvida para uma mais distanciada" (LANDINI, 2006:95).

Essas direções serão identificadas em outros processos, como a civilização do apetite, a relação entre pais e filhos, e trabalhadas por outros autores.

Para Bourdieu, é o *habitus* que liga o indivíduo e a sociedade, e tal ligação se dá por meio do corpo. O conceito de *habitus* prevê que existem "regras do jogo" que limitam as ações do indivíduo. O indivíduo é dotado de diferentes capitais, ou capacidades (disposições) para atuar no jogo. Sempre existirão limitantes, e a liberdade de ação é limitada. Existe uma margem de manobra e o indivíduo é único em sua forma de criar dentro das limitações existentes. Mas não é possível que crie tais regras nem que as descarte totalmente. O *habitus* é resultado do posicionamento social dos agentes, sendo que o grande elemento de posicionamento é seu corpo. Por isso, pode-se afirmar que o *habitus* é individual e social ao mesmo tempo. Refere-se tanto a um grupo, a uma classe, a um gênero, e obrigatoriamente ao indivíduo (BOURDIEU, 2009: 87).

A partir desses autores, o corpo como sujeito/objeto de pesquisa sob uma perspectiva antropológica ou das Ciências Sociais se expandiram grandemente. Os estudos do corpo atualmente abrangem aspectos históricos, filosóficos, sociológicos e políticos. Há estudos que pesquisam sob a ótica das dinâmicas da dor, do sofrimento, dos processos terapêuticos, sob a ótica do posicionamento social ao se pensar em corpos marginalizados ou dissidentes, por exemplo. O que têm em comum, é o fato de mostrarem como as referências sobre o corpo são culturalmente marcadas e situadas (VALE DE ALMEIDA, 2004; LE BRETON, 2012, 2013)

Numa perspectiva histórica, Vigarello (2012) analisou os últimos 500 anos para mostrar como chegamos ao ideal de corpo que temos hoje nas sociedades ocidentais, o corpo magro. Magreza que já foi vista como signo de doença, e hoje é

o parâmetro desejado e referência de saúde e status social. As mudanças nas visões sobre o corpo também foram acompanhadas pelo desenvolvimento do conhecimento médico sobre o mesmo.

Dimensões históricas e medicalização da gordura corporal

Desde a época de Hipócrates, o peso excessivo já era objeto de atenção e considerava-se que estava relacionado a problemas físicos desagradáveis. Diversos tratamentos eram recomendados para devolver o corpo a um “estado moderado”, como o uso de purgativos, a prática de lutas e atividades físicas (EKNOYAN, 2006; POULAIN, 2013). Na Idade Média, em um contexto de escassez alimentar, a gordura era vista como prestígio e símbolo de poder; a barriga proeminente era sinal de saúde, vigor, força e poder. Segundo Vigarello (2012), a gula como algo pejorativo estava associada mais ao excesso do desejo do que ao perfil físico: condenava-se o vício, o pecado. A atitude era mais importante que a aparência, não havendo uma preocupação estética. Diferenciava-se o gordo do “muito gordo”, este último possuidor de quantidade de gordura capaz de impedir atividades cotidianas como caminhar e montar a cavalo.

No fim da Idade Média, Vigarello indica que três culturas começavam a mudar a visão que se tinha da gordura: a clerical, a cortesã e a médica. A cultura clerical tinha como centro de sua crítica a condenação ao vício. Por meio de sermões e textos tentava difundir a abstinência contra a cultura de banquetes e festas; opunha o ideal do jejum ao da opulência alimentar, com o primeiro representando a virtude e o segundo o vício. A cultura cortesã, em função do tipo de sociabilidade das cortes, voltada às danças e às maneiras à mesa, contribui para incutir a finura, “de modos e cinturas”, como um critério obrigatório. Nesse período, modificou-se também o tipo de combate, o que passou a exigir dos cavaleiros e lanceiros maior agilidade e leveza corpórea, alterando assim os padrões físicos desejados. Já a cultura médica, nesse período, dirigia-se a cuidar das consequências de se comer em demasia, bem como dos incômodos e desconfortos gerados pelo excesso da gordura. “A

gordura permanece sem definição, mas a vigilância ataca o mal-estar diretamente percebido. Ser sóbrio é o centro da questão, a sensação de pesado é a que a qualifica" (2012:48)".

O autor indica que no fim do século XV começa a delinear-se uma diferenciação social entre as gorduras: a popular e a distinta. Na popular, o tamanho grande, associado a algumas profissões como a de cozinheiro, padeiro e açougueiro, era valorizado; resquício também da realidade de privação de alimentos comuns às classes populares. Já na cultura ligada à nobreza, a da distinção, acentuou-se o ideal de leveza e refinamento, com a contenção alimentar vista como ideal moral, corroborado também pelas recomendações médicas sobre a saúde. Observou-se igualmente uma distinção entre homens e mulheres em relação aos padrões de gordura. A contenção física da gordura atingiu sobretudo as mulheres por meio do uso de cintas e espartilhos que começaram a moldar a silhueta.

A Renascença muda o horizonte cultural e o excesso de peso passa a ser associado com a lentidão e a preguiça, visto como sinal de descuido ou grosseria. De acordo com Vigarello, em uma época em que estar ativo adquiriu um novo valor, a gordura se tornou símbolo de "atraso" e inadaptação ao novo mundo. A gordura expressaria também denúncias coletivas: a corpulência dos ricos (nobres e clérigos) revelaria sua inutilidade e explicitaria seu caráter de aproveitadores. Mesmo sem grandes avanços no conhecimento científico sobre a gordura, os cuidados com esta se acentuam, "sobretudo por meio de regimes e da contenção física aplicada diretamente sobre a carne por meio de cintas e corpetes". Para o autor, o elemento mais condenado e estigmatizado era a decadência física e a impotência trazida pela gordura excessiva (VIGARELLO, 2012:65).

Outros processos históricos em curso, como o desenvolvimento do individualismo e a difusão das ideias da psicologia, em finais do XVIII e início do XIX, acabam por refletir-se também nas críticas à gordura. Esta passa a ser vista como o resultado de atitudes, comportamentos pessoais e de traços de personalidade distanciando-a assim, das vinculações morais dos períodos anteriores.

De acordo com Gracia-Arnaíz (2007), durante o século XIX se acentuou o chamado processo de civilização do apetite, um processo produzido de longa duração que modificou os padrões de comportamento alimentar em uma direção determinada: a sociedade teria incorporado uma mudança progressiva do exercício das restrições externas (sociais, culturais, econômicas, etc.) para o das restrições internas (higiene, dieta, etc.), restrições que as pessoas passaram a exercer sobre si mesmas. Como exemplo, a autora menciona a influência protestante e como suas recomendações dietéticas, que orientavam moderação e frugalidade, passaram a fazer parte da esfera ética, na qual o cuidado do corpo passou a ser uma responsabilidade moral (GRACIA-ARNAÍZ, 2007:238).

No início do século XX, continua a haver transformações nos padrões estéticos que valorizam os corpos mais magros e atléticos, mas ainda distantes dos padrões atuais. Até meados do século XX, a opinião médica considerava que entre 10 e 20 quilos de excesso de peso era saudável e até prudente, já que forneciam uma reserva de vitalidade para o enfrentamento de alguma enfermidade mais longa. O padrão feminino valorizava uma mulher de cintura fina mais ainda “bem carnuda” (EKNOYAN, 2006).

Com o avanço no conhecimento científico sobre as medições de um modo geral (distâncias, graus, pesos), os volumes começam a se diferenciar em escalas mais detalhadas e, com a difusão da balança com a precisão de gramas, as pesagens começam a se tornar mais corriqueiras. Komaroff (2016) afirma que, depois da introdução da balança utilizada com moedas, em 1885, primeiramente na Alemanha e em seguida nos Estados Unidos, “uma nova era para avaliações de peso e busca de peso “saudável” começou”. Podemos identificar nesse período o início do processo que vemos atualmente: o do peso corporal passar a ser um dos atributos identitários da pessoa (como a idade, a cor do cabelo). A autora aponta que no início do século XX, um baixo peso corporal era uma preocupação devido à ameaça de pneumonia e tuberculose, especialmente em adultos jovens e com baixo peso. Assim, o peso saudável tornou-se o critério para a inscrição do indivíduo nas apólices de seguro.

Mortoza (2011) indica que em virtude da necessidade de mensurar os riscos financeiros, o setor de seguros continuou a buscar dados que confirmassem a associação de massa corporal com os riscos de mortalidade nas populações e com isso as empresas de seguro começaram gradualmente a estabelecer números de pesos ideais relativos à idade e altura. Komaroff (2016) argumenta que a questão do peso "ideal" e o nível aceitável de desvio do "ideal" tornaram-se as questões mais importantes para as companhias de seguros. A autora mostra que o processo de definição das tabelas de medidas da obesidade passou de medidas de referência, a partir da média da população, para parâmetros de peso ideal, baseados na menor taxa de mortalidade. Com base na associação observada do peso corporal com a mortalidade, a Metropolitan Life Insurance Company (MLIC) desenvolveu as tabelas padrão para peso “ideal” (1942), depois “desejável” (1959) e, finalmente, apenas tabelas “altura para peso” (1983). Essas tabelas padrão tornaram-se a base para o desenvolvimento da definição atual para indivíduos com baixo peso, normal, sobrepeso e obesos, com base nos cortes do índice de massa corporal (IMC).

As definições da obesidade

O Índice de Massa Corporal (IMC), expresso pela relação P/A^2 (Peso dividido pela Altura ao quadrado) foi desenvolvido por Alphonse Quetelet na década de 1830. Inicialmente teve como objetivo definir o homem médio e compreender a alteração do peso ao longo da vida. Para tal, utilizou-se dos dados sobre altura e peso do exército belga. Por ser uma ferramenta de fácil utilização ao necessitar apenas de duas medidas, o IMC permitiu o desenvolvimento sistemático do conhecimento sobre a distribuição do peso entre populações e contribuiu para a uniformização nas pesquisas epidemiológicas. No entanto, o índice não considera as diferenças entre sexos, tipos étnicos, idade, nem características de distribuições individuais da gordura corporal.

Em 1995, um comitê de especialistas da OMS propôs que o IMC fosse escolhido como método de avaliação da obesidade, decisão que teve como consequência a alteração da própria definição da obesidade do adulto. A obesidade

passou a ter uma definição quantitativa, o IMC superior a 30. Não era mais definida como excesso de gordura que poderia ter efeitos patogênicos, nem variava de acordo com sexo, idade ou nacionalidade. Sua definição passou a ser universal. Em 1998, a OMS lança um relatório intitulado Obesidade: Prevenção e gestão da epidemia global, onde utiliza o termo epidemia para referir-se à prevalência da obesidade no mundo (WHO, 2000; Poulain, 2013).

É importante ressaltar que a obesidade foi considerada um fator de risco e não uma doença até 1990, quando foi incluída na nosografia oficial da International Classifications of Diseases. Somente nos anos 2000 foi elaborada uma definição internacional da obesidade da criança, por membros da International Obesity Taskforce (IOTF) e do Childhood Obesity Working Group (COGW), reunidos sob a égide da OMS.

A International Obesity Task Force definiu a condição de sobrepeso para um índice situado na curva de percentil de índice de massa corporal entre os valores de 85% a 95% para faixa etária, e a classificação de obesidade corresponde ao valor acima de 95% (ABESO, 2012). O Brasil adotou, desde 2009, as curvas de IMC da Organização Mundial da Saúde (OMS), disponíveis para meninas e meninos de 0 a 5 anos e de 5 a 19 anos. De acordo com a ABESO (2016), a classificação de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes segundo o IMC não se correlaciona com morbidade e mortalidade da mesma forma como se define obesidade em adultos.

A transformação do excesso de peso como problema moral (ligado à gula, ao não comedimento, à decadência física e ao atraso) em um problema no âmbito da patologia passou pelo processo de medicalização, de acordo com Poulain (2013).

Duas etapas podem ser distinguidas no processo: a primeira seria “a passagem de uma avaliação qualitativa para uma avaliação quantitativa, acompanhada pelo surgimento da noção de fator de risco”; e a segunda seria “o deslocamento do estatuto de fator de risco para o de doença, ao qual se pode atribuir um certo número de mortes e um custo” (POULAIN, 2013:158).

É notável como as companhias de seguro contribuíram para esse processo nas duas etapas citadas . Elas tanto buscaram estabelecer uma forma de medição quantitativa quanto buscaram formas de relacionar mortalidade a padrões de peso corporal, atribuindo custos a essas mortes.

Retomando o processo de patologização da gordura corporal, vê-se que o desenvolvimento do conhecimento médico no século XIX, que passava pela busca da localização das patologias, também modificou a compreensão que se tinha das causas da obesidade.

> "O verdadeiro estatuto patológico da obesidade começa, portanto, quando se passa a considerar o tecido adiposo como o foco do problema, da doença. (...) É o início de um conceito médico moderno sobre a obesidade, no sentido em que as ciências médicas, a partir daquele momento, passam a tentar evidenciar os processos anatômico-fisiológicos que agem por trás do seu desenvolvimento." (POULAIN, 2013: 161)

Os estudos desse período propunham romper com o senso comum da época de que a obesidade era fruto exclusivo da alimentação em excesso. De acordo com Poulain, o pensamento médico sobre a obesidade passou por três etapas: em primeiro lugar, considerou-a uma anomalia, um desvio do tipo normal, uma enfermidade. Em seguida, aplicou-lhe um esquema causal, e por fim, passou a vê-la como um objeto de inúmeras áreas da medicina, como a cirurgia, a farmácia, a psiquiatria. "Essa dimensão multidisciplinar e multiparadigmática da obesidade vai contribuir para o seu reconhecimento enquanto problema médico, permitindo a sua apropriação pelo corpo médico em seu conjunto" (2013:164).

Já o reconhecimento da obesidade como questão de saúde pública necessitou de duas condições, de acordo com Poulain. A primeira seria a institucionalização da temática, com o estabelecimento de sociedades de especialistas com seus periódicos científicos e serviços especializados nos hospitais; e a segunda, seria "a transformação de seu estatuto epistemológico, com

o deslocamento de sua definição qualitativa para a quantitativa, com sua designação enquanto doença, e, enfim, com a utilização do termo epidemia" (POULAIN, 2013:168).

Gracia-Arnaíz critica a definição de obesidade como epidemia global e as medidas uniformes para seu enfrentamento que foram tomadas com base em diretrizes de organismos internacionais como a OMS. Para a autora, a definição não contribuiu para o aumento da compreensão sobre sua etiologia, já que não se buscou compreender as especificidades das dinâmicas socioculturais que explicam as causalidades do fenômeno; nem permitiu que fosse fornecida uma resposta adequada, pois as ações de enfrentamento se enfocaram na responsabilização individual voltadas para o comportamento alimentar e para a prática de atividade física (2015:199). O que se conseguiu, segundo a autora, foi a legitimação do "estar em dieta" como uma forma de vida.

Greenhalgh (2015) argumenta que definir a obesidade como uma epidemia torna a questão um problema de toda a sociedade, já que todos passam a estar sujeitos a essa "doença". O foco das políticas de enfrentamento da obesidade na prevenção não afetaria apenas os que estão com sobrepeso, mas a todos, já que é necessário se manter em vigilância para que os quilos em excesso não cheguem, e caso cheguem, sejam rapidamente eliminados.

A autora fala sobre o contexto dos Estados Unidos, o país com um dos maiores índices de obesidade do mundo. Segundo Greenhalgh, a estratégia de prevenção generalizada não só tem falhado em evitar que as pessoas ganhem peso, mas tem tido um efeito negativo sobre a saúde física e mental, sobretudo das crianças e dos jovens. A autora, que escreve com base em sua pesquisa etnográfica, observou que estão sendo criadas subjetividades "peso-cêntricas", isto é, uma subjetividade onde o peso passa a ser o principal atributo da identidade da pessoa: magra demais, gorda, obesa, cheinha (GREENHALGH, 2015).

Greenhalgh utiliza a noção de biocidadania, derivada do arcabouço conceitual de Foucault, que seria o pertencimento político ou cidadania ligada a nossos atributos corporais, para explicar seu argumento. Para ela, desde

aproximadamente 1900 (nos Estados Unidos), manter um certo tipo de corpo (antes magro, atualmente magro e em forma) é uma das responsabilidades sociais de um bom (bio) cidadão. O peso deve ser "normal" do ponto de vista médico. Para que esse modelo funcione não basta que o biocidadão cuide apenas de si, ele tem que cuidar de outros.

Esse cuidar se dá por meio da "fat-talk". A "fat-talk" é toda conversa que gira em torno do peso (alto, baixo, excessivo, normal) e das práticas associadas a ele (dietas, receitas, estratégia de perda, de ganho de peso, etc.). Para a autora, atualmente nos Estados Unidos, a "fat-talk" é praticamente ubíqua: está nos jornais, nos programas de televisão, nas conversas entre amigas, entre desconhecidos em filas de banco, nas escolas. Existem dois tipos de "fat-talk": a biopedagógica e a bio-abusiva (biobulling). A "fat-talk" biopedagógica teria como função informar as pessoas sobre seu status (muito gorda, muito magra, etc.) e instruir as pessoas sobre o que elas devem fazer para serem "normais". Nessa modalidade, pode-se incluir a "fat-talk" positiva, isto é, o elogio e o reconhecimento de quando a pessoa emagrece, ou atinge uma forma corporal. O segundo tipo, que a autora chama de bio-abusiva, tem como estratégia ridicularizar, humilhar, envergonhar ou expor a pessoa em relação a seu peso. Tudo seria válido, desde que para o próprio bem da pessoa, isto é, caso as ofensas motivem a perda de peso elas teriam validade. No caso de crianças e adolescentes, as *fat-talks* ocorrem entre pares, mas também com pais e professores (GREENHALGH, 2015).

As "fat-talks" também podem chegar a um estágio onde se transformam em práticas concretas, amparadas por força legal ou moral. Ela dá como exemplo os médicos que prescrevem dietas com base exclusivamente no IMC do paciente, já que o médico é quem tem a atribuição de diagnosticar e indicar tratamento, ou ainda, os professores que indicam práticas de exercício físico como tarefa de casa para alunos com vistas à perda de peso.

Isso acabaria por gerar uma situação que leva à estigmatização dos sujeitos já que a pessoa é reduzida a apenas uma característica, seu peso. Nas palavras da autora, a pessoa se torna um "sujeito gordo", independentemente de seu peso.

“Uma pessoa obesa é alguém com um IMC de 30 ou superior. Um sujeito gordo é alguém que, independentemente do seu peso, identifica-se como gordo, organiza a sua vida em torno dessa gordura e adquire os atributos de uma típica “pessoa gorda” (Greenhalgh, 2015: 210).

Greenhalgh afirma que no âmbito das relações familiares, as mães são as principais responsáveis pelo peso dos filhos. A autora afirma que, embora os discursos públicos direcionem a culpa para as mães trabalhadoras (sobretudo as negras, hispânicas e pobres), as pesquisas etnográficas sugerem que todas as mães estão sob intensa pressão para manter o peso de seus filhos para baixo. “Mas as pressões que sentem mais intensamente não vêm de discursos públicos; eles vêm de comentários maliciosos de pessoas em seus mundos sociais” (2015:311). O papel do pai seria o de julgar e avaliar o peso dos filhos, especialmente o das meninas, e delegar a responsabilidade para a mulher consertá-lo.

1.2 A produção recente da Saúde Coletiva

Como mencionado na Introdução, o periódico The Lancet publicou um artigo em 2018, que é considerado uma virada na abordagem hegemônica sobre a obesidade. Intitulado “Time for a new obesity narrative”, o artigo trata da necessidade de se construir uma nova narrativa para a obesidade que considere a experiência concreta dos sujeitos (RASLTON et al., 2018). Os autores argumentam que a narrativa atual se baseia em um modelo causal simplista culpabilizante dos indivíduos e que os responsabiliza por sua obesidade: ora vendo os obesos como vilões, ora como vítimas da situação. Contudo, “atrás de cada estatística de obesidade estão pessoas reais vivendo com obesidade”, dizem os autores (RASLTON et al., 2018:1385). Desse modo, uma nova narrativa deveria ser construída em torno dos indivíduos obesos (ou em risco de obesidade) onde estes sejam vistos como protagonistas. Isto é, como pessoas que possuem agência e que operam dentro de limitações fisiológicas e de um ambiente obesogênico sobre o qual seu controle é limitado.

A nova narrativa deveria incorporar quatro vertentes: reconhecer que são necessários que múltiplos atores e setores trabalhem juntos e simultaneamente para enfrentar o problema; mudar as palavras e imagens usadas sobre a obesidade para mudar o foco sobre os indivíduos e passar a instâncias maiores; priorizar a obesidade infantil e a crescente carga da obesidade em ambientes de baixa renda; e por fim, reconhecer dentro do sistema de saúde a obesidade como uma doença crônica, que deve ser tratada e prevenida ao mesmo tempo (RASLTON et al., 2018:1386).

Esse artigo é de grande importância, pois ao propor uma mudança de foco, reconhece a não eficácia dos direcionamentos e das ações que vinham sendo realizadas nas últimas décadas. Embora tenha representado uma mudança de perspectiva nas publicações de saúde hegemônicas, essa visão vem sendo apresentada e trabalhada já há vários anos por pesquisadores do tema.

Na Saúde Coletiva brasileira, Carvalho e Martins, desde 2004, já discutiam a obesidade como um objeto complexo e propunham a superação das dicotomias e oposições utilizadas no debate como corpo/mente, “comer por querer/não comer porque engorda”. Não haveria na prática uma divisão da pessoa onde a mente manda no corpo, já que o ser humano é um ser integral. As autoras chamam a atenção para a relação ética entre alimentação, corpo e saúde, indicando que as regras nutricionais devem ser flexíveis e adaptáveis às necessidades corporais e às vivências dos indivíduos, reconhecendo seus conflitos internos e ambivalências. Indicam também que a obesidade deve ser cientificamente tratada em sua complexidade não cabendo a divisão tradicional entre trabalhos quantitativos e qualitativos (CARVALHO e MARTINS, 2004:1006).

Wanderley e Ferreira (2010), apontam que existe o consenso na literatura de que a obesidade possui etiologia complexa e multifatorial, incluindo aspectos culturais, psicossociais, históricos, ecológicos, políticos, biológicos. Porém, as autoras notam que apesar desse reconhecimento, os fatores mais estudados são os biológicos e relacionados ao estilo de vida, sobretudo os relativos à dieta e atividade física (WANDERLEY e FERREIRA, 2010:186). As autoras trabalham os

diferentes aspectos da complexidade da obesidade mostrando as especificidades brasileiras. Seu estudo trata dos fatores genéticos e metabólicos da obesidade, seus aspectos simbólicos, culturais e psicológicos e as implicações do estilo de vida moderno sobre a obesidade. Abordam ainda as influências históricas e ecológicas, indicando que o avanço da obesidade no mundo é um dos resultados do fenômeno da transição nutricional, caracterizada pelas mudanças nos padrões de alimentação (incorporação da “dieta ocidental” rica em gorduras, açúcares e alimentos refinados, com fibras reduzidas) e nos padrões de atividade física (com redução da atividade física e adesão ao padrão sedentário), que as populações vêm apresentando nos últimos anos.

Elas apontam a especificidade brasileira onde os problemas de escassez alimentar vêm sendo substituídos pelo excesso dietético. No entanto, há uma convivência entre os problemas de desnutrição e anemias, que ainda persistem, e as doenças resultantes do excesso alimentar, sobretudo em regiões de menor desenvolvimento socioeconômico como o nordeste brasileiro (WANDERLEY e FERREIRA, 2010:188).

Concordando com Wanderley e Ferreira (2010), Moraes et al. (2014) apontam que o Brasil convive com o paradigma da dupla carga de malnutrição (DCM), ou seja, coexistem doenças de carências nutricionais relacionadas à desnutrição e à falta de alimentação e doenças ligadas ao excesso de peso e às DCNT. Moraes et al. (2014) afirmam que as crianças com excesso de peso podem apresentar carências nutricionais específicas, a chamada “fome oculta” que se caracterizaria pela inadequação da alimentação, qualitativa ou quantitativamente, podendo resultar em prejuízos no desempenho cognitivo e na capacidade de trabalho. No cenário internacional, também se observa que os países de renda baixa e média enfrentam uma dupla carga de malnutrição (DCM), na qual o excesso e o baixo peso coexistem na mesma pessoa, família ou população (SEFERIDI et al., 2022).

Dentre os artigos que trabalham a obesidade sob uma perspectiva que considera os marcadores sociais da diferença, Ferreira e Magalhães (2011)

apontam a complexidade entre obesidade e pobreza feminina, e consideram que são necessários quatro fatores para a compreensão do problema: o biológico (diferenças de gordura corporal entre os sexos e fatores ontológicos e adaptativos), o socioeconômico (indicadores sociais e estilo de vida, dieta e atividade física), o simbólico-cultural (corpo e alimentação) e emocional. As autoras afirmam que ao se considerar as especificidades de cada grupo, pode-se propor políticas de prevenção e promoção à saúde mais efetivas. No caso das mulheres pobres por exemplo, as políticas deveriam assumir a gestação e o puerpério como momentos importantes na prevenção da obesidade, além de políticas voltadas a questões ligadas à geração de renda e igualdade de oportunidades equitativas no mercado de trabalho.

Contudo, observa-se que muitas diretrizes que orientam a atuação de profissionais de saúde ainda não consideram as variáveis socioeconômicas e culturais e igualam as orientações para toda a população (PAIM e KOVALESKI, 2020).

Fernandes e Barbosa (2016), discutem a construção social sobre o corpo gordo enquanto corpo periférico, que seria o corpo do qual emanam “signos desvalorizados pelos padrões constituintes da centralidade corpórea”. A centralidade corpórea é entendida pelos autores como o resultado da valorização de certos aspectos do corpo, que passam a ser a norma a ser seguida; na atualidade é o corpo magro e o corpo trabalhado na academia. Na periferia estariam os corpos com deformidades e defeitos físicos, além do corpo gordo. Os autores entendem o corpo como objeto que comunica o biológico, o social e o cultural. O corpo posiciona as pessoas na estrutura social e ao ser visto e classificado como periférico pode se constituir como fonte de estigma e sofrimento psíquico (FERNANDES e BARBOSA, 2016).

A tendência a patologizar o corpo gordo e a valorizar a magreza foi encontrada nas Diretrizes brasileiras de obesidade (2016) da ABESO, a associação médica voltada para a obesidade mais importante do Brasil. Ao analisar as Diretrizes, Paim e Kovaleski (2020) observaram que as diretrizes tendem a patologizar o corpo gordo e a valorizar o corpo magro, assumindo risco como pré-

doença, já que propõe intervenções nas pessoas classificadas com sobrepeso. As orientações enfocam no emagrecimento com dietas hipocalóricas incentivando a autovigilância e o autocontrole alimentar.

Os autores indicam ainda que as diretrizes sugerem que as pessoas são gordas porque são ignorantes em relação à sua alimentação, pois no momento em que tivessem conhecimento, suas atitudes mudariam. Essa visão ecoa a postura dominante até os anos 1970, que associava a má alimentação à ignorância e não à renda, como mostraram Pinheiro e Carvalho (2010). Preconiza-se orientações de cunho individual e, embora se mencionem questões ambientais, as orientações são todas voltadas para a ação do indivíduo como se este tivesse pleno controle de seu contexto. Essa postura evidencia uma visão medicalizada da alimentação, já que acredita que as pessoas apenas se alimentariam em função dos riscos/benefícios dos alimentos para a saúde (PAIM e KOVALESKI, 2020).

Seixas e Birman, (2012) analisam a obesidade como doença sob a perspectiva de sua construção histórica. Utilizam-se dos conceitos de biopoder e biopolítica de Foucault para analisar como a situação do corpo em excesso passou do campo do cuidado de si para uma medicalização da vida. Essa discussão remete à afirmação feita por Foucault sobre o poder pastoral exercido pela medicina. Argumentam que o tratamento atual da obesidade causa um aumento da tutela dos Estados modernos sobre a vida dos indivíduos e mostram que dispositivos de poder contemporâneos “incidem diretamente sobre o corpo, visando ao controle e à gestão sobre a vida ” (SEIXAS E BIRMAN, 2012:19).

Os críticos a essa visão argumentam que se a obesidade fosse apenas uma maneira de ser no mundo, uma condição resultante do desejo dos indivíduos, o Estado não estaria obrigado a agir, seja oferecendo tratamentos aos obesos, ou estabelecendo regras para que os planos de saúde incluam em sua cobertura tratamento aos males causados pelo peso excessivo. Tampouco precisaria intervir por meio de regulamentações na indústria alimentícia, ou nas propagandas de alimentos voltados ao público infantil. Já que essas questões estariam no âmbito das responsabilidades privadas e seriam de foro íntimo (PALMA e VILAÇA, 2012).

Lopes et al. (2014) discutem sobre o que poderia ser considerada uma abordagem sociocultural ou socioantropológica da obesidade. Para eles, seria uma abordagem que articula interpretação (compreensão) e explicação (crítica), e que considera elementos sociológicos que expõem as desigualdades sociais, sem cair em essencialismos e em explicações psicologizantes. As Ciências Sociais pensam que o nível socioeconômico, o gênero, a raça, cor ou grupo étnico, a idade, são alguns dos elementos a serem considerados para a explicação das várias "obesidades". Assim como Wanderley e Ferreira (2010), os autores argumentam que a abordagem dominante sobre a obesidade incorpora fatores de caráter social e cultural de forma muito superficial, ainda que em seu discurso exalte a complexidade da questão.

Além da contribuição para a complexificação dos debates sobre obesidade, os autores apontam algumas das contribuições possíveis trazidas pela abordagem socioantropológica/sociocultural. A primeira seria a oportunidade, a partir de um conhecimento etnográfico situado, de conhecer a experiência social da criança com o rótulo de obesa ou com sobrepeso. Tal conhecimento permitiria, a partir de casos concretos, dar a conhecer os contextos e elementos que conformam esta experiência (como a escola, a família, os itinerários terapêuticos), e ajudar a compreender os efeitos não intencionais de políticas de prevenção e tratamento do problema. Outra contribuição seria tirar do centro da interpretação as explicações de cunho sanitário e alimentar indicando "outras dimensões e atores relacionados com formas particulares, locais, de trabalho cultural sobre o corpo, a subjetividade ou a identidade" (LOPEZ et al., 2014: 1727). Por fim, sugerem que a abordagem sociocultural poderia apontar formas colaborativas de se construir conhecimentos e de se buscar soluções para o problema a partir de contextos coletivos.

Os autores propõem ideias de intervenções, no âmbito comunitário, que poderiam ter efeito na questão da obesidade, alertando-nos sobre serem os contextos locais e suas condições que definem as possibilidades de ação coletiva. A primeira seria a participação de pais e educadores em programas de educação nutricional e de prevenção. A ideia é que todos participem e não apenas os pais de criança com excesso de peso, pois o objetivo é que se diminua o estigma sobre a

questão. Uma segunda proposta, seria a rearticulação de culturas alimentares locais (receitas, produtos, tradições, etc.) a fim de atuar sobre as redes socioeconômicas e explicitar o caráter assimétrico da indústria alimentar. E por fim, conseguir que os coletivos tenham participação em instâncias decisórias que possam impactar em regulações das indústrias ligadas à alimentação (regulação sobre produtos, propagandas, etc.) (LOPEZ et al., 2014:1728).

A obra da antropóloga espanhola Gracia-Arnaiz é uma grande referência na abordagem socioantropológica da obesidade e da alimentação. Para a autora, uma análise socioantropológica deve olhar as dimensões estruturais e se perguntar por que os mesmos fenômenos afetam as pessoas de formas diferentes (GRACIA-ARNAIZ, 2015).

As diversas formas de organização socioeconômica desenvolvidas pelos grupos humanos para resolver as necessidades alimentares são as que determinam o acesso, a disponibilidade, as opções e o consumo de alimentos. A Antropologia se interessa em saber como, por quê e para que usamos os alimentos, e com que consequências materiais e simbólicas para as pessoas e os grupos. Para a autora, comida é *habitus*, não hábito. (2015:24). Gracia argumenta que “Consumir comida exige atividade e relação” (2015:12), já que o consumo é um lugar de relações sociais, de intercâmbios, de trabalho, de produção e reprodução social.

Ela argumenta que a sociedade atual induz o indivíduo ao consumo e, ao mesmo tempo este deve controlar-se em função de sua saúde e de sua forma física. Ele consome seguindo as “orientações” dadas pelas indústrias de alimentos, de saúde, do emagrecimento, do autocuidado, que acabam por exercer seu poder pastoral.

Segundo a autora, os programas de promoção à saúde têm visão simplista. pois não veem o estilo de vida como “práticas originadas pelas condições materiais e ideológicas e existência dos sujeitos”, e sim como comportamentos escolhidos (comer, exercitar-se ou não) a partir do qual os indivíduos põem em perigo sua saúde (GRACIA-ARNAÍZ, 2015:24). A autora afirma ainda, que ao se conceber as práticas alimentares ou corporais, que são culturais por excelência, como a origem

de uma patologia, e ao se pretender alterá-las, as ferramentas da epidemiologia e os estudos clínicos não são suficientes para compreender os mecanismos que envolvem estes processos, visto que a alimentação, a saúde e a cultura são indissociáveis.

A questão da medicalização da alimentação no Brasil é trabalhada por autores como Viana et al. (2017), que apontam a contribuição que a racionalidade nutricional teve para o processo. A racionalidade nutricional é entendida como o “dever comer”, que tem a saúde como necessidade e objetivo central e a ciência como fundamento. Esta racionalidade contribuiria para a medicalização da alimentação ao descredenciar o sujeito do autocuidado alimentar, ao sugerir a ideia dos riscos de uma suposta alimentação inadequada e ao fomentar a ideia de que comer bem é comer de acordo com os princípios científicos. A comida deixa de ser pensada como atividade humana complexa que envolve aspectos culturais, políticos, fisiológicos e até existenciais (VIANA et al., 2017).

Alcaraz J. et al. (2020) se propõem a atualizar as abordagens teóricas socioculturais sobre a obesidade. Eles afirmam que na atualidade existem dois modelos explicativos dominantes: o biomédico e o sociocultural. O modelo biomédico para os autores, caracteriza-se por entrecruzar lógicas clinicas e morais, passando para o sujeito obeso a responsabilidade de superar seu entorno tóxico para preservar sua saúde e seu peso corporal. Quando incorpora o ambiente, o faz usando o termo de ambiente obesogênico, que seria o mais próximo de uma ponderação sobre o social possível dentro desse modelo explicativo biomédico (ALCARAZ J. et al., 2020:6).

Dentro do modelo sociocultural, os autores indicam que houve um primeiro desenvolvimento da questão a partir dos autores clássicos como Marcel Mauss, Lévi-Strauss e Norbert Elias, que não tratam diretamente sobre a questão do peso, mas desenvolvem interpretações sobre o fenômeno da alimentação humana. Mauss teria contribuído ao tratar da questão da alimentação como fato social total e Lévi-Strauss ao refletir sobre a transformação dos alimentos de crus para cozidos (metaforizando a passagem da natureza à cultura). Já Elias mostrou como se deu

o processo da incorporação das normas e regras à mesa, que foi a base para o trabalho de Mennel (2009) que relaciona as normas que regulam a forma da alimentação a grupos sociais determinados (ALCARAZ J. et al., 2020:5).

Em seguida, a abordagem sociocultural, teria contribuído ao pensar sobre as explicações multicausais sobre a questão do peso com análises que privilegiavam as mudanças socioculturais; as estratégias adotadas pelas pessoas para solucionar seus problemas de saúde com base em seus valores e crenças, destacando-se nesse tema a obra da autora Gracia-Arnaiz; ou ainda mostrando como o disciplinamento dos corpos e das consciências individuais vem tornando as pessoas cada vez mais dependentes da opinião especializada (ALCARAZ J. et al., 2020:5).

Como atualização teórica para pensar a obesidade de uma perspectiva sociocultural os autores argumentam que Bourdieu, Foucault e Hacking possuem ferramentas conceituais, que poderiam ajudar a reavaliar a questão da obesidade.

De Bourdieu, os autores apontam a noção de *habitus* como um conceito útil para pensarmos o problema da obesidade. O conceito já foi apresentado no Capítulo1, e está ligado à ideia de uma ação individual que é condicionada por esquemas e comportamentos inconscientes da ação, percepção e reflexão. Considerando a argumentação de Bourdieu sobre a noção de *habitus*, vemos que a escolha da alimentação não se trata de uma opção individual resultante da escolha racional baseada no risco à doença, como entende a lógica biomédica hegemônica. Há limitações de ordem, cultural, econômicas, sociais, de gênero, entre outras que condicionam a ação de escolha dos indivíduos.

Com Foucault, os autores trabalham a noção das “novas pastorais de saúde” ou “poder pastoral”, que seria o resultado da adaptação das relações de poder que os Estados, através da medicina, herdam da Igreja no século XVIII. A medicina passa a normatizar determinados estados corporais e comportamentos e passa ser a referência para orientar condutas e modos de vida. A patologização da gordura entra nesse processo e os indivíduos passam a ser responsabilizados por seu peso corporal ao mesmo tempo que “procedimentos técnicos e terapêuticos passam a formar parte de suas vidas cotidianas, ressignificando-se dentro de narrativas

biográficas onde o peso, a aparência corporal e a identidade pessoal serão sempre uma tarefa inacabada” (ALCARAZ J. et al., 2020:13).

Já Hacking é um autor que critica a noção de construção social. Ele está interessado nos efeitos sociais da interação das pessoas com categorias científicas usadas para caracterizar problemas humanos. Tais categorias são interativas e geram efeitos nas pessoas que são designadas por elas. A categoria da obesidade é colocada em prática e divulgada através de diagnósticos, campanhas de prevenção e meios de comunicação. De acordo com os autores, e a partir de sua leitura de Hacking, a obesidade não deve ser vista apenas como uma construção social, e sim como um “produto social contingente” no qual “entram em jogo identidades individuais e coletivas, em torno das quais se pode tratar de ponderar o peso específico de certas determinações que podem aliviar o peso da excessiva responsabilização”. Isto é, não há uma construção social fora do indivíduo que o classifique como obeso, o que há é uma interação do indivíduo com essa categoria, de modo subjetivo e coletivo simultaneamente, indicando que para Hacking o indivíduo possui agência (ALCARAZ J. et al., 2020:10).

As novas abordagens propostas no artigo podem ser sumarizadas em quatro ideias transversais ao trabalho dos autores citados. A primeira seria considerar a agência dos atores sociais, sejam eles individuais ou coletivos; a segunda seria complexificar as cadeias de causalidades sobre o problema da obesidade e do sobrepeso; a terceira, seria considerar a centralidade das práticas dos sujeitos em suas dimensões locais e concretas; e por fim, observar o efeito das concepções e intervenções dos especialistas, que muitas vezes tem impacto direto na vida dos indivíduos e nem sempre estes são positivos.

Uma das grandes questões no debate sobre obesidade é sobre a relação entre a ação do indivíduo e as condições estruturais de seu ambiente. Se traduzirmos em termos das Ciências Sociais poderíamos dizer que se trata da questão da relação entre indivíduo e sociedade, ou sobre agência e estrutura. Essas que são questões clássicas das Ciências Sociais, se atualizam no presente debate.

O que teria mais impacto no combate à obesidade, as ações individuais ou as ações estruturais ou ambientais?

O debate atual realizado nas Ciências da Saúde emprega o termo estilo de vida e afirma que a maior parte das doenças atuais são decorrências deste. É de vital importância observar que a noção de estilo de vida, tal como em uso atualmente, implicitamente sugere que o estilo de vida é uma escolha individual. A ideia de que o “estilo de vida” é algo que se escolhe livremente, não leva em conta os constrangimentos da vida em sociedade.

Atualmente a lógica social e culturalmente hegemônica na qual as questões relativas ao peso são interpretadas é a biomédica, ou seja, o chamado excesso de peso tende a seguir “as regras do jogo” da biomedicina. Em se tratando das crianças, a situação se complexifica. As crianças possuem escolhas limitadas, mas também escolhem. No entanto, não seguem a lógica biomédica dominante de pensar em suas ações com base na análise de riscos futuros. Não é possível responsabilizar os pais exclusivamente por seu comportamento, já que são indivíduos, que fazem escolhas dentro de suas possibilidades. E ao mesmo tempo, podem ser consideradas uma população vulnerável frente às estratégias de propaganda e marketing da indústria alimentícia, por exemplo.

Ao examinarmos os estudos empíricos vemos que o papel da família para a formação dos hábitos alimentares, de atividade física e de transmissão da obesidade é bem reconhecido na literatura. Mas, o que se discute na literatura ainda é por meio de qual mecanismo isso ocorre, se pela transmissão dos genes ou dos hábitos, ou por uma combinação de ambos.

Camargo et al. (2013) ao analisarem a percepção materna sobre o peso das crianças, verificam que não há uma concordância entre a visão familiar sobre o peso adequado e os parâmetros médicos. Tendo em vista o papel fundamental da família, sobretudo o da mãe, para a prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade, Camargo et al. (2013) propõem como um subitem na multifatoriedade do excesso de peso em crianças, a percepção materna sobre seu estado corporal.

Os resultados de Almeida e Junior (2015) em estudo sobre a medida de transmissão intergeracional da obesidade no Brasil indicam que há uma associação forte entre o IMC dos pais e filhos, sendo que a associação aumenta em famílias monoparentais e quando ambos pais são obesos. O estudo identifica que quanto maior a idade da criança e seu IMC, maior o efeito intergeracional de saúde dos pais, que a obesidade materna se sobrepõe à paterna em termos de transmissão intergeracional e que as escolhas alimentares e de atividade física feitas pelas crianças e jovens são fortemente influenciadas pelo ambiente familiar.

Lima et al., (2017) vão na mesma direção e mostram que a presença de sobrepeso ou obesidade nos pais aumenta o risco de crianças e adolescentes desenvolverem excesso de peso. Os autores apontam que o risco aumenta quando ambos os pais apresentam excesso de peso. Outros fatores que contribuiriam para o excesso de peso de adolescentes e crianças seria menor renda familiar, menor nível de escolaridade materna e sexo masculino. Com isso em vista, os autores apontam a necessidade de políticas de prevenção e tratamento da obesidade que considerem tantos os aspectos socioeconômicos quanto os biológicos.

O envolvimento da família resulta em melhores resultados em se tratando de intervenções sobre o índice de massa corporal, como afirmam Friedrich et al. (2012). Os autores apontam as intervenções com mais efeitos positivos como aquelas que, além de contarem com a participação da família, combinam atividade física e educação nutricional e não as intervenções isoladas. Contudo, o efeito das intervenções sobre o IMC deve ser lido com cautela já que o índice não leva em consideração a composição corporal. Por estarem em fase de maturação sexual, as mudanças na massa corporal podem resultar de mudanças na fase de amadurecimento das crianças e não apenas do consumo alimentar inadequado e do sedentarismo (FRIEDRICH RR et al., 2012).

Em relação à prática de atividade física, embora não exista um consenso sobre o tempo mínimo ideal para pré-escolares, os autores mostram que o risco de comportamento sedentário entre essa população aumentou no período de 2006 a 2016, independentemente do nível de frequência aplicado. Variáveis contextuais

como a falta de estímulo em casa e na escola, falta de tempo e espaço para brincadeiras ao ar livre, problemas de infraestrutura e recursos nas escolas, rotinas rígidas e tempo gasto em telas (TV, celulares e tablets) foram associados com os níveis baixos de atividade física (COELHO e TOLOCKA, 2020).

Estudos vêm apontando uma associação positiva entre excesso de peso e hipertensão arterial em crianças e adolescentes (CRUZ et al., 2019; CORRÊA NETO et al., 2014; FERREIRA e AYDOS, 2010). No entanto, já se tem evidências que indicam que o excesso de peso em adolescentes não se associa com a pressão arterial elevada em adolescentes praticantes de esportes, sugerindo que a atividade física seria um elemento de proteção da saúde cardíaca em crianças e adolescentes com excesso de peso, sobretudo em meninos (COLEDAM et al., 2017; OLIVEIRA et al., 2018). Outro estudo com adolescentes brasileiros mostrou que o comportamento sedentário resultou em uma associação com a pressão arterial elevada apenas entre os meninos (Oliveira et al., 2018).

O que se observa a partir desses estudos é que todos mostram que o ambiente familiar, tomado de modo amplo (hábitos, renda, acesso a espaços de lazer, monoparentalidade, gênero do cuidador principal) responde fortemente pela situação de excesso de peso da criança. Sendo desse modo, local privilegiado para a ação em prol da recuperação ou manutenção da saúde da criança.

A discussão sobre como a publicidade de bebidas e alimentos ultraprocessados afeta as crianças é feita por Mallarino et al.. (2013). De acordo com os autores, as evidências científicas mostram que a publicidade dirigida à infância tem efeito sobre a formação dos padrões alimentares, ainda mais considerando-se que são um grupo vulnerável frente ao poderio da indústria alimentícia. Esta última tem investido cada vez mais em propagandas, e em interação para formação de reconhecimento, preferência e fidelidade às marcas. Os autores propõem regulação da publicidade dirigida às crianças com dois argumentos centrais. O primeiro, de que a população infantil é mais vulnerável ao marketing, pois ainda não tem maturidade para discernir sobre as intenções detrás da propaganda e para tomar decisões autônomas em relação a uma dieta saudável.

O segundo, de que hábitos dietários são construídos nesse período e persistem ao longo da vida adulta. Seria a lógica de “cuidar da criança hoje é cuidar do adulto de amanhã”. Os autores argumentam que o ambiente alimentar desempenha um papel maior do que se imaginava anteriormente na construção dos hábitos alimentares e da saúde, e também por essa razão os governos teriam a obrigação de proteger a saúde das crianças através da regulação que está a seu alcance.

Políticas de Controle e Prevenção da Obesidade

As políticas de controle e prevenção à obesidade no Brasil são marcadas pelo desafio da intersetorialidade. Isso ocorre por tais políticas atravessarem setores de saúde, educação, esporte e alimentação e por não estarem sob a alçada de nenhum órgão com exclusividade. No âmbito do Governo Federal a questão da obesidade tem como protagonista o Ministério da Saúde, que realiza o diagnóstico e monitoramento da obesidade na população brasileira, estabelece diretrizes para aplicação no SUS, e coordena ações intersetoriais em conjunto com outros órgãos e instâncias do Governo. As ações de tratamento têm se concentrado nas seguintes abordagens: nutricional, atividade física, comportamental, farmacológica e cirúrgica. (ALVES e JAIME, 2014, HENRIQUES et al., 2018, NAFALSKI et al, 2021)).

Visando reverter o cenário do aumento da prevalência da obesidade adulta, e sobretudo infantil, o governo brasileiro vem tomando uma série de medidas. O Quadro 1 apresenta os principais marcos legais do governo federal para o enfrentamento da obesidade.

	Quadro 1 - Marcos Legais
Ano	
1999	Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN**)**
2001	Protocolo de Indicação de Tratamento Cirúrgico da Obesidade grave
2002	Guia Alimentar para Crianças Brasileiras
2005	Diretrizes para a atenção ao portador de obesidade
2006	Guia Alimentar para a população Brasileira, reeditado em 2016
	Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL)

	Lei 11.265, que regulamenta a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras
	Caderno de Atenção Básica nº 12 de 2006 – Obesidade
	Promoção de Alimentação Saudável (PAS) nas escolas Portaria Interministerial nº 1010, 2006 –
2007	Programa Saúde na Escola (PSE)
	Portaria nº 1.569, de 28 de junho de 2007, que institui diretrizes para a atenção à saúde, com vistas à prevenção da obesidade e assistência ao portador de obesidade
2009	Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE)
2010	Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN)
2011	Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
	Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 2011-2022
2012	Estratégia Nacional Para Promoção do Aleitamento Materno
2013	Portaria do Ministério da Saúde nº 424, de 2013, redefine as diretrizes da organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e da obesidade
2014	Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade
2017	Programa Crescer Saudável
2018	Política Nacional de Promoção da Saúde
2020	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Sobrepeso e Obesidade em adultos
	Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 429, de 8 de outubro de 2020, que aborda sobre a rotulagem nutricional dos alimentos embalados
2021	Estratégia Nacional para Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil - Proteja

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), de 1999, é considerada um marco, pois é a partir desse instrumento que a obesidade começa a ser pautada como objeto de intervenção governamental (HENRIQUES et al., 2018). Nesse período, a obesidade infantil ganha mais destaque pelo elevado aumento de sua prevalência no país, e já passa a ser considerada um problema de Saúde Pública.

As ações de prevenção e controle da obesidade infantil, no âmbito do Governo Federal encontram-se distribuídas em três Políticas Nacionais: a Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS), a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN) e a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN).

Dentro do escopo dessas três políticas está a Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS). A PAAS corresponde a uma das diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), insere-se como eixo estratégico da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), e de acordo com o Ministério da Saúde, tem como enfoque prioritário a “realização de um direito humano básico, que proporcione a realização de práticas alimentares apropriadas dos pontos de vista biológico e sociocultural, bem como o uso sustentável do meio ambiente”.

Henriques et al., (2018) ao analisar as ações de prevenção e controle da obesidade infantil, com foco nas ações de PAAS, identificaram que suas principais ações visavam fomentar: “a educação alimentar e nutricional; os sistemas produtivos de base agroecológica; a agricultura familiar; a acessibilidade alimentar; os ambientes saudáveis e as ações regulatórias (HENRIQUES et al., 2018:4143).

Estas ações afetam diferentes condicionantes da obesidade infantil, e como consequência, afetam interesses variados. As políticas do setor de saúde têm se focado em alguns dos condicionantes da obesidade, tais como: o seu reconhecimento como uma questão de saúde que demanda ações específicas; a ampliação do acesso à informação e melhor qualificação das mensagens sobre alimentação difundidas; regulação de publicidade que incentive alimentos ultraprocessados; constituição de ambientes escolares e de trabalho saudáveis e acordos voluntários com a indústria para alterar a composição de certos alimentos processados (HENRIQUES et al., 2018:4147).

Na área da segurança alimentar e nutricional, os condicionantes afetados são os ligados aos processos de produção, comercialização e consumo de alimentos. Há ênfase na reorganização do sistema de produção de alimentos, com foco na agroecologia e agricultura familiar e na garantia de compra pública dessa produção, articulada com o fornecimento desses produtos in natura, produzidos localmente, para a alimentação escolar (HENRIQUES et al., 2018:4147)

Para as autoras, essas políticas possuem elementos que indicam disputas de interesses entre setores governamentais, societários e comerciais, sobretudo no

tocante a venda de insumos produtivos e alimentos processados e ultraprocessados. Ao tomarmos como exemplo o caso dos produtos ultraprocessados os conflitos se evidenciam. Há diretrizes claras para se evitar o consumo de alimentos ultraprocessados, contudo, não há regulação sobre a publicidade desses alimentos para o público infantil. Ao mesmo tempo, a parceria com a indústria alimentícia para a reformulação de produtos, com a diminuição de teores de determinados ingredientes, pode reduzir alguns problemas de saúde da população em curto prazo, porém pode estimular o consumo desses alimentos ultraprocessados no longo prazo (HENRIQUES et al. 2018:4150)

A Educação Alimentar e Nutricional (EAN) é considerada um instrumento importante para a promoção de hábitos saudáveis e é uma estratégia das políticas públicas de alimentação e nutrição. De acordo com Ramos et al.. (2013), é possível identificar que a atenção e prioridade dada a esse instrumento variou ao longo das últimas décadas.

No período de 1940 a 1970, o interesse pelo tema estava relacionado à introdução de novos alimentos pela indústria, à adoção de medidas de combate a carências nutricionais específicas e à adoção de medidas de suplementação. Pinheiro e Carvalho (2010), afirmam que por volta dos anos 1940, acreditava-se que a questão da fome e da alimentação estava ligada à educação e não à renda, havendo o mito da ignorância das classes populares. Já na década de 1970, passa-se a entender que a (baixa) renda é o principal obstáculo à alimentação adequada e, por essa mudança explicativa e de foco, a educação nutricional perde destaque nos programas de saúde pública. Na década de 1980, os autores avaliam que a produção acadêmica em educação nutricional “era de natureza intervencionista e técnica, mediada pela tese da ignorância alimentar” (RAMOS et al., 2013:2148). O que muda com força no período seguinte, de 1990 a 2010, no qual há uma grande mudança social no Brasil, com o fim da ditadura civil-militar e a nova Constituição de 1988. Nesse período, se amplia a compreensão de que indivíduos possuem direitos e há um aumento de seu poder de escolha e decisão. Há também uma mudança na formação e na prática do nutricionista em direção a uma visão mais crítica. A EAN passa a ganhar relevância nas políticas públicas de alimentação e

nutrição e a promoção de hábitos alimentares saudáveis passa a constar nos programas oficiais brasileiros, como na Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN).

Após a realização de revisão sobre estudos de intervenção no campo da educação alimentar e nutricional em escolares no Brasil no período de 2000 e 2011, Ramos et al., (2013) observaram que, apesar da relevância do tema, havia um baixo número de publicações na área. Identificaram que houve melhora no conhecimento sobre nutrição e opções alimentares, contudo os estudos não encontram mudanças no estado nutricional, evidenciando assim a lacuna entre teoria e prática. As autoras sugerem que abordagens que contemplem a complexidade da questão da EAN, como a socioantropologia da alimentação e nutrição, são desejáveis para que mudanças concretas ocorram (RAMOS et al,. 2013).

A escola é apontada como um lugar privilegiado para a EAN. Em primeiro lugar, pelo fato de que os hábitos alimentares são formados principalmente na infância, e em segundo, porque a escola é o ambiente, além do ambiente familiar, onde a criança passa a maior parte de seu tempo. É também onde esta possui a oportunidade de ampliar seu repertório alimentar, conhecer novos produtos e novas formas de preparo e tem a possibilidade de formar novos hábitos alimentares pela influência do grupo social e dos estímulos fornecidos pelo sistema escolar (RAMOS et al., 2013:2148).

A escola é também um dos espaços mais focalizados para as políticas de alimentação e nutrição. O Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), que foi instituído no Brasil pela primeira vez em 1955 e vem sendo atualizado ao longo dos anos, tem como um de seus objetivos a formação de hábitos saudáveis dos alunos, por meio de ações de EAN. E o Programa Saúde na Escola (PSE) tem como objetivo “contribuir para a formação do estudante por meio de ações relacionadas à prevenção, atenção e promoção à saúde, incluindo à promoção da alimentação saudável (RAMOS et al., 2013).

O Guia Alimentar para a População Brasileira (GAPB) é uma das estratégias para a implementação da diretriz de promoção da alimentação adequada e saudável

(PAAS), que integra a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) e a Política Nacional de Promoção da Saúde do Sistema Único de Saúde. É também um instrumento “para apoiar e incentivar a promoção da saúde e de práticas alimentares saudáveis e sustentáveis no âmbito individual e coletivo” (BRASIL, 2016:9). Tem como função ainda “subsidiar a elaboração de políticas, programas e ações voltadas à saúde e à segurança alimentar e nutricional da população” (BRASIL, 2016:7). A elaboração do Guia Alimentar para a População Brasileira (GAPB) segue uma diretriz da Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação (FAO), que recomendam que os governos elaborem guias alimentares baseados em alimentos e os atualizem periodicamente (OLIVEIRA e SANTOS, 2020).

No Brasil, estamos na segunda versão do instrumento, que foi lançada em 2016. Esta versão adotou a classificação NOVA de Alimentos, que organiza os alimentos segundo o propósito e a extensão do processamento, e não de acordo com o tipo de nutriente predominante no alimento (BRASIL, 2016). Na classificação NOVA, os alimentos são categorizados em quatro grupos: in natura e minimamente processados (alimentos que não passaram por qualquer processo industrial); ingredientes culinários (ingredientes processados e consumidos como itens de preparação na cozinha), processados (alimentos in natura ou minimamente processados acrescidos por algum ingrediente culinário ou que passou por algum nível de processamento); e ultraprocessados (produtos que sofreram várias etapas de processamento e tiveram vários ingredientes acrescidos, em grande parte, produtos de origem industrial) (Monteiro et al., 2019). O Guia preconiza como “regra de ouro” que se “prefiram alimentos in natura ou minimamente processados em suas preparações culinárias a alimentos ultraprocessados ” (BRASIL, 2016:47).

Além disso, segue 5 princípios baseados no Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional e do Marco de Referência da Educação Popular para as Políticas Públicas. São eles: a alimentação é mais que ingestão de nutrientes; as recomendações sobre alimentação devem estar em sintonia com seu tempo; a alimentação adequada e saudável deriva de sistema alimentar social e ambientalmente sustentável; os diferentes saberes geram o conhecimento para a

formulação de guias alimentares; e os guias alimentares ampliam a autonomia nas escolhas alimentares. A adoção dessa perspectiva pelo Guia, de acordo com Monteiro et al.. (2015), indica que suas diretrizes abarcam as dimensões biológicas, comportamentais, culturais, socioeconômicas e ambientais da alimentação.

Concordando com Monteiro et al.. (2015), Oliveira e Santos (2020) analisaram as dimensões sociais e culturais abordadas nas diretrizes do Guia de 2016 e observaram que esta versão, de fato, ampliou seu referencial teórico e passou a incluir estudos epidemiológicos, clínicos, antropológicos, sociológicos e saberes populares. Esse fato e a utilização da Classificação NOVA, contribuíram para que as diretrizes alimentares fossem mais holísticas, e abordassem os padrões de refeição e alimentação, as práticas culinárias, a comensalidade e o ato de comer. O que possibilita à população e aos profissionais de saúde uma visão do alimento como parte concreta da vida, para além de suas dimensões fisiológicas e nutricionais (OLIVEIRA eSANTOS, 2020:2519).

Paiva et al.. (2019) apontam que, a partir da virada do século XXI, no contexto das políticas para alimentação e nutrição e das políticas de segurança alimentar e nutricional, a alimentação passou a ser adjetivada como “saudável” e “adequada” (antes apenas era utilizado o adjetivo “saudável”). As autoras apontam que esta é uma terminologia exclusivamente brasileira e remete a uma transição no modo de pensar a alimentação saudável no campo da alimentação e nutrição, antes centrada no paradigma do nutriente, em consonância com a avaliação de Monteiro et al.. (2015) e Oliveira e Santos (2020). A abordagem atual possui uma compreensão mais ampla sobre a alimentação, tratando-a como um direito humano fundamental, além de incluir as questões socioculturais e afetivas do comer, questões de sustentabilidade ambiental da produção de alimentos e questões de soberania alimentar. A junção dos termos saudável e adequado, indica uma aproximação do campo da alimentação e nutrição com o campo da segurança alimentar e nutricional (PAIVA et al., 2019).

Henriques et al.. (2018) analisaram as ideias em disputa em torno das atribuições do Estado na prevenção e controle da obesidade infantil no Brasil, no

âmbito das políticas de alimentação e nutrição. As autoras realizaram pesquisa documental e entrevistas com atores-chave das esferas do Estado, governo, sociedade civil organizada e do setor privado comercial.

A ideia prevalente identificada pelas autoras é que a obesidade é vista como um problema de saúde pública multicausal condicionado por fatores ambientais modificáveis. A abordagem da obesidade como questão social aparece apenas marginalmente. O Estado foi apontado por todos os atores como o principal responsável para o enfrentamento à obesidade infantil (HENRIQUES et al., 2018: 3).

Entre os atores que atuam no setor governamental, as opiniões sobre o papel do Estado variavam de acordo com o órgão e a posição que ocupavam. A principal divergência se dava no tocante à abordagem em relação aos interesses econômicos do mercado, mais especificamente, da indústria de alimentos e bebidas. Havia os que entendiam que era papel do Estado regular a publicidade, a rotulagem de alimentos, impor taxação a produtos ultraprocessados e aqueles que viam que a relação deveria ser mais de parceria entre o Estado e a indústria, com a não imposição de restrições que gerassem tensionamentos entre os setores (HENRIQUES et al., 2018:5).

Alguns acordos entre Estado e indústria alimentícia, como os que preveem a redução de teores de gordura, açúcar e sódio em determinados produtos, eram vistos por grande parte dos agentes da sociedade civil organizada como não efetivos para a reversão do quadro de obesidade. Já que ao chancelar esses produtos, que continuavam sendo ultraprocessados, o Ministério da Saúde estaria sinalizando que estes produtos são saudáveis, contrariando suas próprias orientações presentes no Guia Alimentar da População Brasileira (BRASIL, 2016; HENRIQUES et al., 2018).

Os agentes da sociedade civil organizada entendem que o Estado deveria ter papel regulatório sobre a indústria de alimentos ultraprocessados, regulando a publicidade, exigindo rotulagem frontal de alimentos e tributando bebidas e alimentos com alto teor de açúcar, e também garantindo uma alimentação escolar

saudável. O Estado deveria proteger o indivíduo frente ao poderio da indústria alimentícia, sobretudo no tocante aos produtos e à publicidade que se dirigem às crianças.

As concepções expressas pelo setor privado comercial vão na direção da escolha individual, isto é, caberia aos pais ou ao próprio indivíduo escolher sua alimentação sem interferência do Estado. Essa postura reduz um problema complexo e socialmente condicionado a uma noção de “compra quem quer”. O argumento isenta a indústria de suas próprias práticas que fomentam o consumo de ultraprocessados e contribuem para o aumento das DCNT. Ao atribuir totalmente ao indivíduo a decisão sobre alimentação, o setor privado sugere que as escolhas que levam ao consumo excessivo e à condição de saúde decorrente deste, são falta de conhecimento e educação dos indivíduos e imputa ao Estado a responsabilidade de uma boa educação alimentar (HENRIQUES et al., 2018:6).

No entanto, já existem fortes evidências de que a publicidade de comidas e bebidas tem grande influência nas preferências alimentares das crianças (MALLARINO et al., 2013). E se a alimentação da criança é escolha dos pais, por que fazer publicidade dirigida para as crianças? Por que dirigir-se a um público que ainda não possui discernimento para tomar sua própria decisão com base em uma educação alimentar que o Estado deveria fornecer?

Ora, já está bem documentada a estratégia da indústria de alimentos de desenvolver técnicas para a venda e indução de hábitos alimentares “capazes de superar a própria influência cultural de cada povo ao se alimentar” (SAWAYA e FILGUEIRAS, 2013: 54). Incluindo estratégias de fabricação de produtos alimentícios com excesso de sal, gordura e açúcar, que são capazes de alterar a neuroanatomia do prazer (MOSS, 2013; SAWAYA e FILGUEIRAS, 2013). O discurso da indústria é contraditório, pois ao mesmo tempo em que diz que o Estado não deve interferir nas escolhas individuais dos alimentos, afirma que é obrigação do Estado dizer “o que” “e quanto a família deve consumir” (HENRIQUES et al., 2018:6).

Outra esfera onde a indústria estende sua atuação é a do campo científico. Palma et al. (2014), ao analisar os patrocínios recebidos da indústria de alimentos e bebidas por organizações científicas cujas ações são voltadas para redução de gordura corporal e aumento de atividade física, observaram diversos conflitos de interesses. Esses conflitos fazem com que as entidades científicas acabem por adotar discursos contraditórios que atribuem a culpa da obesidade ao indivíduo e às suas (más) escolhas, deixando de lado a crítica aos produtos nocivos à saúde. As entidades científicas estudadas estabelecem padrões de referência para a população e para profissionais de saúde e deveriam zelar pela saúde da vida humana. Ao sucumbir à reprodução do discurso da indústria, acabam por contribuir com o aumento dos danos e dos riscos à saúde da população, e com isso, vão contra sua própria razão de existência (PALMA et al., 2014:1273).

Em síntese, é possível dizer que o enfrentamento da obesidade em adultos e crianças é marcado por divergências e convergências entre diversos atores. O Estado é o ator central e o único com capacidade de, em prol da população, fazer frente ao poder da indústria de alimentos e bebidas. Indústria que no cenário atual representa grande risco à saúde das crianças, seja pelo tipo de produtos ultraprocessados produzidos, seja pela publicidade agressiva voltada a um público ainda vulnerável, ou ainda pela indução de hábitos que possivelmente perdurarão na vida adulta.

A produção recente da Saúde Coletiva mostrou que há alguns anos os pesquisadores vêm chamando a atenção para complexidade do problema da obesidade e mostrando que, apesar dos discursos sobre seu caráter multifatorial, esta vinha sendo tratada predominantemente pelos aspectos biológicos e fisiológicos, e com o foco na responsabilização individual e não nos aspectos ambientais e estruturais. No cenário internacional, há uma proposta de virada na abordagem, que começa a se refletir em estudos que consideram a experiência dos sujeitos e as percepções deles próprios e suas famílias, no caso das crianças, sobre a condição de excesso de peso. E no cenário nacional, foi possível observar que já se incorpora nos instrumentos de educação alimentar nutricional, como o GAPB,

uma visão mais ampla que considera a dimensão socioantropológica das questões envolvendo a alimentação e o excesso de peso.

Diante do panorama científico apresentado e das lacunas de pesquisa apontadas pelos diversos estudos analisados, propomos contribuir para o debate por meio da compreensão da experiência das crianças com excesso de peso, a partir de seu ponto de vista e de sua família.

2. METODOLOGIA E PROCEDIMENTOS DE PESQUISA

O objetivo proposto neste estudo, compreender a experiência das crianças, em idade escolar, identificadas com excesso de peso e os sentidos dados pela família à situação de excesso de peso da criança, tem como um de seus pressupostos ser possível conhecer e compreender os significados dados pelas pessoas às suas experiências. Para alcançar esse objetivo optamos pela metodologia qualitativa, composta por pesquisa bibliográfica, documental, entrevistas e observações de campo.

A pesquisa qualitativa visa compreender a intensidade dos fenômenos, assim como suas singularidades e os significados que lhes são atribuídos. De acordo com Minayo (2001, 2017), a pesquisa qualitativa trabalha com um nível de realidade que não pode ser quantificado já que está na ordem das crenças, valores, visões de mundo e significados. Contudo tal fato não a isenta de normas e parâmetros garantidores de seu status de ciência.

Este trabalho insere-se na linha de pesquisa Ciências Sociais e Humanas em Saúde e Política, no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. A perspectiva teórica adotada neste trabalho é a das Ciências Sociais, mais especificamente a da Antropologia interpretativa.

A tarefa da antropologia, sob a perspectiva de Geertz (1997, 2008), é conhecer como as **pessoas pensam, sentem e percebem o mundo**. Podemos chegar a conhecer o ponto de vista dos sujeitos ao perguntarmos sobre suas práticas, suas opiniões, ideias, já que todos refletem sobre suas vidas. O que de fato perguntamos, de acordo com o autor, é a interpretação que os nativos/sujeitos têm sobre os fenômenos. O que fazem os antropólogos é interpretar as interpretações, ou como o autor diz, “uma interpretação de segunda mão” (GEERTZ, 2008:11). E para realizar esse trabalho é necessário que façamos “uma descrição densa” de fatos, práticas e significados. Esta descrição densa permite que identifiquemos a importância atribuída aos fatos/práticas e o que é transmitido,

comunicado por meio de sua realização. Pois, como afirma o autor "*as ações sociais são comentários a respeito de mais do que elas mesmas"* (GEERTZ, 2008:17).

Geertz visualizava o homem como um "animal amarrado a teias de significados que ele mesmo teceu" (GEERTZ, 2008:4), sendo essas teias a cultura. A cultura seria o contexto onde os signos são descritos de forma inteligível, uma vez que seus significados são públicos. Assim, a análise da cultura seria uma ciência interpretativa que busca os significados criados pelos homens, e não leis gerais. A tarefa do antropólogo seria compreender a cultura de um povo ao expor sua normalidade (o que há de comum com outras culturas) sem reduzir sua particularidade (sua especificidade, singularidade). Isto é, a análise é feita ao se relacionar o global ao particular, de modo iterativo, tentando extrair dessa dinâmica os significados.

Esse movimento de ir do particular ao geral, e do geral ao particular, do todo às partes e das partes ao todo, é chamado de círculo hermenêutico cuja elaboração deve-se à Dilthey. O movimento intelectual usado para se fazer a análise, nas palavras de Geertz, seria *"um bordejar dialético contínuo entre o menor detalhe nos locais menores, e a mais global das estruturas globais, de tal forma que ambos possam ser observados simultaneamente*" (Geertz, 1997: 105).

2.1 Noção de Experiência

Mas ao que estamos nos referindo quando falamos em experiência? Como podemos acessar a experiência das crianças?

Sabemos que a discussão sobre a conceituação da experiência é ampla e atravessa os campos da filosofia, da história e das várias ciências humanas (SCOTT, 1998; FASSIN, 2007; DAS, 2011). Dentro dos limites deste trabalho e seguindo a perspectiva teórica adotada, a noção de experiência utilizada nesse trabalho também é derivada do campo da Antropologia e segue a definição desenvolvida por Victor Turner e Eduard Bruner.

A formulação de uma antropologia da experiência, de acordo com Bruner (1986) deve-se a Victor Turner, sendo o último inspirado pelos autores fenomenológicos John Dewey e Wilhelm Dilthey, para o autor,

> "A antropologia da experiência trata de como os indivíduos realmente vivenciam sua cultura, ou seja, como os eventos são recebidos pela consciência. Por experiência queremos dizer não apenas dados do sentido, cognição, ou, na frase de Dilthey, "o suco diluído de razão", mas também sentimentos e expectativas. (...) a "experiência vem a nós não apenas verbalmente, mas também em imagens e impressões. " (BRUNER, 1986:5)

Para o autor a experiência não é um comportamento, ela inclui as ações e sentimentos, e também, reflexões sobre essas ações e sentimentos. Ele argumenta que a comunicação da experiência tende a ser autorreferenciada, que podemos apenas experimentar nossa própria vida. Mas como poderíamos, como pesquisadores, superar as limitações da experiência individual?

Bruner encontra a resposta a esse desafio em Dilthey, que afirma que podemos transcender "a estreita esfera da experiência **interpretando expressões**[3]". Nesse caso a interpretação tem o sentido de compreensão (método hermenêutico), e a expressão seriam representações, performances, objetos ou textos. "Expressões seriam **"encapsulamentos da experiência de outros**[4]**"** (BRUNER, 1986:5).

Assim, podemos chegar a conhecer à experiência de uma pessoa ou de um grupo acessando suas expressões. Sendo que a expressão já é uma primeira interpretação realizada. O que nos remete ao argumento de Geertz de que apenas é possível realizar uma "interpretação de segunda mão".

Bruner diferencia os termos **realidade**, que seria a vida vivida, o que "realmente está lá fora"; **experiência**, como a realidade se apresenta para a

---

[3] Grifo nosso
[4] Grifo nosso

consciência; e **expressão**, como a experiência individual é enquadrada, articulada e contada. De modo simplificado poderíamos dizer que uma pessoa vivencia uma situação (realidade), reflete sobre essa situação (experiência) e a comunica (expressão).

Já Minayo faz uma diferenciação entre experiência e vivência. A experiência diria respeito "*ao que o ser humano apreende no lugar que ocupa no mundo e nas ações que realiza*". Já a vivência seria a reflexão da pessoa sobre a experiência e dependeria de sua biografia, de sua singularidade. A experiência e a vivência estariam em constante interação e movimento. "*Embora pessoal, toda vivência tem como suporte os ingredientes do coletivo em que o sujeito vive e as condições em que ela ocorre" (*Minayo, 2012: 622). Em suma, o que para Turner é entendido como expressão da experiência, a autora chama de vivência. Como Minayo é referência metodológica no campo da Saúde Coletiva achamos por bem apontar essa diferenciação nos conceitos, ainda que ambos autores trabalhem sob a perspectiva da antropologia interpretativa.

A expressão da experiência sempre envolveria uma ação, sendo uma atividade processual, de acordo com Bruner. As expressões seriam unidades de experiência estruturadas e unidades de sentido construídas socialmente. Para o autor, a experiência estrutura as expressões, mas as expressões também estruturam a experiência (BRUNER, 1986:6). Ele afirma ainda que como seres sociais desejamos contar o que aprendemos com a experiência. Tornando assim, a relação entre a experiência e sua expressão, dialógica e dialética, como no modelo do círculo hermenêutico.

Turner faz uma diferenciação entre a mera experiência e "uma experiência". A mera experiência seria o que a consciência recebe de forma individual, em um fluxo temporal, uma "passiva resignação e aceitação dos fatos". Já "uma experiência" seria a articulação da experiência, com um início e fim não arbitrários e autorreferenciados e transformada em uma expressão, seria um evento significativo (TURNER, 2005:178, SILVA, 2016).

> “Essas experiências que interrompem o comportamento rotinizado e repetitivo, do qual elas irrompem, iniciam-se com choques de dor ou prazer. Tais choques são evocativos: eles invocam precedentes e semelhanças de um passado consciente ou inconsciente, porque o incomum tem suas tradições, assim como o comum. Então as emoções de experiências passadas dão cor às imagens e esboços revividos pelo choque no presente. Em seguida ocorre uma necessidade ansiosa de encontrar significado naquilo que se apresentou de modo desconcertante, seja através da dor ou do prazer, e que converteu a mera experiência em “uma experiência”. Tudo isso acontece quando tentamos juntar passado e presente”. (TURNER, 2005:179)

Ao transpor essa discussão teórica para a concretude da pesquisa pretendemos compreender os sentidos atribuídos às situações de excesso de peso da criança a partir do narrado nas entrevistas, que são uma forma de expressão da experiência. Ao perguntarmos sobre hábitos, práticas, opiniões, visões, estamos adentrando o universo dos sujeitos e acessando o seu fazer e a interpretação que tem sobre seu fazer.

A seguir, apresentaremos a proposta inicial prevista e aprovada pela banca no Exame de Qualificação e as alterações que foram propostas e executadas em função da pandemia da Covid-19.

2.2 Estratégia da pesquisa

Previsto antes da pandemia Covid-19

Na etapa do trabalho de campo, esta pesquisa previa a realização de entrevistas e realização de um desenho com as crianças que haviam sido identificadas com excesso de peso e entrevistas com seus responsáveis.

Para definir o local onde iríamos encontrar as famílias foram consideradas diversas possibilidades. Foram realizadas conversas e visita ao Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa, no Butantã, contudo, pensamos que a população pesquisada ficaria restrita a um perfil muito específico e por isso não conseguiríamos diversidade de entrevistados. Buscou-se também no Hospital das Clínicas um serviço especializado no tratamento para a obesidade infantil, mas verificou-se que a maior parte do perfil atendido era de adolescentes e muitos estavam em tratamento com um grau elevado de obesidade, o que não era o foco deste trabalho. Uma experiência de monitoria em uma Unidade Básica de Saúde indicou que o serviço de saúde também não seria a opção mais indicada, tanto pela própria dinâmica do serviço como pelo fato de que queríamos entender questões ligadas ao excesso de peso para além da dimensão de sua relação e expressão na área da saúde.

Outro espaço considerado foi a escola, mas como selecionar as crianças sem produzir estigma perante os pares? Quem determinaria quais seriam as crianças com excesso de peso? O olhar da pesquisadora ou da professora? Como as famílias se sentiriam com o convite à participação de uma pesquisa direcionada a elas em função do peso da criança? Além disso, a escola possui dinâmicas de poder e relações muito específicas, que não são objeto desse trabalho.

Pensou-se em outros espaços pelos quais as crianças circulam e que não teriam a bagagem da dimensão institucional tanto de um serviço de saúde quanto da escola. Visitamos diversos equipamentos públicos como parques municipais, centros esportivos, e centros culturais da cidade de São Paulo e entendemos que a realização da pesquisa seria possível nesses locais. Assim, optou-se por captar essas famílias em locais públicos de lazer, onde não haveria vínculo institucional com os espaços. A fim de incluir a maior diversidade de perfis possíveis relativos à renda, cor, escolaridade (do responsável), gênero e locais de moradia das crianças, esses espaços seriam em diferentes regiões da cidade de São Paulo: Norte, Sul, Leste, Oeste e Centro.

A faixa de idade das crianças participantes da pesquisa é a das crianças em idade escolar, de 7 a 11 anos de idade, tendo em vista que para o Estatuto da Criança e do Adolescente é considerada criança a pessoa com idade inferior a doze anos e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade[5] . Entendemos que a partir dos 7 anos a criança já é capaz de se expressar por meio de uma conversa, por isso excluímos as de 6 anos, ainda que esta seja a idade oficial para entrada no ensino fundamental. Além disso, os dados estatísticos sobre o peso dividem as crianças nas faixas etárias de 0 a 5 anos; 5 a 10 anos; e 11 a 19 anos.

Outra questão surgiu: a abordagem dos participantes se daria pelo olhar da pesquisadora sobre os corpos das crianças? Essa possibilidade foi descartada já de início, em função da possibilidade de gerar constrangimentos na família ou na criança e do alto grau de viés. Seria possível, por exemplo, que uma criança que aos nossos olhos não tivesse excesso de peso, houvesse sido identificada como obesa ou com sobrepeso em algum momento (fato que aconteceu posteriormente na pesquisa de campo) ou o contrário.

Então se pensou em uma estratégia para diminuir o viés da pesquisadora que previa dois momentos para a aproximação das famílias. Numa primeira aproximação faríamos uma triagem com pequeno questionário perguntando se a criança já havia tido algum problema com peso (peso abaixo ou acima do esperado), do ponto de vista do respondente ou por identificação de algum profissional. Caso a resposta fosse positiva para o problema acima do peso identificado por profissional, a pessoa seria convidada para a segunda etapa, composta por uma entrevista em profundidade com o responsável e por uma atividade de desenho e entrevista com a criança, que poderia ser realizada no melhor momento e local para a família. Uma vez aceito o convite, seria lido e explicado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os adultos e outro TCLE para autorizar a participação da criança.

[5] https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2021/julho/trinta-e-um-anos-do-estatuto-da-crianca-e-do-adolescente-confira-as-novas-acoes-para-fortalecer-o-eca/ECA2021_Digital.pdf

Alterações Pós Pandemia Covid-19

O advento da pandemia da COVID-19 e seus desdobramentos, como a necessidade de distanciamento social e o fechamento das escolas e dos parques exigiu a busca de uma nova estratégia para a pesquisa.

Inicialmente pensou-se que as entrevistas pudessem passar para o modo online. Assim, foi realizada uma revisão do roteiro para que este ficasse adequado à nova situação. Com o roteiro de perguntas para as crianças redesenhado, realizamos testes com crianças conhecidas para avaliar sua factibilidade, e após estes, deixamos o roteiro mais enxuto.

Uma questão importante era como encontrar famílias dispostas a participar da pesquisa durante um momento complexo como o da pandemia. Como garantir diversidade dos perfis estudados? Considerando que muitas famílias não possuíam acesso à internet naquele momento, como chegar a conhecer os perfis das crianças de camadas desprivilegiadas?

Algumas associações comunitárias que atendem crianças na faixa etária deste estudo em diferentes regiões da cidade de São Paulo foram contatadas para que indicassem possíveis participantes, no entanto, nos disseram que todos os esforços estavam se concentrando em conseguir alimentos para suas comunidades. E com que direito chegar nessas famílias, que estavam enfrentando desemprego, sobrecarga de trabalhos de cuidado por parte das mulheres, falta de alimentos e perguntar sobre um tema não prioritário para eles? Com esses elementos em vista, consideramos pertinente que a estratégia de captação de interessados ocorresse a partir da rede de contatos da pesquisadora com indicações de nomes fornecidos pelos participantes.

Realizamos uma divulgação por meio de folder eletrônico utilizando nossas redes de contato pessoal e da universidade. No entanto, apesar de ampla divulgação, apenas duas pessoas nos contataram, sendo que só uma delas realizou a entrevista.

A experiência dessa entrevista mostrou que a estratégia online seria difícil com as crianças. Em meus testes com crianças conhecidas, elas estavam falando de um computador, em uma sala com relativo silêncio e já me conheciam. Já o entrevistado “real” participou de um celular e caminhava durante todo o tempo, além disso como era meu primeiro contato com a criança, era possível observar que não estava muito confortável no início.

O momento em que a pesquisa se iniciou coincidiu com o segundo semestre de 2020, seis meses após o início das medidas de contenção da pandemia. Por volta dessa época, o esgotamento vivido pelas pessoas em função do excesso de tempo passado diante das telas, já que a maioria das interações se tornaram virtuais, estavam sendo amplamente relatados e debatidos nos meios de comunicação. Imaginamos que essa situação tenha contribuído para o resultado não satisfatório dessa abordagem, tanto em relação à captação de participantes quanto às dificuldades com as entrevistas das crianças de modo online.

Pensamos em aproveitar as férias escolares de janeiro de 2021 para tentar que as entrevistas fossem realizadas de modo presencial como inicialmente planejado. Nesse período, os parques da cidade de São Paulo foram reabertos, o que tornou possível essa alternativa.

Assim, em janeiro de 2021 foram realizadas visitas a 5 Parques de São Paulo em diferentes regiões da cidade. Foram eles: Horto Florestal, na Zona Norte, Parque Villa-Lobos na região Oeste, Parque da Aclimação, na região Central, Parque do Ibirapuera, na zona Sul e Parque do Carmo na Zona Leste da cidade.

Aspectos éticos

Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina (vide Anexo) e os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os adultos assinaram um para si, outro como responsável da criança e a criança assinava um Termo de Assentimento. O Termo de Assentimento em papel foi uma solicitação do Comitê de Ética, visto que inicialmente pensávamos em colher o Assentimento de forma oral.

A literatura aponta que para a realização de uma pesquisa qualitativa considerando as crianças como sujeitos é necessário levar em conta três aspectos de modo especial: o desenvolvimento cognitivo das crianças, as estratégias de aproximação e os critérios éticos, com ênfase no consentimento e na confidencialidade (KRAMER, 2002; SARMENTO e GOUVEIA, 2008; CRUZ, 2008). Critérios todos atendidos na pesquisa.

O Termo de Assentimento foi desenvolvido em linguagem clara e possuía texto e figuras. O material permitia a compreensão de crianças alfabetizadas e não alfabetizadas. O contato com a criança foi realizado após a anuência dos pais e a pesquisa foi apresentada e explicada para a criança, de modo adequado a sua compreensão, para que ela pudesse decidir se desejava participar. Foi explicado para a criança que o nome dela estaria em sigilo e que ela poderia deixar de participar em qualquer momento, se assim desejasse (como ocorreu em uma das entrevistas).

O instrumento proposto, uma entrevista semiestruturada (vide Apêndice), foi elaborado com base em pesquisas qualitativas realizadas com crianças, sobretudo na área de educação (MACEDO e SPERB, 2007; VIEIRA e SPERB, 2007; PASSEGGI et al., 2017) e teve como referencial metodológico a antropologia da criança (COHN, 2005, PIRES, 2010). Esta sempre parte do pressuposto de que a criança é um sujeito capaz de se expressar sobre sua realidade.

Abordagem

Os participantes eram abordados da seguinte maneira: primeiramente eu lhes perguntava se estavam com crianças entre 7 e 11 anos, em caso afirmativo, oferecia o panfleto (Figura 01).

Figura 01 – Panfleto distribuído nos Parques

CONVITE PARA PESQUISA

Seu filho ou filha está com excesso de peso?

Gostaríamos convidá-los para participar de uma pesquisa

Objetivo

Conhecer o dia a dia, as principais dificuldades e ouvir a opinião de vocês sobre saúde e alimentação.

Critérios de participação

Se seu filho ou filha tem **entre 7 e 11 anos** e já **esteve ou está com excesso de peso** você pode participar.

Como funciona?

- A pesquisa é feita através de entrevistas presenciais ou online - uma com a criança e outra com seu responsável

Gostaria de participar?

Por favor, mande um e-mail para **marta.militao@usp.br**
ou mensagem no WhatsApp +55 11 99431-8201

Sua ajuda é fundamental!

Quem realiza?

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo -USP

Esta é uma pesquisa de Doutorado financiada pela CAPES

Dpto. de Medicina Preventiva - Av. Dr. Arnaldo, 455 -sala 2214 – SP - Tel.: 3061.7091

Às vezes, ao ler o panfleto, o responsável já respondia se alguma das crianças já havia tido ou estava com excesso de peso. Ou eu perguntava se alguma das crianças já havia sido identificada com excesso de peso. Em caso positivo, convidava para a pesquisa. Muitas vezes não aceitavam o folder, as crianças não tinham a idade alvo ou tinham todo o perfil, mas não queriam participar.

Caso concordassem, eu me dirigia à criança, me apresentava como uma pesquisadora que estava estudando a saúde das crianças e apresentava o Termo de Assentimento, lendo junto e explicando para ela. Se a criança concordasse, eu

iniciava a entrevista. Ao final da participação, era oferecido à criança como um agradecimento pela colaboração um conjunto de tintas guache e massinha de modelar. Este presente não era mostrado antes das entrevistas e não foi usado como “incentivo” para a participação. De um modo geral, todas ficavam muito contentes ao receber.

As entrevistas foram realizadas por mim e eu sempre estava com crachá da Universidade e prancheta, para explicitar meu papel de pesquisadora em um lugar público com crianças. Estava sempre de máscara, com álcool disponível para higienização das mãos e me mantinha distante fisicamente. Sempre abordava o adulto primeiro e nunca a criança. Muitas vezes via crianças na faixa etária que eu desejava contatar circulando pelos parques, em bicicleta, patins ou jogando bola, mas não visualizava os responsáveis. Por isso houve certa dificuldade em descobrir os responsáveis pelas crianças nas faixas etárias que eu desejava abordar.

Entrevistas

A duração das entrevistas dos responsáveis foi mais variada, a menor durou 10 minutos e a maior 1 hora. A das crianças foi em média de 10 minutos. A esse tempo, soma-se a leitura e explicação dos TCLEs. Então ficávamos com a família em média 50 minutos.

Inicialmente imaginávamos entrevistar os cuidadores das crianças, responsáveis pela sua alimentação. No entanto, em campo, muitas vezes as crianças não estavam com seus cuidadores principais. Muitas vezes estavam com tias, avós, primos. Decidiu-se então que entrevistaríamos os responsáveis presentes que estivessem dispostos a participar.

As entrevistas seguiram um roteiro semiestruturado (vide Apêndice) e foram gravadas e transcritas (BONI e QUARESMA, 2005; MUYLAERT et al., 2014). Os temas perguntados às crianças giraram em torno de suas práticas de alimentação, lazer e atividade física, de sua relação com seus pares, sua autonomia em relação ao comer, e suas percepções sobre saúde. Aos adultos perguntamos sobre hábitos

familiares, percepções sobre a situação do excesso de peso da criança e suas repercussões na família e sobre suas noções de saúde.

Para incluir a maior diversidade de perfis possíveis, buscamos abarcar diferentes bairros da cidade. Essa estratégia se mostrou adequada já que conseguimos entrevistar famílias de várias regiões (ainda que o local de sua residência não coincidisse com a região do Parque), com variação de renda, cor e escolaridade dos responsáveis.

Houve a intenção e a estratégia para garantir a diversidade de perfis, no entanto, o resultado obtido é fruto das circunstâncias e de situações que não podemos controlar.

2.3 Análise dos dados

Todo o material obtido por meio de entrevistas foi transcrito e transformado em texto. Foi realizada a leitura da transcrição, e também escuta da entrevista simultaneamente à leitura da transcrição. Foi realizada a leitura extensiva dos dados empíricos até que se alcançou a impregnação de seu conteúdo, assim como a apreensão das características comuns, das particularidades e da lógica interna do relato (BARDIN, 1977; MINAYO, 2012).

Utilizamos também o diário de campo como ferramenta na pesquisa, com vistas a auxiliar a análise e interpretação de dados. Nele foram registradas as observações da pesquisadora sobre suas idas ao campo, as práticas das crianças nos espaços de lazer, as impressões dos relatos obtidos e a relação com os entrevistados. De acordo com Weber (2009), o diário de campo da pesquisa é importante, pois permite objetivar a posição de observador. Em suas palavras: *"É, pois, o diário de pesquisa de campo que permitirá não somente descrever e analisar os fenômenos estudados, mas também compreender os lugares que serão relacionados pelos observados ao observador e esclarecer a atitude deste nas interações com aqueles"* (WEBER, 2009:159).

Em uma segunda etapa fizemos a leitura das entrevistas transcritas tendo como norte o objetivo geral e os objetivos específicos. Agrupamos as respostas de acordo com o objetivo ao qual respondiam. Na seguinte etapa, iniciamos a codificação do texto.

Um código, na análise da pesquisa qualitativa, é um construto gerado pelo pesquisador que simboliza e atribui significado aos dados individuais com vistas a identificar padrões, categorizar e realizar outros processos analíticos, segundo Saldaña (2013: 4). Já a organização da codificação compreenderia três escolhas: das unidades que serão codificadas; das regras de contagem; da classificação e das categorias, conforme argumenta Bardin (1977).

A partir da recorrência e combinação dos códigos, criamos unidades de categorias temáticas optamos por trabalhar com estas. Algumas estavam previstas na concepção do roteiro e outras emergiram dos dados empíricos e se destacaram pela intensidade e frequência com que apareceram. O quadro 2 apresenta os objetivos da pesquisa e os relaciona com as categorias temáticas empíricas previstas e que emergiram a partir das entrevistas.

Quadro 2 – Objetivos e Categorias Temáticas		
Objetivo Geral		
Compreender a experiência das crianças, em idade escolar, identificadas com excesso de peso e os sentidos dados pela família à situação de excesso de peso da criança		
Objetivos Específicos	**Temas previstos**	**Temas que emergiram**
Compreender como o processo de identificação/diagnóstico do excesso de peso ocorre e como este é recebido pela família	Atores envolvidos no processo de identificação/diagnóstico Desdobramentos da identificação Alterações na dinâmica familiar, estigma.	Causas do excesso de peso (Evento desestruturador familiar, individualidade das crianças) Impactos do excesso de peso (Bullying, antecipação da prevenção em casa)
Identificar as práticas de alimentação, lazer e	Práticas cotidianas em casa e na escola	Ambiente familiar (Sobrecarga feminina, impactos da pandemia da Covid-19)

atividade física das crianças		Ambiente escolar (aprendizagem de novos hábitos)
Compreender as noções de saúde operadas pelas crianças e suas famílias	Concepções de saúde, relação entre peso e saúde, relação com os profissionais de saúde	Concepções distintas sobre sobrepeso e obesidade, divergências com profissionais de saúde

Ao chegarmos às categorias temáticas, previstas e que emergiram da pesquisa, realizamos a interlocução com a literatura dedicada a estas. Buscamos semelhanças, contrastes e rupturas e buscamos realizar o processo iterativo de relacionar o todo com as partes e o particular com o geral, tal como no método do círculo hermenêutico descrito anteriormente.

Com isso construímos as seguintes categorias analíticas que serão apresentadas no Capitulo de discussão de resultados: a construção da condição da criança com excesso de peso e a contribuição do ambiente para a condição de excesso de peso da criança.

Ponto de saturação

A proposta inicial da pesquisa previa a utilização do critério do ponto de saturação para definição do número da amostra (BERTAUX, 1999; MINAYO, 2017). De acordo com Bertaux, a saturação é o fenômeno pelo qual depois de um certo número de entrevistas, o pesquisador ou a equipe tem a impressão de não aprender nada novo em relação ao objeto sociológico da entrevista. Ultrapassar esse ponto é um momento necessário para que o pesquisador possa garantir a validade de suas conclusões. Ainda, segundo o autor, o pesquisador deve haver buscado conscientemente diversificar suas fontes, caso contrário não pode assegurar que o ponto de saturação foi atingido. Concordando com Bertaux, Minayo (2017) afirma que não é possível estabelecer previamente um ponto de corte ou de saturação, mas o que deve prevalecer “é a certeza do pesquisador de que, mesmo provisoriamente, encontrou a lógica interna do seu objeto de estudo – que também é sujeito – em todas as suas conexões e interconexões” (MINAYO, 2017:10).

Nossa proposta em relação ao número de participantes entrevistados era alcançar o ponto de saturação. Em virtude da situação da pandemia na cidade de São Paulo, no final do mês de janeiro de 2021, os parques foram fechados novamente em função do alerta vermelho. Desse modo as entrevistas foram interrompidas.

Quando os parques abriram novamente cogitamos buscar mais entrevistados, no entanto, optamos por não o fazer por dois motivos. O primeiro é que nossas entrevistas possuíam uma uniformidade no tocante ao período realizado, o mês de janeiro de 2021, que ainda eram as férias escolares do primeiro ano da pandemia. As entrevistas seguintes já encontrariam as pessoas vivendo seu segundo ano de pandemia, com as atividades de rotina parcialmente reestabelecidas. Teríamos que mudar algumas questões e como queríamos captar as memórias desse período inicial da pandemia com as crianças, imaginamos que seria mais adequado e proveitoso para a pesquisa manter a padronização do período das entrevistas. O segundo, é pelo fato de que já havíamos começado o processo de análise nesse período, e entendemos que os dados coletados apresentavam densidade e riqueza suficientes para a realização desta pesquisa. No total tínhamos entrevistado vinte e um sujeitos: onze crianças e dez adultos.

2.4 O trabalho de campo

Impressões durante o Trabalho de Campo

Considero que a escolha dos Parques como local de captação dos participantes foi acertada para o desenvolvimento da pesquisa. No momento da pandemia em que estávamos, estes eram os únicos locais públicos que permitiam um contato em segurança com as crianças.

Durante o mês de janeiro de 2021 em São Paulo, os parques passaram por diferentes situações de mudanças em seus horários de abertura, de acordo com a

situação da lotação dos hospitais na cidade. Na última semana de janeiro todos os parques voltaram ao alerta vermelho e tivemos que interromper as visitas.

O que observamos é que os visitantes dos parques buscavam um lugar ao ar livre e distanciado ao mesmo tempo. Foi recorrente observar famílias fazendo piquenique, distanciadas umas das outras. Essa situação dificultava minha aproximação e ficava claro que as pessoas realmente queriam estar tranquilas naquele momento e não respondendo a pesquisas. O tempo que me dedicavam era tirado de seu tempo de lazer.

Pessoalmente tive dificuldade em abordar as pessoas por não achar justo tirá-las de seu momento de “lazer distanciado”, se podemos dar um termo a essa situação. Tive que realmente superar meu incômodo em incomodá-las. No entanto, à medida em que eu fazia mais abordagens e conversava com as pessoas esse incômodo foi passando. E quando passei a conversar com as crianças passou por completo e se transformou em um desejo genuíno de conhecê-las e ouvir suas experiências. O simples fato de que suas ideias e opiniões estavam sendo expressadas e registradas passou a bastar para mim.

E notei que muitas das pessoas que se dispuseram a participar gostaram da experiência de diálogo e da possibilidade de refletir e falar sobre aquelas situações. Posso dizer que houve de fato um encontro em diversas das entrevistas. Essas pessoas não se sentiram incomodadas, como inicialmente eu pensava que aconteceria, muitas se sentiram ouvidas e felizes por participarem.

Observações sobre os parques

O único dos parques que estava com o parquinho aberto era o Parque da Aclimação, onde as crianças brincavam e os responsáveis ficavam próximos acompanhando. Essa era a imagem que eu tinha do “cenário ideal” quando a pesquisa foi concebida. Nos demais parques, as áreas de parquinho estavam fechadas pela questão da Covid-19 ou estavam sendo reformadas e/ou interditadas para uso. Foram entrevistadas 3 famílias nesse parque.

Desde a chegada nas redondezas do Parque do Carmo me chamou a atenção que as pessoas não estavam de máscara. Dentro do Parque pouquíssimas estavam usando e destas, a maioria usava abaixadas. Isso me causou além de um estranhamento, uma sensação de insegurança. O parquinho estava fechado e, assim, as crianças não tinham um espaço comum. No gramado central havia muitas famílias reunidas, mas diferentemente dos outros parques vi pouquíssimas fazendo piquenique. Esse foi o único dos parques que visitei em que vendiam comida do lado de dentro, em barraquinhas bem movimentadas com muitos compradores. Caminhei por diversas partes do parque e abordei várias famílias sem sucesso. Não voltei ao Parque do Carmo por não me sentir segura em relação ao ambiente dos visitantes sem máscara. Apesar de não conseguir entrevistar ninguém nesse dia, outras crianças entrevistadas moravam na região de Itaquera.

O Horto Florestal estava com o parquinho fechado, mas lá há uma área de gramado grande, com mesas e bancos adequados para piquenique e lanche, que está ao lado do parquinho. Então essa área acabava congregando as crianças em um mesmo espaço, já que podiam brincar aí. Nesse parque entrevistei 3 famílias.

O Parque Villa-Lobos estava com quadras e parquinho fechados. Pude ver muitas famílias fazendo piqueniques e tentando se isolar. É um parque onde as pessoas vão para andar de bicicleta, patins e ficam mais circulando que paradas. Essa característica dificultou um pouco minha abordagem e entrevistei uma família nesse parque.

O parque do Ibirapuera estava com todos os parquinhos fechados e as pessoas seguindo o mesmo comportamento dos demais parques, pequenos grupos tentavam se isolar para fazer suas atividades de lazer. Em um grande espaço de gramado do Parque havia círculos demarcados no chão com folhas (foto no apêndice) para ajudar os grupos a se manterem distanciados. Foram entrevistadas 3 crianças e um adulto nesse parque.

Os parques foram visitados diversas vezes e em diferentes horários, com exceção do Parque do Carmo pelos motivos previamente apresentados.

Dentre as principais dificuldades que encontramos no trabalho de campo, a necessidade real de distanciamento social que impedia a aproximação foi uma das principais. As famílias estavam buscando um espaço onde pudessem estar ao ar livre, vivendo um momento de lazer e distanciadas ao mesmo tempo. O fato de criança e responsável estarem juntos no mesmo ambiente também foi uma situação que algumas vezes limitava as respostas. A criança buscava aprovação dos pais, às vezes os adultos se constrangiam falando da criança, e, às vezes, esta se constrangia por estarem falando dela.

Outro fato que perturbava era o barulho do ambiente, que interferia na comunicação juntamente com o uso da máscara. Muitas vezes, revisitando a gravação, percebi que há partes inaudíveis, ou com muito barulho externo. Lembrando que na proposta inicial a entrevista seria feita em outro momento e local, escolhidos pelos participantes.

Podemos mencionar ainda como dificuldade o tempo que as pessoas disponibilizavam. Entre a entrevista com a criança e a entrevista do adulto percebeu-se que era muito tempo, do pouco destinado ao lazer, que estava sendo disponibilizado à uma estranha fazendo perguntas. Soma-se a isso o tempo de preenchimento do Termo de Consentimento. É um documento longo que pede dados pessoais e como era necessário que o adulto preenchesse o seu próprio, um segundo como responsável da criança e a criança preenchesse o termo de assentimento, o tempo, já escasso, ia nesses minutos iniciais e muitas vezes causava irritação. Em uma das entrevistas, após preencher Termos de Consentimento para duas crianças, aguardar que as duas fossem entrevistadas, o adulto responsável desistiu de dar a entrevista. Acredito que o consentimento esclarecido e informado é fundamental para a pesquisa, no entanto, para os adultos, penso ser possível obtê-lo de forma verbal ou com um termo simplificado.

2.5 Participantes

Foram entrevistados 21 sujeitos: 11 crianças e 10 adultos. As crianças tinham entre 7 e 10 anos, das quais 7 eram meninas e 4 meninos. Dentre os responsáveis

apenas um era homem, e as demais eram mulheres. A idade dos adultos variou de 27 a 69 anos.

A escola pública era frequentada por 6 crianças e a particular por 5. Em relação à renda declarada, em salários mínimos, temos que 3 famílias estão na faixa de até 2 s.m.; 1 família está na faixa de 2 a 4 s.m.; 3 famílias têm renda entre 4 e 10 s.m e uma família possui renda na faixa entre 10 e 20s.m[6]. Duas famílias não quiseram declarar a renda.

Em relação à escolaridade, 3 participantes possuíam o nível do ensino fundamental/técnico e 7 possuíam nível superior. A cor negra foi declarada por 1 participante e a cor branca por 9.

No tocante ao local de moradia temos que 2 famílias residem na zona norte, 3 famílias na zona sul, 2 famílias na zona oeste, 3 famílias na zona leste e uma família na região central da cidade de São Paulo. Optamos por apresentar a região e não o bairro para que os participantes não pudessem ser identificados. Pelo mesmo motivo também não mostramos em qual dos parques cada sujeito foi entrevistado.

O quadro 3 que segue apresenta a caracterização dos participantes. Todos os nomes foram alterados para preservar o anonimato dos sujeitos e o local da entrevista foi omitido. Na sequencia apresentamos uma breve caracterização das crianças participantes.

[6] O salário mínimo era de R$ 1.100 na época da entrevista, em Janeiro de 2021. Fonte: Ministério da Economia.

Quadro 3 - Caracterização dos Participantes do Estudo										
Nome	**Idade**	**Tipo de escola**	**Região de Moradia**	**Mora com**	**Responsável na Entrevista**	**Idade**	**Ocupação**	**Renda (em salários mínimos)**	**Escolaridade**	**Cor do responsável**
Ana	9	Particular	Central	Pai, Mãe e irmão menor	Pai – Eduardo	42	Empresário	4 a 10	Ensino superior	Branca
Artur	9	Particular	Zona Sul	Pai e Mãe	Avó e tia – Elisa e Bruna	69	Aposentada e dona de casa	Não divulgada	Ensino superior	Branca
Flávia	7	Pública	Zona Norte	Mãe e Tio	Mãe - Márcia	33	Técnica de enfermagem	2 a 4	Ensino médio/técnico	Branca
Gabriela	10	Particular	Zona Oeste	Pai e Mãe	Avó - Helena	65	Aposentada	Não divulgada	Ensino superior	Branca
Gustavo	7	Particular	Zona Sul	Pai, mãe e irmã menor	Mãe -Cecília	37	Jornalista	10 a 20	Ensino superior	Branca
Julia	10	Particular	Zona Sul	Mãe, pai, irmão de 14 anos	Mãe, Camila	41	Educadora Física	10 a 20	Ensino superior	Branca
Lucas	8	Pública	Zona Oeste	Pai, mãe e irmã menor	Mãe – Aline	33	Professora de educação Infantil	4 a 10	Ensino superior	Negra
Luíza	7	Pública	Zona Leste	Mãe, padrasto, irmã maior	Primo – João	28	Designer	Até 2	(não participou)	(não participou
Melissa	10	Pública	Zona Norte	Pai, Mãe e irmão de 3 anos	Mãe - Roberta	27	Auxiliar administrativa	Até 2	Ensino médio	Branca
Patrícia	9	Pública	Zona Leste	Mãe, padrasto, irmã menor	Primo – João	28	Designer	Até 2	(não participou)	(não participou
Pedro	9	Pública	Zona Leste	Pai, Mãe e 2 irmãos mais velhos	Mãe - Raquel	45	Técnica de enfermagem	4 a 10	Ensino médio/técnico	Branca

Ana

Ana tem 9 anos, mora com seus pais e seu irmão menor na zona sul, e estuda em escola particular. Ela conta que gostou da pandemia por estar mais próxima de seus pais, mas sentia falta dos amigos e da família mais ampla. Ana era a criança que menos utilizava telas já que não podia usar celular e não jogava videogame, apenas via televisão e tinha um limite de tempo diário. Esta foi a única entrevista onde o pai foi o respondente. Eduardo tem 42 anos e é empresário. Para ele, a filha começou a ter excesso de peso após um período de separação familiar onde a rotina foi drasticamente alterada. A situação da quarentena, sem espaços para o lazer e para a prática de atividade física, também contribui para que se mantivesse um excesso de peso. Em sua opinião, a quarentena foi favorável para sua família pois puderam passar mais tempo juntos e estar mais presentes com as crianças. Ele relata que a família busca prevenir que Ana chegue à adolescência com excesso de peso pois entende que nessa fase, por ser menina, há uma cobrança estética social maior e com isso estaria mais suscetível ao bullying. Pelas falas de Ana e Eduardo, notou-se que é uma família que conversa bastante sobre o tema da alimentação e da saúde de forma positiva.

Artur

Artur tem 9 anos, mora com seus pais na Zona Sul, é filho único e estuda em escola particular de alto padrão. Ele conta que “não havia gostado de nada” da quarentena e contou que jogava videogame online e fazia “conference calls” com os colegas da escola na pandemia. O menino havia sido identificado com excesso de peso pelo pediatra e estava em uma dieta rígida. Esta foi uma entrevista muito interessante, pois ele estava no parque com a avó e a tia, e ambas participaram e falaram sobre a situação de Artur, o que permitiu olhares diferentes sobre a questão. A avó Elisa, tem 69 anos e é professora aposentada. Bruna, sua tia, tem 32 anos e não estava trabalhando naquele momento. Para elas, o excesso de peso era o resultado de um período de tensão vivido pelo menino na adaptação a sua nova escola, que era bilíngue e muito exigente. As duas contaram que sempre que possível levavam ele ao parque, como uma ajuda à mãe que trabalhava muito, para que pudesse brincar livremente e em

contato com a natureza, e também para relaxar um pouco pois possuía uma rotina muito rígida e de muita exigência por parte do pai.

Flávia

Flávia tem 7 anos, mora na Zona Norte com sua mãe e seu tio e estuda em escola pública. A mãe, Márcia, havia identificado excesso de peso na menina, contudo o pediatra não concordava com tal visão. Márcia conta que a questão do excesso de peso havia começado após sua separação do pai de Flávia, pois quando a menina ia para a casa do pai, ele não oferecia uma alimentação adequada para criança. Via-se que a alimentação era um conflito entre o ex-casal. Márcia, tem 33 anos, é técnica de enfermagem e não parou de trabalhar na pandemia. Ela relatou grande sobrecarga de trabalho sobretudo em relação às atividades escolares. Sua maior preocupação é que a filha chegasse a sofrer estigma em função do peso.

Gabriela

Gabriela tem 10 anos, mora com os pais na Zona Oeste, e é filha única. Ela estuda em uma escola particular de alto padrão. Ela havia sido identificada com um “pequeno excesso de peso” em uma consulta com o pediatra, e este havia lhe orientado a aumentar o consumo de frutas e verduras, reduzir doces e refrigerantes e praticar mais atividade física. Como morava em apartamento e os pais trabalhavam o dia inteiro, sua avó, Helena, estava aproveitando as férias escolares para levar a menina no parque para caminhar e praticar atividade física. Helena é aposentada, tem 65 anos e mora em uma região longe da família de Gabriela. Conta que o afastamento da família em função da pandemia havia sido muito difícil para ela pois não podia mais encontrar os netos pessoalmente, apenas de forma remota. Com a reabertura dos parques estava ajudando a neta, que precisava perder alguns quilos. Notava-se que estava bastante constrangida de falar sobre peso na frente de Gabriela, já a menina, respondia as questões sem problemas.

Gustavo

Gustavo tem 7 anos, mora com os pais e a irmã menor na Zona Sul, e estuda em escola particular. Segundo sua mãe, antes da pandemia estava acima do peso adequado cerca de 2 quilos e havia engordado aproximadamente 4

quilos na pandemia. A família tentava regrar a alimentação de Gustavo durante a semana, mas relaxava durante o final de semana. O menino conta que ficou muito triste com a pandemia, pois estava a ponto de iniciar diversas atividades (judô, coral e futebol) em sua nova escola e não pode fazê-lo. Ele estudava em período integral desde os 5 meses de idade, então a quarentena representou uma grande mudança na rotina da criança e em toda a organização familiar. Cecília, tem 37 anos e é jornalista. Demonstrou estar extremamente sobrecarregada com as funções familiares e profissionais e estava aproveitando a reabertura dos parques para que os filhos pudessem se exercitar ao ar livre.

Júlia

Julia tem 10 anos, mora com os pais e o irmão mais velho na Zona Sul e estuda em escola particular. Ela gostou muito da pandemia por poder estar mais tempo com os pais, já que antes estes trabalhavam bastante, segundo a menina. O que sentiu falta foi dos amigos e de ir para a escola. Antes da pandemia Júlia era ativa e praticava dança, circo e equitação. Júlia conta que estava em uma dieta e que havia ido a uma nutricionista para “a gordura no sangue”, ela relatava tranquilidade com tal situação e dizia que “já estava melhorando”. Sua mãe, Camila, tem 41 anos e é fisioterapeuta. Ela conta que o excesso de peso havia se iniciado após a introdução de remédios para uma questão neurológica que Júlia possuía. Ela diz que sempre tratou a questão da alimentação na família como uma oportunidade de promover a saúde de seus filhos e não transmitia a questão do excesso de peso de forma negativa. Essa foi a família que demonstrou possuir mais recursos para lidar com a questão do excesso de peso da criança (em termos amplos: conhecimento, disposição, acesso à profissionais e recursos econômicos).

Lucas

Lucas tem 8 anos, mora na Zona Oeste com seus pais e uma irmã menor, e estuda em escola pública. Estava no Parque com toda sua família nuclear e também com mais familiares. Era o primeiro passeio a um parque depois do início da pandemia. Lucas disse que gostou de ficar em casa, principalmente por causa do videogame, mas que não gostou de não poder brincar com os amigos, já que isso era o que mais gostava na escola. Lucas se via ofegante ao falar e, segundo sua mãe, já “nasceu grandão”. Para ela, toda a família estava com

excesso de peso, e ela desde criança “lutava” com o excesso de peso. A mãe Aline tem 33 anos e é professora de educação infantil. Demonstrou estar muito sobrecarregada e sentia seu trabalho invisibilizado e não reconhecido pela família. Na quarentena havia acumulado as tarefas domésticas, escolares das crianças e trabalhava em home-office. O fato de Lucas ter questões respiratórias fez com que a família tivesse uma quarentena bem rígida, segundo Aline.

Melissa

Melissa tem 10 anos, mora com os pais e o irmão menor na Zona Norte e estuda em escola pública. Ela conta que gostou da pandemia, pois passou mais tempo com os pais, mas que sentiu muita falta da escola. Ela gostava muito de jogar videogame e ver séries na televisão. Melissa era extremamente tímida, demonstrou não querer falar muito e por isso paramos a entrevista antes do fim. Durante a entrevista, ouviu a mãe lhe chamar de gorda e começou a chorar. Sua mãe Roberta tem 27 anos e é auxiliar administrativa. Ela conta que a pediatra do SUS havia identificado excesso de peso, sinais de compulsão alimentar e a havia encaminhado para uma nutricionista, e que estavam aguardando já há mais de 5 meses. Ela relata que Melissa não gostava de fazer nenhuma atividade física, nem educação física na escola. Haviam descoberto recentemente que ela só respirava pela boca, o que explicava a dificuldade para a prática de atividade física. Roberta conta também que a pandemia foi difícil para toda a família e que ela, que anteriormente havia perdido mais de 40 quilos, os recuperou durante a quarentena. Ela também expressou estar muito sobrecarregada com as tarefas da casa, da alimentação e da escola das crianças. Foi a família entrevistada com a menor renda declarada.

Luíza e Patrícia

Luíza e Patrícia moram com a mãe e o padrasto na Zona Leste e estudam em escola pública. As duas irmãs estavam passeando pela primeira vez no parque em que foram entrevistadas com um primo mais velho, João. Quando as abordei ele se declarou como responsável, confirmou que elas já haviam sido identificadas com excesso de peso e disse que daria a entrevista. Contudo ele desistiu da entrevista após as duas participarem, por causa do tempo, porém forneceu dados gerais e as devidas autorizações.

Luíza foi a criança entrevistada mais nova, havia acabado de completar 7 anos. Ela contou que gostava muito da escola, principalmente das aulas de inglês e porque brincava muito. Ela conta que muitas vezes o lanche era compartilhado entre os colegas. Em casa, assistia bastantes programas no celular, mas não jogava videogame. Contou que não tinha nenhum alimento proibido e podia comer de tudo. Foi a única criança que disse não saber o que significava ser saudável.

Patrícia tem 10 anos. Pelo seu relato, também pode comer de tudo em casa e não tem proibições. Na escola ela dividia seu lanche com colegas que não tinham levado. A menina disse não ter gostado de nada da quarentena. E disse não haver tido aula, pois apenas tinha que preencher “uns caderninhos”. Em casa diz assistir séries e muitos programas no YouTube. Em suas palavras, as crianças de sua escola “faziam bullying” e ela foi a única criança entrevistada que disse ter sido chamada de gorda pelos colegas.

Pedro

Pedro tem 9 anos, mora com os pais e dois irmãos mais velhos na Zona Leste, e estuda em escola pública. Segundo sua mãe, Pedro “sempre foi gordinho”, tendo sido identificado assim desde bebê. Pedro tinha asma e se via bastante ofegante ao falar. Ele contou que gostou da quarentena, pois podia ficar em casa e jogar bastante videogame, e relatava com muitos detalhes os jogos que utilizava. Era bastante sedentário e não demonstrou desejo de sair de casa em nenhum momento, segundo sua mãe. Raquel tem 45 anos, é técnica de enfermagem e trabalha em plantões noturnos. Ela conta que sempre esteve acima do peso ideal, assim como Pedro e outro de seus filhos. Ela contou que já tentou de tudo para mudar a situação do excesso de peso, mas não obtém sucesso, e o mesmo havia passado com seu outro filho mais velho. Ela tenta introduzir legumes e verduras que são fortemente rejeitados por Pedro, além disso, seu marido sempre compra refrigerantes e oferece ao filho, situação com a qual não está de acordo. Sentiu-se muito sobrecarregada na quarentena, já que continuou trabalhando e acumulou as atividades de acompanhamento escolar e de alimentação da família. Esta foi a entrevista mais longa e foi também muito rica pela abertura de Raquel.

Tendo em vista todos os procedimentos expostos, entendemos ser possível alcançar o objetivo da pesquisa, **compreender a experiência das crianças, em idade escolar, identificadas com excesso de peso e os sentidos dados pela família à situação de excesso de peso da criança,** com os instrumentos teóricos e práticos propostos.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo apresentaremos os resultados da pesquisa e a discussão tendo como estrutura as seguintes categorias analíticas desenvolvidas: a construção da condição da criança com excesso de peso e a contribuição do ambiente para a condição de excesso de peso da criança.

3.1 A construção da condição da criança com excesso de peso

Nomear uma situação e classificá-la como da esfera médica é uma das formas de controle social trazidas pelo processo de medicalização. Por meio da nomeação é possível definir quem está dentro da esfera de normalidade ou fora desta, quem será submetido a uma terapêutica específica e quem terá sua identidade modificada. A linguagem também pode produzir estigma e marginalização e afetar a qualidade do cuidado recebido no ambiente saúde, como indicado por Zafir e Jovanovski (2022). Assim, é de suma importância compreender como se dá o processo de nomeação das crianças com excesso de peso[7] (Zafir e Jovanovski, 2022).

Quem nomeia a criança? De que modo? Tal classificação é aceita pela criança e pela família? A classificação produz efeitos na vida das crianças? Essas são algumas das questões que serão respondidas nesta seção.

A identificação

A partir dos dados obtidos nas entrevistas, vimos que a identificação de excesso de peso ocorreu na maioria das vezes por meio do pediatra em consultas de rotina. Apenas uma das mães disse que ela mesma havia identificado o excesso de peso em discordância com o pediatra, que não via problemas na situação de sua filha.

[7] O termo é aqui utilizado de forma ampla de modo a incluir as classificações sob a ótica da esfera médica, como sobrepeso e obesidade, e aquelas sob a ótica familiar.

Duas mães, Aline, mãe de Lucas, 8 anos e Raquel, mãe de Pedro, 9 anos, relataram que as crianças “desde bebês eram grandes”. Diziam frases como: “Sempre foi gordinho, já nasceu grandão”, ou “Nunca foi um bebê magrinho”. Raquel conta que desde pequeno falavam que seu filho estava “gordinho”, mas quando perguntava se isso representava algum problema lhe diziam que estava “gordinho, mas dentro do padrão”. As duas crianças nessa situação também tinham asma e rinite e se viam ofegantes ao falar.

As demais crianças estavam, segundo seus responsáveis, com “algum excesso de peso”, e usavam termos como "poucos quilos a mais”, “um leve excesso de peso”.

A linguagem utilizada para se referir aos filhos variava entre as famílias. Os termos mais utilizados para se referirem à situação foram *sobrepeso, excesso de peso, gordinho/a.* Notou-se um cuidado com as palavras para se referirem à situação da criança quando esta estava perto, no momento da entrevista. Apenas duas famílias usaram o termo gordo/a, e foram as únicas que falavam abertamente na frente das crianças (o que chegou a gerar um grande desconforto para uma delas que começou a chorar).

Explicações sobre as causas do excesso de peso

Dentre as explicações dadas às causas da condição de excesso de peso, identificamos três elementos centrais do entendimento das famílias. O primeiro atribui ao **ambiente familiar** a maior responsabilidade pelo excesso de peso das crianças. Frases como “toda a família é gorda”, “todos estão se alimentando mal”, foram muito mencionadas e indicam que os responsáveis veem a situação como uma questão dos hábitos da família como um todo e não exclusiva da criança.

A **individualidade da criança** foi mencionada como outro dos elementos que contribuem com o excesso de peso. Um dos traços da individualidade responsável pelo excesso de peso da criança seria o que os pais chamam de herança genética. Algumas mães contam que as crianças “sempre foram gordinhas”, outros mencionam o “biotipo da família” como causa (“pai alto”, “ossos largos”, “somos roliços”, “nunca fomos magros”). As famílias apontam esse traço como um elemento que muitas vezes não é considerado pelos

médicos na hora de se avaliar a condição da criança, assim como a fase de acúmulo de gordura corporal que ocorre antes do estirão da puberdade e a composição corporal.

O “paladar” das crianças foi um elemento muito mencionado pelos pais e seria outro traço de sua individualidade. A ausência de paladar para frutas e verduras ou o excesso de paladar para doces e carboidratos são citados como motivos. Os pais dizem que os filhos não comem verduras e legumes porque não gostam e dizem frases como: “nasceu com a tendência para gostar mais de doces”, “tem restrição no paladar para legumes e verduras”, “não come nada de salada e legumes”. Questões relativas à indução ao consumo dos ultraprocessados, como a hiperpalatabilidade dos produtos e a publicidade ostensiva dirigida às crianças não foram mencionadas como elementos que influíam no paladar das crianças. As preferências por doces e a restrição a produtos *in natura* eram vistas como um traço da individualidade da criança.

Esse resultado está em consonância com os achados de Gracia-Arnaiz e Contreras (2012) ao pesquisarem sobre preferências pessoais em alimentação de crianças e adolescentes na Espanha. Os autores observaram que, nos dias de hoje, existe uma maior tolerância aos gostos e aversões alimentares dos indivíduos (adultos e crianças), e tal tolerância, faz com que a probabilidade de que os gostos e preferências sejam atendidos aumente. Isto também está relacionado ao modelo de sociedade democrática e individualizada, que educa as crianças para que desde pequenas exercitem suas opiniões e preferências pessoais. Segundo os autores, os adultos já não consideram um dever educar o gosto da criança, pelo contrário, acatam seus desejos e cedem às pressões de seus pedidos alimentares (GRACIA-ARNAIZ e CONTRERAS, 2012:54).

Pelas falas, nota-se que os pais atribuem grande importância ao consumo de verduras, legumes e frutas, e relacionam o excesso de peso com a ausência de seu consumo. Embora nenhuma família tenha mencionado o Guia Alimentar para a População Brasileira, percebe-se um alinhamento às recomendações deste no tocante ao consumo de alimentos *in natura*, embora poucos tenham enfatizado os malefícios dos industrializados ultraprocessados. Os responsáveis não dão indícios de ignorância ou falta de consciência sobre o que seria uma alimentação adequada. O que ocorre é uma dificuldade de implementação por

questões de falta de tempo para o preparo, a maior facilidade dos industrializados ultraprocessados e o paladar das crianças. Sabem que não é só reduzir a quantidade de ingestão calórica, mas de modo geral sabem quais alimentos comer.

Por fim, dentre os achados mais significativos dessa pesquisa, está o fato de os pais relacionarem diretamente o excesso de peso a uma consequência de um processo vivido pela criança ou pela família, que de certa maneira ocasionou alguma **disrupção** na normalidade familiar, isto é, a situação de excesso de peso se inicia após uma situação ou evento que causou uma mudança na rotina da criança ou da família.

No caso de Ana, 9 anos, e Flávia, 7 anos, a separação dos pais foi o motivo dado para o início do excesso de peso. No caso de Ana, a separação temporária fez com que sua família vivesse um tempo com os avós e tal situação provocou uma mudança radical de hábitos, que a levou ao excesso de peso. A mãe de Flávia imediatamente relacionou o aumento de peso à falta de regras alimentares na casa de seu ex-marido, que sob seu ponto de vista, mina seus esforços de oferecer uma alimentação adequada.

Já no caso de Artur, 9 anos, o excesso de peso começou com uma mudança de escola. Ele passou de uma escola de linha construtivista para uma integral bilíngue, mudança que gerou grande tensão para a criança. Com a não adaptação ao novo ambiente, a escola exigiu da família que o menino fosse acompanhado por psicóloga, psicopedagoga e fonoaudiólogas para que ele pudesse acompanhar sua turma. Segundo Elisa (sua avó), a situação foi muito difícil para o menino e gerou muita ansiedade, o que o levou a comer mais e começar a ganhar peso. Com o ganho de peso, ele também iniciou uma dieta rígida e estava nessa situação quando foi entrevistado.

Duas famílias atribuem o aumento do peso das crianças a episódios decorrentes de outras enfermidades. A mãe de Pedro, 9 anos, aponta que crises de asma o levaram ao uso de corticoides que a partir desse ponto, ele não parou de engordar. A mãe de Júlia, 10 anos, aponta o surgimento de uma questão neurológica e utilização de medicamento, que aumenta o apetite da criança como início do momento que a menina começa a ter excesso de peso.

A própria pandemia foi citada como uma situação em que o aumento da ansiedade e a condição obrigatória de se estar em casa com mais acesso à comida e comendo com maior frequência levou ao aumento de peso de algumas das crianças.

Esse é um achado muito importante da pesquisa, pois em primeiro lugar, mostra que a experiência do excesso de peso das crianças, é entendida de formas diferentes pelas famílias. Ela está inserida em uma situação peculiar da criança e da família, sendo o excesso de peso resultado de processos mais longos. Não que não relacionem o aumento de peso com o aumento da ingestão calórica, mas veem o aumento de peso como resultado da situação disruptiva, que gera um aumento na ingestão de alimentos. Podemos inferir a partir das falas que a experiência do excesso de peso transforma-se em “uma experiência” no sentido de Turner (1986), pois possui um início identificado e definido pelo sujeito a partir de sua peculiaridade.

Em segundo lugar, o achado indica que mudanças significativas que ocorrem na vida da criança e da família podem desencadear um ganho de peso, seja por mudanças na rotina ou mesmo por um aumento de estresse e ansiedade que podem levar a criança a comer mais. Desse modo, os profissionais que acompanham o cuidado das crianças devem estar atentos quando observarem tais situações de modo a se comunicarem melhor com as famílias, não se concentrando no excesso de peso como um fato isolado.

Medidas adotadas após identificação

Retomando a questão da identificação do excesso de peso, após o diagnóstico as medidas adotadas pela família variaram bastante. Dieta rígida, mudança gradual de hábitos, mudança de hábitos de toda a família ou a busca de novos atendimentos médicos.

Nem sempre as crianças foram comunicadas sobre a constatação dos médicos. No entanto, alguns pais contam que seus filhos já vinham sentindo efeitos do excesso de peso.

Alguns responsáveis abordaram a situação com a criança como uma solução ou uma oportunidade para a incorporação de hábitos saudáveis como

aumento no consumo de frutas, legumes, verduras; redução de doces e bebidas açucaradas e aumento de atividade física. Os aprendizados que as crianças têm na escola sobre corpo, saúde e alimentação também foram utilizados pelos pais para conversar com os filhos e reforçar as novas práticas adotadas pela família. A recepção por parte das crianças das famílias que utilizaram essa abordagem mais positiva foi tranquila e bem aceita, segundo os pais; ainda que algumas restrições, como a quantidade de alimento, gerassem irritações em alguns momentos. Essa abordagem coincidiu com as famílias de maior escolaridade e renda.

Outras famílias contam que as crianças reagiram bem, mas tiveram dificuldades de aceitar as novas regras e ficavam irritadas quando quantidades ou alimentos específicos eram controladas. Aline, por exemplo, conta que Lucas, 8 anos, percebe que às vezes come “por gula” e diz para a mãe que “quer ser magro”. Ele também tem dificuldades para evacuar e a mãe diz que aproveita essas situações para conversar sobre mudanças na alimentação, nesse caso, de toda a família, pois segundo ela, todos estão “acima do peso”.

Há aquelas que reagiram mal às tentativas de mudanças na alimentação seja não aderindo ou expressando descontentamento. Pedro, 9 anos, por exemplo, não come legumes e verduras de nenhuma forma e toma refrigerantes (comprados pelo pai). Segundo sua mãe, ela “já tentou de tudo” para que ele mudasse a alimentação e não obteve sucesso.

> “o máximo que eu consigo fazer é pedacinho assim de tomate, em cubinho, três filetinho de cenourinha ralada ele consegue comer, fazendo cara feia mas come, e batata ele come purê de batata, batata frita, batata assada mas é único legume que ele come, que é carboidrato.” (Raquel, mãe de Pedro, 9 anos)

Roberta relata que sua filha Melissa, 10 anos, tem ciência do excesso de peso, mas diz para a mãe que não consegue parar de comer. A menina não come nenhum tipo de legumes e verduras e se diminuem as quantidades de comida fica muito triste. Segundo Roberta, a pediatra havia dito que a filha deveria fazer tratamento para compulsão alimentar. Já Artur, 9 anos, acata as restrições impostas, mas as recebe como um peso, de acordo com sua avó, pois

acaba sendo mais uma imposição em sua vida que já é bastante regrada em outros âmbitos.

Ubiquidade do discurso sobre o peso

As crianças não foram diretamente perguntadas sobre peso. Nossa intenção era avaliar se essa era uma questão que estava presente para elas e se emergia a partir das perguntas sobre seu cotidiano. Foi possível observar que em todas as entrevistas a questão apareceu de uma forma ou de outra, remetendo-nos à argumentação de Greenhalgh (2015) sobre a ubiquidade da fat-talk.

Raquel, mãe de Pedro, 9 anos, relatou conversas que tem com o filho que nos remetem ao que Greenhalgh chamou de biobullying, isto é, o bullying feito à criança em relação ao seu peso com vistas a ajudá-la a sair dessa situação.

> "Ele se aceita bem gordinho Eu não tiro sarro, porque eu sempre fui gordinha, sofri com isso na escola. Mas nada assim que tenha levado ao desespero não, entendeu? Mas assim eu percebo, igual os irmãos dele, às vezes tiram sarro, coisa de irmão, ele não tá nem aí não. Eu não vejo ele assim: Ah, não vou fazer isso porque eu sou gordo, nunca vi ele fazendo esse comentário. Às vezes acho que eu que falo muito: Pedro você tá muito gordo filho! Suas roupas, você perdeu tudo! Vamos fazer um jeito de emagrecer...Mas entra por aqui, sai por aqui, ele não liga muito não". (Raquel, mãe de Pedro, 9 anos)

O uso de mensagens negativas ou da barganha com vistas à modificação do comportamento da criança, e por conseguinte de seu peso, também foi observado pela literatura em outros contextos. Estudo australiano qualitativo com crianças e seus responsáveis, que buscou explorar como se davam as conceitualizações em torno do peso e do estilo de vida, observou que alguns pais, em seu esforço para evitar que sua criança tenha excesso de peso, usam mensagens negativas e estratégias de medo. Algumas dessas mensagens foram, por exemplo, que se engordassem teriam menores oportunidades na vida, que sofreriam humilhação social e acabariam em programas de televisão para

emagrecimento (Thomas et al., 2014). No contexto brasileiro, estudo com mães de crianças obesas em Santos, São Paulo, identificou que algumas mães acabam delegando para a criança a responsabilidade da mudança do comportamento alim[8]entar, e quando esta não cumpre o combinado, as mães acabam punindo (as vezes fisicamente) ou barganhando com a criança (oferecendo presentes em troca do comportamento desejado) (Moraes e Dias, 2013).

A percepção pela criança de que algo “não está bem” pode chegar pela dificuldade em encontrar as roupas, que desejam de seu tamanho ou que estas não lhe caiam bem. Aline conta que o filho começou a perceber que o peso lhe afetava ao buscar roupas de super-heróis.

> “Eu percebo que incomoda ele bastante, na hora de comprar roupa, aí a roupa de personagens que ele quer, é mais difícil de encontrar porque já não é mais roupa infantil. Já tem que comprar de adolescente para cima, então ele já percebeu”. (Aline, mãe do Lucas, 8 anos)

Já Eduardo conta que a filha percebe que tem que controlar a alimentação quando as roupas ficam justas.

> “Ela gosta dela, ela se sente bem com ela mesma, e gosta de experimentar roupas, é vaidosa e a gente incentiva que ela se descubra, que tenha amor próprio.
> Então ela percebe que o excesso de peso, quando as roupas começam a ficar mais justas, ou quando começa a não ter aquela disposição que ela conhece que ela tem, aí ela sabe que tem que começar a maneirar com alimentos que ela sabe que em excesso ou quantidade são negativos” (Eduardo, pai de Ana, 9 anos)

O padrão da indústria da moda acaba por ser mais um elemento que normatiza os corpos das crianças. As roupas “mais justas” de Ana revelam um padrão da indústria voltada para a estética magra. Não ter mais a roupa do

8

personagem comunica para a criança que seu peso é inadequado, pois suas roupas não estão na seção de crianças, ou seja, ele já tem o peso que é adequado para adolescentes.

Para Patrícia, 9 anos, a questão emergiu quando disse que “faziam bullying” com ela e a haviam chamado de gorda. Já Gustavo, 7 anos disse que praticava o bullying e chamava algumas colegas de gorducha. Outras por restrições alimentares, que precisavam seguir. A situação da “dieta” foi mencionada por duas crianças sem que se perguntasse diretamente sobre o assunto. Artur, 9 anos, ao ser perguntado pela sua alimentação e Júlia, 10 anos, quando perguntada em relação ao médico.

Artur relatou que estava em uma dieta e ele foi bem enfático em contar que comia uma sopa quase todos os dias. Ele disse que no momento só estava comendo a sopa (disse que comia as vezes no almoço e no jantar, o que pareceu que estava se confundindo), não podia comer pão e para o café da manhã estava comendo iogurte com cereal (“do tipo que eu não gosto”). Segundo sua avó, ele estava em uma dieta muita rígida, sob orientações do pediatra e aparentemente era uma situação que o afetava, pois ele falou bastante sobre isso. Já Julia contou que o médico a havia mandado fazer uma dieta e que tomava remédio para “gordura no sangue”. Ela disse que a mãe lhe ajudou e que tinha que “aumentar as coisas saudáveis" (frutas e legumes) e diminuir as que são ruins (“doces, carboidratos, essas coisas”). Essa situação não parecia tê-la afetado, ela contava como algo que havia feito e que estava obtendo o resultado desejado, pois disse que havia sido tranquilo e que “já estava melhorando”.

Em suma, as crianças desde pequenas já recebem sinais de que se encontram fora do padrão esperado, seja por terem de comer certos alimentos e evitar outros, seja por não poderem comprar roupas “de criança”, seja por serem chamadas de gorda por seus colegas, irmãos ou pais.

Um estudo realizado, com crianças de 8 a 11 anos, que pesquisou a prevalência das crianças que, mesmo com o peso adequado, se sentem gordas, mostrou que a percepção de ser gordo, atinge “especialmente meninas de 11 anos, com maior IMC, menor autoestima e que pensam que seus pais gostariam que fossem mais magras” (Pinheiro e Giugliani, 2006:232). Outro estudo sobre insatisfação com a imagem corporal, já com adolescentes, apontou que os

adolescentes com sobrepeso e obesidade têm maiores chances de apresentarem insatisfação com a imagem corporal e maior desejo de diminuir a silhueta. Sendo que as meninas mais velhas, em estágios maturacionais mais elevados, têm mais chances de apresentar insatisfação com a imagem corporal (Fantineli et al., 2020).

Para perguntar às crianças sobre sua relação com seu **corpo**, utilizei uma técnica descrita por PASSEGGI (2017), que indica a utilização de uma figura intermediária para se fazer a pergunta às crianças. Então eu dizia que havia um extraterrestre que só tinha cabeça e chegava no planeta Terra e via todos os humanos com corpos, então ele perguntava para a criança para que serviam os corpos. As respostas foram bastante parecidas e quase todos responderam que o corpo estava ligado ao movimento: correr, andar, se mexer. Esse era um momento bem descontraído da entrevista e as crianças riam muito.

Em seguida perguntava se eles gostariam de mudar algo em seus corpos e a maioria disse que não. Apenas uma das crianças disse sim, que gostaria de "ser legal" já que o irmão dizia que ele não era. Quando eu insistia e lhes perguntava se não gostariam de mudar nada, nem ao menos ter superpoderes, todos diziam que esse tipo de mudança desejavam. E os poderes que queriam iam desde voar, teletransportar, ficar invisível, até ter todos os poderes do mundo. Uma das meninas contou nesse momento que "tinha o sonho" de fazer ginástica rítmica. Esse era outro momento de bastante descontração e a pergunta com a qual a entrevista era finalizada.

Embora a maioria das crianças tenha dito que não deseja mudar nada em seus corpos, os responsáveis de quatro delas mencionaram que já manifestavam explicitamente o desejo de serem magras. E apenas três dos responsáveis mencionaram que as crianças tinham autoestima elevada, e que as crianças não tinham problemas nessa esfera de aceitação corporal.

Bullying

Sob o ponto de vista dos responsáveis, o principal desdobramento do excesso de peso da criança apontado é o que chamam de *bullying*. O medo que os pais têm de que as crianças sejam discriminadas e estigmatizadas em razão de sua aparência, em suas palavras, medo de que as crianças venham a "sofrer

bullying", é um dos grandes efeitos que a condição de excesso de peso da criança ocasiona na família.

O termo *bullying* apareceu constantemente e espontaneamente na fala dos responsáveis e das crianças. Alguns responsáveis relataram que as escolas faziam trabalhos (avaliados de forma positiva), direcionados à prevenção do *bullying*, e que os filhos não haviam enfrentado problemas desse tipo na escola.

O estigma ocasionado pelo excesso de peso é amplamente estudado e identifica-se que ocorra com frequência na infância e na adolescência (COSTA et al., 2012; BOLZAN et al., 2017). Ao conversarmos sobre o tema do estigma com as crianças, perguntávamos se já haviam recebido apelidos de algum colega ou se haviam presenciado algum colega chamar ou ser chamado por apelidos negativos. Metade das crianças disseram nunca terem presenciado nada. Muitas crianças nos perguntavam se estávamos "falando de *bullying*". Como Artur:

> E alguém já deu algum apelido pra você?
> C:Não...mas você está falando de bullying?
> E: É pode ser, de bullying
> C: Ah tá, bullying já. Tipo bullying físico. Um dia tava um menino, ai eu tava brincando com meus amigos lá num lugar, aí ele veio e meio que me agrediu, ele fez uma coisa que não é tão o legal, ele me imobilizou
> E: Ele te imobilizou?
> C: Ele me atacou na verdade, só que não foi bater, ele só imobilizou. Aí minha mãe falou pra diretora que ele não pode mais ficar perto de mim. Aí ele não ficou nunca mais. Mas bullying, outro bullying acho que não
> E: Você ficou com medo quando aconteceu isso?
> C: Não
> (Artur, 9 anos)

Algumas crianças relataram que sofreram algum tipo de *bullying*, sendo apenas uma delas, em virtude de seu peso. Patrícia quando perguntada sobre os apelidos que os colegas dão às outras crianças conta:

> C: Eles fazem bullying
> E: Fazem bullying?
> C: Às vezes

> E: Alguém já fez com você?
> C: Sim
> E: E como foi?
> C: Ele me chamou de gorda só.
> E: E você respondeu o quê?
> C: Nada
> E: E como você se sentiu?
> C: Ah, triste
> E: Mas sempre acontece?
> C: Não poucas vezes
> (Patrícia, 9 anos)

Gustavo, de 7 anos, foi o único que disse já ter chamado outras crianças de apelidos negativos. Ele disse que chamou uma colega de “gorducha e dentuça” e quando perguntei o que era gorducha para ele respondeu: “É gorda”. Algumas crianças disseram que já viram colegas chamando outros de apelidos negativos, às vezes ligados à aparência (“orelhudo”), mas além de Patrícia ninguém mencionou ofensas em relação ao peso.

O medo dos pais ao *bullying* é maior quando se trata de meninas. Os pais entendem que as meninas estão mais suscetíveis ao *bullying* pois há uma maior pressão social sobre o peso da mulher, e acreditam que o excesso de peso também pode vir a afetar sua autoestima. Tal medo faz com que os pais antecipem para a criança uma preocupação com o peso ou com a alimentação que estas ainda não demonstraram ter, remetendo-nos à discussão sobre os efeitos negativos da prevenção feita por Greenhalgh (2015).

Quando perguntada sobre a relação de sua filha com o próprio corpo, Márcia responde:

> Olha para ela normal, eu não vejo ela tendo esse questionamento, **a não ser que a gente lembre ela**, mas fora isso, mas pra ela é normal.
> E: Que implicações a questão do peso pode ter para ela?
> No momento não tem, mas quando ela tiver uma certa idade com os 11, 12 anos e ainda manter o sobrepeso, é mais em questão a ela, **ela pode ter problema com os coleguinhas as brincadeiras de mau gosto, o bullying.** (Márcia, mãe de Flávia, 7 anos) (grifo nosso)

Camila conta que a maior preocupação em relação ao peso da filha faz com que ela esteja controlando mais sua alimentação, o que acaba por deixar Júlia irritada.

> E: Você acha que a situação em relação ao peso afetou a criança de alguma forma?
> P: um pouco, **por conta da minha restrição com ela**, eu acabo pegando mais no pé dela que do irmão.
> E: o que mais se preocupa em relação à situação de sua filha
> P: Acho que mais a saúde da Julia, principalmente. **E por ser menina também, acho que me incomoda um pouco dela poder sofrer bullying**, porque uma vez ela me falou que já chamaram ela de gordinha na escola, só uma vez, ela me contou. Só que ela deu uma espichada agora, acho que ela cresceu, não que emagreceu, mas ela distribuiu melhor. Então me preocupa um pouco isso **a questão da autoestima** dela e da saúde mesmo. (Camila, mãe de Julia, 10 anos) (grifo nosso)

Ou seja, ao querer prevenir uma situação desconfortável para seus filhos, os pais acabam antecipando uma preocupação que às vezes não se iniciou por parte da criança, ocasionando um efeito negativo dessa prevenção.

Na visão dos pais, o fato de não estarem em contato presencial com seus colegas serviu como uma certa proteção para as crianças que ganharam peso durante a quarentena, e diversos responsáveis, afirmaram que a comparação das crianças com seus pares é algo comum.

> “Agora, ele fala que quer ter barriga tanquinho, que ele vai fazer exercício, ele é muito ativo. Ele faz futebol, no futebol ele percebe. A gente não fala nada, mas os outros meninos são mais magros”. (Bruna, tia de Artur, 9 anos)

> “E agora quando ela tem 9 para 10 anos já começa aparecer implicações de percepção, de identificar, por exemplo, quem tem uma estética socialmente mais normal. Então eu acho, mas ainda não entrei em detalhe com

> ela, que essa implicação já começa aparecer, já começa aparecer **o desejo de ser magra** para falar sinceramente, já começa a comparar, ela tem uma prima, e tem colegas também, que estão visivelmente acima do peso e ela, por algumas perguntas, por algumas conversas, que tem com a gente em casa, já demonstra que ela está tendo noção do que é ser gordo, ter sobrepeso na sociedade, então começa a ter sim implicação com relação a isso". (Eduardo, pai de Ana, 9 anos*).* (grifo nosso)

É possível notar que a questão estética começa a aparecer nas crianças maiores, (as de 9 e 10 anos) e a grande preocupação dos pais é que os filhos cheguem com excesso de peso à adolescência, uma fase em que se imagina que o bullying aconteça com mais frequência.

Observa-se, assim, que o *bullying* é um assunto que está bastante presente no dia a dia das crianças. Seja pela vivência da situação em alguns casos, pela discussão constante sobre o assunto ou pelo temor de sua ocorrência por parte dos pais.

Quando se trata de estigma entre as crianças, o que se estigmatiza é a imagem do corpo fora do padrão (corpo gordo). Trata-se do corpo gordo, e não do corpo doente ou predisposto a comorbidades (corpo obeso). É possível identificar, que na fala dos pais as noções de corpo gordo e o corpo obeso se misturam a todo momento. O medo ao estigma em função do imperativo dos corpos magros pode chegar a ser maior que o temor por alguma outra consequência advinda do excesso de peso para o grupo pesquisado.

Noções de saúde

A visão que se tem sobre a saúde é um elemento fundamental para entender o papel que o peso e seu excesso desempenha na vida da criança. Os achados da pesquisa em relação à visão de saúde que os responsáveis compartilharam conosco, indicam uma divisão das respostas em dois blocos.

O primeiro grupo vê a **saúde como equilíbrio** dos diferentes aspectos da vida da criança: alimentação, lazer, sono, desenvolvimento adequado. Tal como

relatam Cecília, Eduardo e Elisa quando perguntados sobre o que seria uma criança saudável.

> “Ah eu acho que é uma criança que tem rotina, disciplina, que tem lazer, que tem acesso a boa alimentação, tem um sono saudável principalmente, evacua e urina normalmente, eu acho que é mais ou menos isso” (Cecilia, mãe Gustavo, 7 anos)

> “Uma criança saudável é uma criança que está em equilíbrio. Minha filha é saudável partamos disso, tem sobrepeso sim, mas ao mesmo tempo um sobrepeso que é momentâneo e está controlado, agora está em equilíbrio com o desenvolvimento mental adequado**,** é saudável porque ela está vivendo a fase correspondente a idade que ela tem, ela não está sendo exposta a coisas além da idade dela, então para mim isso é muito saudável, então a cabeça dela está bem, é saudável, ela é uma criança claramente feliz, que faz muitas outras pessoas felizes.
> Que é o ideal? Seria não ter sobrepeso, mas o ideal também seria ter esporte, liberdade de sair, ter um monte de coisa, que não temos. Então dentro das possibilidades ela é uma criança saudável”.
> (Eduardo, pai de Ana, 9 anos)

> “Eu acho que assim, equilibrar os pratinhos no sentido de tentar proporcionar para criança, entre todas as caixinhas que ela precisa, o equilíbrio, o equilíbrio da alimentação, do esporte, do videogame que tá muito difícil. Parque, natureza, isto que é importante”. (Bruna, tia de Artur, 9 anos)

O outro bloco de respostas considerava que uma criança saudável é uma criança que é **ativa, feliz** e que tenha disposição para brincar. Esse grupo de respostas enfatizou que o peso é apenas um dos componentes da saúde e não um determinante. Como podemos ver em algumas das respostas abaixo.

> “É uma criança ativa e feliz, porque pode ser mais gordinha, mais magrinha sendo ativa e feliz tá bom” (Camila, mãe de Júlia, 10 anos)

> “Ah, uma criança saudável para mim é uma criança que tem bastante saúde, tem disposição para brincar, é mais nesse sentido, tem criança que às vezes tá magrinha, mas é tão enfermo” (Marcia, mãe de Flávia, 7 anos)

> “Eu não acho que uma criança seja saudável porque ela é magra, uma criança saudável é brincar como criança, que hoje falta muito, ter uma alimentação saudável, que hoje também peca muito, e ela ficar feliz também” (Raquel, mãe de Pedro, 9 anos)

As respostas das crianças, em relação ao entendimento sobre o que é ser saudável, foi surpreendente por sua homogeneidade. A maioria expressou que uma criança saudável é aquela que come frutas, verduras e legumes e pratica atividade física. Apenas duas das crianças deram respostas ligadas a comportamentos como “ser legal” e “obedecer”. Observa-se que o discurso hegemônico sobre o que é ser saudável está bem incorporado na fala das crianças.

> Pergunta: E o que você acha que é uma criança saudável?
>
> Comer bastante fruta, fazer bastante exercício (Flavia, 7 anos)
> Ah, que come verduras, legumes... (Gustavo, 7 anos)
> Que come fruta vegetal verdura (Patrícia, 9 anos)
> Saudável é comer comida, não comer todo dia hambúrguer, não ficar comendo salsicha hot dog, fast food, e também comer saudável é comer arroz, feijão, carne, peixe, entendeu? (Artur, 9 anos)
> Ah que come bastante fruta, que não tem muitos problemas de peso, que pode se movimentar bem. (Ana, 9 anos)
> É uma criança que faz bastante exercício, que come bem, que come coisas saudáveis, que come menos coisas gordurosas, doces essas coisas (Júlia, 10 anos)
> Que se alimenta bem, que quase não tem doenças (Gabriela, 10 anos)

Perguntei a uma delas se ela se considerava saudável e notei que ficou bem triste ao dar a resposta.

> Mais ou menos porque às vezes eu como bolacha, coisas que fazem mal, mas eu só como um pouquinho (Patrícia, 9 anos)

Momento antes Patrícia havia mencionado que gostava de comer bolachas e que eram seu lanche favorito para levar para a escola. A tristeza que demonstrou ao perceber que gostava de alimentos “que fazem mal” foi contrastante. Entendo que essa fala mostra como a questão da comida medicalizada e do imperativo do emagrecimento está presente. Patrícia foi a única das crianças que verbalizou ter sido chamada de gorda na escola. A menina gosta de algo que sabe que faz mal e por isso só come “um pouquinho”. Mas, o “pouquinho” só foi mencionado quando perguntada sobre sua saúde. Achei que sua reação demonstrou que a pergunta lhe causou desconforto, e por essa razão decidi não fazer essa pergunta às demais crianças.

O excesso de peso é doença?

Perguntamos a todos os responsáveis se viam **relação entre saúde e peso**, e de modo unânime disseram que sim. Quando perguntamos se as famílias acreditavam que o excesso de peso tinha **consequências** para suas crianças foram relatadas algumas situações que viam como consequências atuais e futuras.

Das consequências que já estavam percebendo, mencionaram problemas com a autoestima e o início de preocupações estéticas das crianças, que manifestavam o desejo de serem magras e se mostravam descontentes com o visual de algumas roupas, e também o fato de algumas crianças se mostrarem ofegantes ao brincar e correr. Do que poderia acontecer, se destacou o grande medo de que venham a sofrer “*bullying*” na adolescência, expressado sobretudo pelos responsáveis das meninas.

Contudo uma resposta se destacou, tanto pela recorrência como por seu significado. Os responsáveis afirmaram que se o peso começasse a “afetar exames” seria sinal de uma situação mais preocupante. Por “exames”, referiam-

se a índices colhidos por sangue como colesterol e glicemia. As medições por meio da balança, da fita métrica e posterior classificação por meio de uma tabela não eram classificadas na categoria “exame”.

Os índices eram o que “realmente” mostravam a situação, refletindo uma noção de doença como algo do domínio interno do corpo. Exames dentro do padrão eram uma evidência para as famílias de que a criança estava bem. Considerando que as noções de saúde das famílias identificadas nesse estudo mostram que elas veem a criança saudável como aquela que está em equilíbrio ou aquela que é ativa e feliz, a ideia de que se os exames estão bons a criança está bem faz muito sentido.

No momento em que o peso “afeta exames” ele sai da esfera estética e comportamental e passa à esfera da saúde. Ou pode-se dizer que se passa do corpo gordo ao corpo obeso.

É uma ideia que se aproxima também de uma noção qualitativa da obesidade, na qual esta é definida como o acúmulo de gordura **que pode** trazer problemas à saúde. Diferente de uma noção quantitativa que baseia sua classificação no IMC.

Quando perguntados sobre a visão que tinham sobre sobrepeso e obesidade destacou-se o fato de os responsáveis classificarem os dois termos em esferas diferentes. O sobrepeso estaria na esfera do comportamento alimentar, do estilo de vida e da estética. Já a obesidade estaria na esfera da saúde, que estaria ligada também a fatores genéticos, hormonais. Como podemos observar nas falas dos responsáveis abaixo.

> “Sobrepeso é estilo de vida”. (Camila)
>
> “Eu acho que obesidade é doença e é influenciada por hormônios. Já afeta exames, como colesterol. (...) O sobrepeso é ligado a um desequilíbrio do estilo de vida. O estilo de vida saudável não é fácil! Requer muito esforço! (Elisa)
>
> Sobrepeso pontual é mais uma questão estética que de saúde. Mas eu acho que deve existir por parte dos pesquisadores alguns parâmetros que falam: o sobrepeso começa a

> ser negativo em x questão, em x momento, e não: tem sobrepeso é negativo, não. (Eduardo)

Observou-se que os responsáveis não veem o sobrepeso e a obesidade como um continuum, isto é, a obesidade não é vista como uma continuação e uma consequência necessária do sobrepeso. Não é o aumento do peso por si só que transformará o sobrepeso em obesidade, é a transformação qualitativa da situação, representada pelos “exames alterados”. **Entendemos assim que a obesidade e o sobrepeso são vistos como situações de naturezas e esferas distintas**. O mesmo entendimento, sobre o sobrepeso e a obesidade não serem vistas como um continuum, foi observado parcialmente por NAVAS LOPEZ et al.. (2015) entre os pais de crianças em Valencia, Espanha. Esse é um achado relevante da pesquisa, sobretudo no tocante à relação entre profissionais de saúde e família.

Diversos estudos apontam que a não identificação por parte da família sobre a condição do peso da criança pode prejudicar a oferta de cuidado adequado a esta. Camargo et al.. (2013) em artigo de revisão sobre o tema mostra que diversos estudos indicam que a família não consegue identificar o excesso de peso nas crianças de acordo com os parâmetros de normalidade atuais que consideram o IMC. O que chama a atenção nesses estudos é a linguagem utilizada sobre a família. Termos como “distorção de percepção,” “percepção equivocada”, “pais não aptos para avaliar” são abundantes. Já o artigo de Santos et al.. (2017) avalia o que chama de “falta de preocupação” por parte dos pais e como esta “falta de preocupação“ pode prejudicar o enfrentamento da situação da criança, sendo que a medida da preocupação é avaliada por uma pergunta onde as mães respondem de forma binária se estão preocupadas com o peso.

Questiono essas afirmações que colocam a família em um lugar de ignorância, desinteresse e despreocupação.

Considerando o aumento geral no peso das crianças nas últimas décadas e que a visão sobre a normalidade é relacional, e, portanto o peso médio das crianças está aumentado, o que se poderia afirmar é que a visão sobre o peso das crianças não corresponde à classificação dada pelas curvas de peso

utilizadas. E não que as “mães não percebem” ou que as mães têm “percepção errada”. Como as mães poderiam saber sobre as curvas e parâmetros de peso visto que essas são produções técnicas baseadas em dados estatísticos e não falam de sua criança real, de carne e osso e das crianças com as quais seu filho convive?

O próprio artigo de Santos et al.. (2017) mostra que “a preocupação” não demonstra relação com o cuidado ofertado. O que seria uma mãe preocupada suficientemente? Aquela que vê a criança de modo integral levando em conta se há um equilíbrio entre diferentes esferas da vida, que leva em conta se a criança é feliz sendo o peso considerado um fator entre outros, ou aquela que leva a criança ao médico para tratar qualquer desvio da normalidade? Uma mãe que acompanha seu filho e verifica que a criança está se desenvolvendo integralmente não pode discordar de um diagnóstico de sobrepeso, por exemplo?

Por que reforçar uma ideia de culpabilidade das mães dizendo que elas não se preocupam com a saúde das crianças e com seu peso? Em que isso contribui para o aumento da compreensão da situação e sobretudo, como isso contribui para a ampliação do cuidado das crianças, que realmente precisam de acompanhamento médico?

Essas afirmações expressam não apenas uma visão limitada sobre a saúde da criança, mas também um julgamento moral e social sobre a família.

É tarefa dos profissionais de saúde comunicar e explicar como o excesso de peso pode afetar a qualidade de vida da criança agora e no longo prazo mesmo que os “exames” estejam dentro da normalidade. É necessário que os profissionais abandonem os julgamentos morais e lancem mão de novos repertórios para conseguirem se comunicar com as famílias, que não os tradicionalmente de sua expertise e baseados em parâmetros de normalidade estatística.

Entendo que o desafio é muito grande, pois a cada dia surgem novos estudos relacionando a obesidade na infância ao desenvolvimento de uma série de doenças (NAFALSKI, G; RAMOS, D; MEYER, L. F. V, 2021) e que os profissionais se veem obrigados a enfatizar a questão do peso preventivamente,

contudo a situação atual mostra que a comunicação entre as famílias e a área da saúde não está produzindo os efeitos desejados. Ao invés de tratar as famílias, sobretudo as mães, como obstáculos, a família deve ser tratada como solução para o cuidado da criança, como demostram vários estudos (Friedrich et al., 2012; Camargo et al., 2013).

Relação com profissionais de saúde

A relação com os profissionais de saúde foi outro dos temas abordado nas entrevistas. Em relação à importância dada **às orientações do médico** encontramos duas posições. A primeira toma as orientações médicas como fonte principal para as ações relativas à saúde da criança. Como Cecília e Roberta comentam ao serem perguntadas sobre quem levavam mais em consideração para pensar a saúde da criança.

> "Eu confio nos médicos e sigo sempre orientação médica, e também às vezes coisas que eu leio, mas que sejam de uma fonte confiável, de um instituto de medicina ou de psicologia, ou alguma coisa relacionada a isso" (Cecília, mãe de Gustavo, 7 anos)

> "A pediatra, a pediatra é a que eu mais levo o que ela fala. Que nem assim, atividade física a gente tentou colocar lá na academia, mas ela não gosta de balé, ela não gosta de natação, então fica bem difícil. Mas eu falei: a gente precisa para ajudar ela! Aí falei na escola, mas a gente descobriu que ela tem problema respiratório, que ela só respira pela boca. Então é mais difícil ainda, porque não é qualquer exercício que ela pode fazer. Então a escola falou: vamos esperar passar com os médicos para ver o que eles falam, o que ela pode fazer. Então eu tô esperando. Justamente por isso que eu não fui mais atrás porque como eu levo em consideração muito mais o que o médico fala e aí eu tô aguardando" (Roberta, mãe de Melissa, 10 anos)

A segunda posição, mais recorrente, toma as orientações médicas como <u>um dos elementos,</u> que informam suas decisões. O médico é visto como um

profissional que presta um serviço de saúde. As famílias deste grupo costumam buscar informações por conta própria, conversam com familiares, amigos e utilizam a própria experiência para refletir e tomar suas decisões. Essa postura não reflete uma atitude contra a ciência ou contra os avanços e descobertas do campo médico. O que muda é o grau de importância atribuído à figura do pediatra para tratar de questões relativas ao peso, que não é tratado exclusivamente na ótica da saúde. As orientações dos médicos, nesse campo, são recebidas e adaptadas à vida da família.

A fala de Raquel exemplifica essa posição:

> "Quando ele tá doente, realmente eu faço o tratamento certinho. Que nem, ele já internou duas vezes, que a crise de asma levou à pneumonia, eu faço o tratamento certinho. Tô passando ele num alergista, que ele toma vacina, que era vacina toda semana agora tá a cada 15 dias, eu faço certinho. **Mas aí ele falou: compra tal produto para limpar a casa, eu já não comprei**. Faço minha limpeza do jeito que eu já fazia mesmo, mas eu tento fazer certo sim. Agora tem médico que às vezes fala uma coisa assim, que não convém no seu dia a dia. Então a gente se adapta conforme vai dando, que nem, eu passei meu filho na nutricionista, ela passou uma dieta que pra uma criança não condizia, entendeu? Não dava pra fazer. Então assim, faz umas coisas muito extremas, que pra uma criança não dá, ela não aceita. Você tem que se adaptar, eu acho". (Raquel, mãe de Pedro, 9 anos)(grifo nosso)

O que pudemos perceber é que existe confiança nos médicos, especificamente na figura do pediatra, para se tratar questões mais pontuais de saúde. No entanto, quando se trata de alimentação, rotinas e atividades do dia a dia, as famílias tomam suas próprias decisões. Eduardo ao ser perguntado sobre o grau de confiança que atribuía ao pediatra relata que se tratava de uma prestação de serviço.

> "Tenho a mesma confiança que teria com um profissional da saúde. Procuro ter a melhor opção do pediatra no momento que estou. Já

> falei antes de que, na primeira vez que foi constatado sobrepeso na minha filha, era uma pediatra que víamos pela primeira vez e nunca mais vimos. Então o que ela transmitiu foi uma avaliação pontual de um profissional da saúde. Não temos pediatra familiar, com um relacionamento, uma pessoa guru que nos oriente sobre como criar nossos filhos. Não, não temos. Já tivemos pediatras, tivemos um pediatra muito bom, ele era maravilhoso na fase de bebê em que estava meu filho, mas as fases continuam. Os pediatras acho que se especializam em uma determinada idade, e a gente vai ganhando também certo conhecimento, experiência, com os próprios filhos, o que permite não depender tanto de pediatra. Então meu relacionamento é um relacionamento profissional de um serviço prestado para ter uma opinião profissional" (Eduardo, pai de Ana, 9 anos)

Entendemos que por se tratar de crianças já maiores que não precisam de controles de medidas e consultas frequentes essa relação com o pediatra não seja tão intensa quanto é quando são bebês. E que a relação com os médicos fica relegada ao tratamento pontual de doenças e não segue um acompanhamento longitudinal e contínuo de cuidado. Os médicos variam muito e acompanham o desenvolvimento da criança com base no histórico dado pelos pais e não no relacionamento próximo com a criança.

Os médicos dão orientações muitas vezes com base em suas crenças, opiniões, visões de mundo e não exclusivamente nas evidências cientificas mais recentes. Afinal também são indivíduos membros da sociedade e que possuem uma localização na estrutura social. Essas opiniões podem se chocar com os valores da família em alguns momentos. Roberta, por exemplo, conta que a filha pode pegar comida do armário por conta própria. Segundo ela sua médica disse que não poderia deixar e que esse costume "**estava errado**", que criança não podia pegar comida sozinha. Já Raquel contando sua situação na qual "já tentou de tudo" para que seu filho comesse legumes recebeu de sua médica uma orientação com a qual não concordou.

> "Eu não consigo introduzir, até hoje não consegui introduzir. A médica falou que **tem**

> **que obrigar, a criança não pode escolher**. Mas como você vai obrigar se a criança faz ânsia de vômito na mesa? Não tem condições". (Raquel, mãe de Pedro, 9 anos)

A orientação para que obrigasse a criança a comer foi de encontro com o estilo de criação da família e não foi levada em conta. Tal como Márcia, que informou ao pediatra que a filha estava com excesso de peso. O profissional lhe disse que "quando ela criasse uma certa idade 12, 13 anos ela ia esticar e dar uma emagrecida*",* mas a mãe discordou e iniciou uma mudança na dieta da filha.

Vemos que a pessoa do médico não é uma figura orientadora de conduta ou que exerce um poder pastoral, nos termos de Foucault (1977). O médico é levado em consideração mais para doenças agudas, problemas específicos, mas não é orientador do estilo de vida. Isso pode ser visto como um dos sinais da desmedicalização, tal como descrita por Illich (1975). As famílias estão mais submetidas à indústria da saúde e aos especialistas difusos do que ao médico em si.

Em relação **ao papel dos médicos**, realizamos a seguinte pergunta às crianças: Para que serve o médico? Um grupo de crianças respondeu que servia para o cuidado em um âmbito mais geral ("ajudar" as pessoas, "cuidar da gente"). Outro grupo respondeu em torno do cuidado da saúde ("Pra ver se você tá com saúde", "Pra olhar nosso machucado").

Quando perguntadas se tiveram que fazer alguma coisa por ordem do médico as respostas giraram em torno de eventos pontuais. As respostas mostram que o contato com o médico se tratava mais de "uma experiência", pois lembravam dos episódios que os levaram ao médico, como cirurgias, exames, radiografias, "tirar sangue". No tocante às orientações para o dia a dia, uma das crianças mencionou que o médico havia mandado fazer dieta e outro natação por ter desvio na coluna. Algumas crianças não sabiam responder ou não se lembraram. Pelas respostas nota-se que a presença dos médicos não era algo constante em seu cotidiano, apenas para uma das crianças que estava em um tratamento semanal para alergia (ele mencionou tal situação).

Observa-se um descompasso entre como o campo biomédico vê o excesso de peso e seus desdobramentos na saúde da criança e como as famílias veem a questão. A visão biomédica trabalha com noção de risco e probabilidades, estatísticas, parâmetros de normalidade e patologia. As famílias veem a questão sob o ponto de vista qualitativo. A família contesta a noção exterior, visual, estética e resiste a classificação do corpo gordo como corpo doente, já a doença viria do interior e seria revelada pelos exames de sangue.

Há um entrelaçamento entre o corpo gordo (fruto do olhar estético) e o corpo obeso (visto pela ótica da saúde). O corpo gordo pode ser também obeso mas não o é necessariamente.

A experiência vivida no próprio corpo, a cultura e os saberes populares dizem que quando “a criança crescer ela vai emagrecer”. A ciência diz que se a criança tem excesso de peso há maior probabilidade desse excesso continuar na adolescência e na vida adulta. Mas as famílias trabalham sob a lógica do risco e das probabilidades ou veem as situações sob a lógica de sua experiência?

Ao se aceitar a classificação, aceita-se uma saída da normalidade. A família sai de seus hábitos e a criança ressente-se do controle dos alimentos, da obrigação de atividades físicas. Pensando sob a ótica da família: Por que não esperar a fase em que isso vai passar? Ou se algum dos pais sempre conviveu com excesso de peso, tentou diversas dietas sem resultado positivo e entende que essa faz parte da condição familiar ou genética da criança, por que introduzir uma quebra da normalidade no cotidiano da família? Se os pais veem que a criança brinca, se alimenta, se desenvolve e não possui outros parâmetros de saúde alterados por que mudar algo? Sob a lógica da família não há porque mudar. Daí o choque de visões.

É de grande importância a explicitação das tensões e entendimentos distintos que famílias e profissionais de saúde têm sobre a questão do excesso de peso visto que ambos buscam sempre o melhor para a saúde da criança hoje e no futuro. E os achados da pesquisa podem contribuir para que, a partir da identificação dos pontos de dissenso, se possa pensar em soluções e mediações para essa relação.

3.2 A contribuição do ambiente para a condição de excesso de peso da criança

Como apresentado no Capítulo de Referencial Teórico, vem havendo uma virada no entendimento da questão do excesso de peso. Inicialmente dominada pelas abordagens que enfatizavam a responsabilização e as características dos indivíduos tem-se passado a olhar mais a questão dos ambientes e as questões estruturais que favorecem a condição do excesso de peso (RASLTON et al., 2018).

O estudo de Swinburn, Egger e Razza (1999) é referência na construção de uma categorização para se pensar os ambientes alimentares. Eles classificam os ambientes pelo tamanho (macro e micro) e por tipos (físico, econômico, político e sociocultural). O microambiente seria o espaço onde indivíduos se agrupam em atividades que, em geral, envolvem comida, atividade física ou ambos, como a casa, as escolas, locais de trabalho, bairros, etc. Já o macroambiente influenciaria uma população mais ampla e estaria relacionado à política econômica, ao comércio internacional de alimentos, aos sistemas de transporte, saúde, educação, entre outros.

Em relação aos tipos temos o físico, que se refere ao que está disponível em termos de oportunidades e serviços; o econômico, relativo aos custos ligados aos alimentos incluindo subsídios fiscais, política econômica e taxações; o político, que trata das normas e regulamentações; e por fim, o sociocultural, que está ligado às atitudes, valores e crenças dos grupos em relação à alimentação e à atividade física (Swinburn, Egger e Razza,1999).

Ao pensarmos sobre os ambientes que mais afetam as crianças vamos partir do micro ao macro, seguindo essa categorização.

O ambiente familiar

O ambiente familiar é importantíssimo para pensarmos como a condição de excesso de peso da criança vai sendo construída. Diversos estudos vêm confirmando o grande papel que este ambiente desempenha na formação dos hábitos alimentares e de atividade física das crianças (Friedrich et al., 2012; Almeida e Junior, 2015; Lima et al., 2017).

A partir das entrevistas, uma situação que apareceu com destaque, foi o fato de o ambiente doméstico estar marcado por uma grande sobrecarga do trabalho das mulheres, situação que acaba por impactar toda a dinâmica do cuidado ofertado à criança. E esta situação se agravou ainda mais com a pandemia. As atividades domésticas, as ligadas à alimentação da família, as atividades de acompanhamento escolar e as do próprio trabalho foram acumuladas pelas mulheres no ambiente de casa.

A pandemia também desestruturou a rotina de alimentação que as famílias tinham organizada. Grande parte das crianças comia na escola e os pais trabalhavam fora e não precisavam cozinhar. Assim, a alteração da dinâmica cotidiana fez com que as mães tivessem que cozinhar mais e passar mais tempo dedicadas ao planejamento, à compra e à confecção das refeições. Digo mães e não responsáveis, pois dentre as entrevistadas eram as mulheres as responsáveis por cozinhar. As participantes relataram que eram responsáveis por planejar, comprar os ingredientes e cozinhar, sendo que algumas delas recebiam “alguma ajuda” com a realização das compras. Sendo que a situação antes da pandemia era bastante parecida no tocante à responsabilidade quase exclusiva sobre a alimentação da família.

As trabalhadoras da área da saúde acumularam todas as atividades domésticas e ainda tinham que sair para trabalhar, realizar plantões noturnos, em um ambiente de medo e tensão por uma possível contaminação própria e de seus familiares.

As atividades escolares foram outro grande desafio enfrentado por algumas das entrevistadas, sobretudo nas famílias que frequentavam a escola pública, já que nestas escolas não houve aula online. Cadernos com atividades eram entregues semanalmente para que as crianças realizassem as atividades, às vezes com algum vídeo explicativo, e cabia aos pais acompanhar e explicar os conteúdos. Três das entrevistadas, que possuem escolaridade até o ensino fundamental, relataram que essa foi a maior dificuldade da situação de quarentena.

Ao perguntarmos se sentiram sobrecarregadas recebemos as seguintes respostas.

> Ah sim! Sim porque você teve que se virar, principalmente teve que ser a professora e aí você acaba tendo que sentar, perder a maioria do tempo para ficar com as crianças e ensinar, e às vezes você não consegue! E as crianças às vezes não estão acostumadas com o jeito de ensinar, ai foi bem complicado!" (Roberta, mãe de Melissa, 10 anos)

> Assim, em relação aos estudos dela sim, a gente indo trabalhar, eu trabalhava a noite, então eu tinha que dormir...A tarde tinha que pegar ela pra começar fazer as tarefas, então sobrecarrega sim. (...) Eles mandavam, era um grupo da sala, a professora só mandava as atividades que a gente desenvolvia com as crianças, então praticamente a gente que fazia tudo, a professora só mandava a gente fazer. Sobrecarregou bastante, imagina trabalhar à noite, de dia ficar com a criança, e aí era mais comigo né? Porque o pai não colaborava, muito pouco, ele fazia o mínimo, era mais eu mesmo (Márcia, mãe de Flávia, 7 anos)

Raquel, mãe de Pedro, 9 anos, conta que trabalha em plantões noturnos. Quando chegava em casa tinha que acompanhar as atividades escolares do filho, tarefa que julgava muito difícil, entre outros motivos, pelo fato do filho ainda não ter autonomia em relação às atividades escolares. Pedro estava sendo atendido, à época da entrevista, por uma psicopedagoga cuja função era ajudá-lo a desenvolver autonomia.

> O que tá mais pesado é a escola, porque eu tenho que assistir aula com ele, porque senão eu não consigo acompanhar, porque ele espera tudo por mim, não tem autonomia para fazer as coisas sozinho, então tem que acompanhar, para acompanhar os trabalhos, as provas, tudo, é difícil! Mas eu também não teria coragem de mandar meus filhos para escola agora, voltar a rotina da escola de aula presencial. (Raquel, mãe de Pedro, 9 anos)

Raquel conta ainda que toda a família teve Covid, em agosto de 2020, e se cuidaram em casa sem ajuda externa.

Aline, mãe de Lucas, 8 anos, relatou que sentiu que seu trabalho foi bastante invisibilizado, pois todas as suas atividades em home office não eram vistas como trabalho por sua família. E o fato de estar em casa fazia com que acumulasse tarefas que antes não tinha, como fazer as compras.

> É bem estressante viu, é muito estressante! Porque é muita coisa, eu até falo que tenho que tomar cuidado para não acabar descontando nas crianças, o stress, que são dois, né? Os dois brigando o tempo todo. É super estressante, eu não vejo a hora de alguma coisa voltar ao normal para a gente conseguir voltar a ter a vida social de novo.
> Sou professora de educação infantil, estou em reunião e olhando as crianças ao mesmo tempo. Quem vê de fora fala: não tá fazendo nada, só tem reunião. Minha família toda pensa isso. Aí a gente tá passando atividade, tá vendo porque a família não tá respondendo, sabe, é uma loucura. É realmente corrido! (Aline, mãe de Lucas, 8 anos)

Cecilia, mãe de Gustavo, 7 anos, conta que os filhos frequentavam a escola desde o fim de sua licença maternidade, desde que tinham por volta de 5 meses. Então não contar mais com esse equipamento foi uma situação desafiadora para a família. Ela é jornalista e continuou trabalhando, das 12 às 20 horas diariamente, desde sua casa. Ela tentava descer para a área de lazer de seu prédio ao menos 1 hora por dia com as crianças. Ao ser perguntada pelas divisões de tarefas, ela conta que era muito difícil conseguir dar conta de todas as atividades.

> Ah muito, foi muito complicado! Até hoje tá sendo, assim, porque a escola, claro que a gente não se apoiava absolutamente para tudo, mas pelo menos durante a semana a gente conseguia fazer nossas atividades com tranquilidade. Você abastecer a casa, cuidar da casa, você ter um tempo para você, de fazer um exercício físico sem eles perto, e foi bem difícil no começo. Eu precisei me organizar um pouco meus horários, puxar meu dia um pouco mais para cedo. Agora a gente tá no período de pós crítico, já nos adaptamos parcialmente, mas assim, faz muita falta a escola, o apoio, à

> convivência com os amigos principalmente para eles. (Cecilia, mãe de Gustavo, 7 anos)

Cecilia trabalhava, cuidava das crianças, cozinhava, fazia compras, acompanhava as tarefas escolares. Ela tentava fazer exercícios bem cedo pela manhã por entender que deveria também cuidar de sua saúde. No dia da entrevista, ela estava levando os filhos ao parque antes do almoço para que pudessem brincar ao ar livre. O filho contou em sua entrevista que o marido de Cecilia havia sofrido um infarto há pouco tempo, e que eles insistiam para que o pai praticasse atividades físicas. Ou seja, ela vivia em uma situação de acúmulo de funções e situações de stress agravadas pela pandemia.

O que se observa é que as mulheres já estavam sobrecarregadas antes da pandemia e esta veio a agravar a situação. Na situação anterior haviam alcançado um ritmo e uma organização que parecia funcionar, muitas vezes no limite da exaustão. A pesquisa do IBGE, Outras Formas de Trabalho da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua, mostrou que as mulheres trabalham quase o dobro que os homens em tarefas domésticas.

Tabela 1 Médias de horas dedicadas aos afazeres domésticos e/ou aos cuidados de pessoas (horas semanais)

Sexo e situação de ocupação	Horas semanais					
	Brasil	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
Homem						
Ocupado	10,4	10,8	10	10,7	10,7	9,3
Não ocupado	12,1	12,1	11,1	12,6	13,2	10,9
Média	11,3	11,5	10,6	11,7	12	10,1
Mulher						
Ocupada	18,5	18,4	19,1	18,8	17,7	16,8
Não ocupada	24	22,2	23,6	25,4	22,9	21,4
Média	21,3	20,3	21,4	22,1	20,3	19,1

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa por Amostra de Domicílios Contínua 2019

A tabela 1 mostra que as mulheres brasileiras dedicaram, em média, 21,3 horas por semana com afazeres domésticos e cuidados de pessoas em 2019. Já os homens dedicaram uma média de 11,3 horas às mesmas tarefas. Essa proporção se mantém em todas as regiões do Brasil e entre indivíduos ocupados ou desocupados.

A pandemia acentuou esse quadro, mudou radicalmente a estrutura da família e sobrepôs rotinas e espaços. O esquema de alimentação fora de casa, por exemplo, (durante sua própria jornada de trabalho e também na escola das crianças), que era algo com o qual as mulheres contavam, desapareceu, e ela ganhou a responsabilidade de mais essa função, que exige tempo, dedicação, planejamento.

Essa situação está em conformidade com a situação vivida no mesmo período pelas mulheres das Américas. O relatório da PAHO “Gender and Health Analysis: COVID-19 in the Americas” (2021)[9] mostra que as desigualdades de gênero nos âmbitos sociais, políticos, econômicos e de saúde foram exacerbados pela pandemia. O estudo revela que o papel de cuidadora expôs as mulheres a um risco aumentado de contrair COVID-19. Por comporem a maioria dos profissionais de saúde e por cuidarem de pacientes na linha de frente, as mulheres representaram 72% dos casos de COVID-19 entre profissionais de saúde da região. O relatório aponta também que as mesmas profissionais de saúde muitas vezes eram responsáveis por 80% das tarefas domésticas. Outro dado de destaque é o de que a casa não é muitas vezes um ambiente seguro para a mulher, de modo que em alguns países, as linhas diretas de atendimento à violência doméstica aumentaram 40% no período dos lockdowns (PAHO, 2021).

Regras da família

As regras da família em relação ao comer se mostraram variadas e com muitas combinações no tocante ao que a criança pode ou não fazer. As famílias foram perguntadas sobre o nível de autonomia que a criança tinha ao escolher alimentos e sobre o acesso desta à comida da casa. Há crianças que abrem

[9] https://iris.paho.org/handle/10665.2/55557

livremente a geladeira, mas têm horários rígidos para comer, outras comem vendo televisão, mas não podem comer sem permissão, e assim por diante.

Um ponto que nos chamou muito a atenção foi o de que as crianças não têm proibições de alimentos específicos, exceto uma (Artur, 9 anos, estava em dieta e não podia comer pão). Nenhuma mencionou proibição aos refrigerantes, por exemplo, que era uma expectativa que tínhamos já que é considerado um vilão do ponto de vista nutricional e todas as crianças já haviam sido identificadas com excesso de peso.

Por outro lado, existem alimentos que elas devem comer. Seis crianças mencionaram que **precisam** comer alimentos como frutas, verduras e leguminosas. O fato de precisarem comer não significa que não gostem desses alimentos, (às vezes gostam um pouco ou mais ou menos). Sendo que, em geral, chegam a gostar um pouco das comidas que precisam comer.

Em relação ao ato das refeições, quatro crianças relataram que fazem as refeições sentados à mesa com a família reunida na maioria das refeições. Outras dizem que às vezes se alimentam sozinhas, em frente a Tv e às vezes junto com a família.

Ao serem perguntadas se podem escolher o que comem em casa algumas crianças disseram que as escolhas são dos pais, mas que podem pedir alimentos específicos ou sugerir refeições. Apenas duas disseram que são elas que escolhem o que comem, embora essa “autonomia” possa ser relativizada, pois ao mesmo tempo precisam de autorização para acessar a geladeira e o armário.

De modo geral, as famílias seguem uma estrutura de refeições que é recorrente e algumas contam que escutam as preferências da criança na hora de definir as refeições e, às vezes, tentam agradá-las com seus pratos favoritos. Entretanto, dizem que se apenas a criança escolhesse, a maior parte das refeições seria composta por “besteiras”.

Duas famílias mencionaram as regras de suas famílias de origem sobre a possibilidade de a criança pegar comidas da casa livremente e disseram admirar o modelo, que seus pais seguiam. Eduardo, pai de Ana, 9 anos, diz que “criança não pode ter acesso a tudo o que quer” e conta que seus filhos não podem abrir

o armário ou a geladeira sem autorização. Quando se tratava de frutas, podiam pegar o que quisessem, mas produtos industrializados não. Pelo fato de as compras na pandemia serem feitas para um grande período, ele entende que se liberar para a criança ela vai pegar primeiro as guloseimas. Ele conta que quando era criança isso era feito e ele acredita ser uma boa forma de educação alimentar. Roberta também foi criada dessa forma, e acredita ser o melhor jeito, porém não consegue aplicar essa regra em casa. Sua filha, Melissa, 10 anos, tem acesso livre a geladeira e armários com comida, embora tenha o costume de pedir antes.

Raquel conta que nunca proibiu seus filhos de pegarem nada na geladeira ou armário e Pedro, 9 anos, costumava sempre esperar a mãe fazer ou oferecer lanches. Contudo, observou que na pandemia, Pedro estava “assaltando a panela de carne” e outras comidas de seu interesse no armário sem pedir, principalmente quando estava ocioso. Já os filhos de Camila comem apenas nos horários de refeições estabelecidos, que foram mantidos na pandemia. Ela diz que às vezes faz o que eles pedem no almoço e jantar, mas que não costuma alterar o lanche da escola, pois os pedidos sempre são para mais “besteiras”, suco de caixinha, bolos e outros alimentos industrializados.

É importantíssimo que se compreenda esse cenário para compreender como o diagnóstico do excesso de peso chega nas famílias e as afeta, sobretudo nos anos de pandemia. Muitas vezes chega como mais uma preocupação ou mais uma responsabilidade que a mulher tem de lidar. Outras vezes pode ser visto como um exagero tendo em vista o discutido anteriormente sobre a visão que os pais têm sobre o excesso de peso.

Telas

Ao pensarmos sobre o ambiente familiar, especialmente em período de pandemia, nos deparamos com a situação do uso de telas (celular, televisão, computadores e videogames) por parte das crianças. A relação das crianças com as **telas** é um assunto que tem ganhado muito destaque nos últimos anos, pois ainda estão sendo avaliados os impactos que sua utilização tem para o desenvolvimento infantil (OLIVEIRA et al., 2021). Evidências atuais sugerem que a exposição à mídia em telas leva à obesidade em crianças e adolescentes

através do aumento da alimentação durante a visualização; da exposição à produtos de alto teor calórico e baixo teor de nutrientes; pelo marketing de alimentos e bebidas que influencia as preferências das crianças, pedidos de compra e hábitos de consumo; e pela redução da duração do sono (ROBINSON et al., 2017).

As crianças entrevistadas tinham acessos variados à televisão, celular e videogames. Ana, 9 anos, era a única que via apenas televisão, não podia usar celular e havia jogado videogame poucas vezes, apenas quando frequentava a casa dos primos.

Todas as crianças mencionaram o nome de seus desenhos, séries favoritas e canais no YouTube sem hesitação. Pelas descrições detalhadas de programas e jogos que faziam, era possível perceber que haviam dedicado muito tempo a atividades com as telas, embora não tenham dito um número de horas.

As crianças que disseram jogar **videogame** também assistiam no celular (Youtube) vídeos de pessoas jogando os jogos que gostavam. Esses canais têm crescido muito e as crianças assistem para aprender a passar de fase ou aprender comandos, truques a serem utilizados quando jogam. Algumas crianças jogam também de modo *online* com seus amigos. Termos como “zerar o jogo”, que significa que o jogador conseguiu passar por todas as fases e terminar o jogo, demonstram que houve grande dedicação por parte da criança a esses jogos.

Artur, 9 anos e Pedro, 9 anos, por exemplo, jogavam *online* com seus colegas de classe. Ambos mencionaram durante a entrevista uma série de nome de canais de jogos, nomes de youtubers e vários comandos de jogos, indicando uma grande dedicação de tempo a essas atividades. Pedro também jogava um jogo que a escola forneceu durante a pandemia. Sua mãe disse que passava horas no computador, mas por ser de natureza educativa, ela permitia mais tempo nessa atividade. Segunda ela, a escola deu essa atividade para as crianças “relaxarem um pouco”. Sua mãe diz, que caso ela não controle, ele pode passar o dia inteiro jogando.

Esse tempo em frente às telas expõe as crianças a muita publicidade e, no caso do YouTube, publicidade que não tem nenhuma espécie de controle e

não segue nenhuma regulamentação. Alguns canais muito citados pelas crianças (Felipe Neto, por exemplo, que é um dos maiores do Brasil), não são canais voltados para o público infantil.

Diversos estudos demonstram que a propaganda direcionada ao público infantil tem papel no desenvolvimento dos hábitos alimentares da criança (MALLARINO et al., 2013; SAWAYA e FILGUEIRAS, 2013). Lucas, 8 anos, por exemplo, conta que uma vez estava assistindo a um programa e, ao ver uma propaganda do McDonalds, imediatamente pediu para a mãe levá-lo lá para comer, o que de fato acabou acontecendo dias depois. Eduardo, pai de Ana, 9 anos, contou uma situação de quando a filha era menor, na qual ela viu uma propaganda de sopa de tomate e imediatamente disse estar com muita vontade de comer e pediu que comprassem a sopa, embora nunca tivesse tido contato com aquele produto. Ele conta que foi uma situação que lhe marcou, chegando quase a ser cômica, pois viu com seus próprios olhos como as crianças eram facilmente influenciáveis pela propaganda e como havia uma relação direta entre a propaganda e o comportamento da criança. Outro elemento que nos chamou a atenção foi o fato de as crianças mencionarem os nomes das marcas de restaurantes de fast food e de produtos industrializados com muita frequência e familiaridade, indicando que a publicidade já as impactou de alguma maneira.

Em síntese, observa-se que o ambiente doméstico está marcado pela sobrecarga das funções da mulher que não tem margem de manobra para que se acrescente mais uma obrigação, tarefa, responsabilidade (como uma dieta especial, por exemplo), ou pior, um sentimento de culpabilidade e desinteresse pela saúde dos filhos. Esse é um problema estrutural do país e que se intensifica quando falamos de mulheres com menor renda e cor negra (IBGE, 2019).

A exaustão é o ponto de partida da mulher que é responsável por oferecer à sua família alimentos que garantam uma boa nutrição. Tais alimentos exigem um tempo de dedicação ao seu preparo que não existe. Dependendo de sua região de moradia as famílias têm dificuldades no acesso à esses produtos[10].

---

[10] Para avaliar influência entre o ambiente alimentar e a saúde, foram criados os conceitos de **desertos alimentares (**definidos como áreas residenciais com acesso limitado a alimentos nutritivos e acessíveis); **pântanos alimentares** (locais em que predomina a venda de produtos altamente calóricos com poucos nutrientes); e **oásis alimentares** (áreas em que as partes interessadas conseguiram limitar o acesso a opções menos saudáveis para apoiar estilos de vida mais saudáveis), de acordo com NAFALSKI, G; RAMOS, D;

Somando a isso a ampla disponibilidade de refeições prontas e produtos ultraprocessados, aliado ao poderoso marketing da indústria de alimentos, a opção lógica para a família é optar pelos alimentos de preparo mais fáceis. A situação de exposição elevada à propagandas faz com que a criança passe a pedir estes alimentos ultraprocessados que, por sua composição, levam a um vício alimentar e mudança no paladar. Sendo esta uma situação dificilíssima de se mudar sem um cuidado direcionado. Assim, o vício alimentar é muitas vezes interpretado como preferências e gostos individuais (SAWAYA e FILGUEIRAS, 2013).

Considerando o traço do individualismo que marca nossa sociedade, as crianças têm desde pequena, seus desejos e vontades atendidos e, forma-se assim, um cenário muito difícil para que alimentos de verdade como frutas, verduras e legumes sejam introduzidos. Nessa batalha, as mães que já chegam exaustas, precisam competir com uma indústria de bilhões cujo objetivo é garantir que as crianças comam cada vez mais de seus produtos (GRACIA-ARNAÍZ e CONTRERAS, 2012).

A figura do pai, que se destaca por sua ausência, nas poucas vezes em que aparece, contribui negativamente com a situação oferecendo produtos não adequados. Podemos incluir no ambiente familiar a situação do sedentarismo, que piorou muito na pandemia. Com pais dedicados ao trabalho e tarefas domésticas que ocupam todo o tempo restante, as crianças passam seu tempo livre conectadas a telas de televisão, celular e videogames. Lembrando que os videogames também são desenhados para produzir estímulos que levam a uma dependência (LEMOS e Santana, 2011). Ao estarem tão conectados e expostos a programas e propagandas não indicados para sua idade, as crianças acabam estando expostas também aos padrões estéticos vigentes, nos quais o corpo magro e jovem é apresentado como ideal.

Mesmo diante desse cenário, ainda se responsabiliza a mãe (que não se preocupa com a saúde e tem visão distorcida sobre o peso) ou a criança (que é gulosa, não colabora ou é preguiçosa) pela condição de excesso de peso.

MEYER, L. F. V, 2021).

O ambiente escolar

A **escola**, para as crianças participantes, pareceu ser um lugar onde se sentiam contentes. Com exceção de poucas situações de conflito relatadas, todas as crianças disseram que brincavam bastante na escola, principalmente com seus colegas.

O ambiente escolar desempenha um papel importantíssimo na formação de hábitos de crianças e adolescentes e é um espaço privilegiado para que ações de saúde pública e políticas voltadas para essa população ocorram (Ramos et al., 2013; Boing et al., 2019). Em relação a aspectos ligados à saúde, a escola pode facilitar e incentivar comportamentos saudáveis, como fornecer espaço para esportes e educação física, disponibilizar opções saudáveis nas cantinas, trabalhar a educação alimentar e nutricional; e criar barreiras para comportamentos não saudáveis, como proibir a venda de bebidas açucaradas e alimentos ultraprocessados ou proibir a venda de álcool e cigarros em sua proximidade, por exemplo. (Boing et al., 2019).

No Brasil, temos duas realidades: a das escolas públicas e das escolas particulares. Nas escolas públicas é possível dizer que há certa proteção à alimentação dos estudantes pois estas, por meio do Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) e o Programa Saúde na Escola (PSE) fornecem educação alimentar e refeições gratuitas aos estudantes. Contudo, mesmo nas escolas públicas há a presença de cantinas que vendem alimentos ao público infantil.

Diversos estudos apontam que a oferta de alimentos não saudáveis é predominante nas cantinas escolares e que o consumo de tais alimentos está associado ao sobrepeso e obesidade de crianças e adolescentes (Rossi et al., 2019; Boing et al., 2019; LEITE et al., 2021). No país, a venda nesses estabelecimentos não possui regulamentação nacional e a própria existência de uma regulação varia de acordo com cada Estado e cidade e normas internas da escola (LEITE et al., 2021).

A diferença na alimentação entre escolas públicas e privadas pôde ser observada nas entrevistas. As crianças que se alimentavam na escola (escola pública) disseram não gostar muito da alimentação oferecida. Flávia, 7 anos, por

exemplo, não podia levar lanche e tinha que se alimentar na escola. Por não gostar da comida, acabava não comendo nada no período em que estava lá. Já Pedro, 9 anos, gostava de algumas coisas, mas não comia de forma alguma, alimentos que tivessem quaisquer vegetais.

O momento do **lanche** muitas vezes servia como um espaço de troca entre seus pares e de mudança em relação ao repertório alimentar já que as crianças tinham contato com a alimentação oferecida pela escola, em alguns casos, e também com os lanches trazidos pelos colegas que, algumas vezes, eram diferentes dos seus e lhes despertavam curiosidade.

Dentre as que levavam lanche, Patrícia, 9 anos (escola pública), foi a única que manifestou que muitas vezes dividia o seu lanche com algumas crianças de sua escola, que não levavam nada para comer. As demais contam que quando se interessavam muito pelo lanche de algum colega pediam um pedaço para experimentar. Às vezes pediam para as mães comprarem alguns produtos que conheciam através de seus colegas, o que era atendido por algumas das mães e não por outras. Gabriela, 10 anos, conta que não pedia para os colegas, mas pedia para sua mãe produtos que conhecia na escola e que lhe despertavam interesse. Segundo a menina, a mãe sempre comprava tais produtos a seu pedido. Alguns pais, como Eduardo (pai de Ana, 9 anos) e Camila (mãe de Júlia, 10 anos) ao atenderem o desejo dos filhos aproveitavam a situação para explicar sobre o alimento: se era saudável ou se deveria ser consumido em moderação.

Outros responsáveis contam em relação a essa situação que os filhos pediam basicamente “mais besteiras”, sendo muito mencionado como pedido das crianças o “suco de caixinha”. E isto não é casual, já que a indústria das bebidas açucaradas[11] investe grandes somas em publicidade voltada ao público infantil. No Brasil, as crianças consomem 88 litros de bebidas açucaradas por ano (ALCARAZ A. et al., 2020). Essa indústria também recebe grandes incentivos fiscais do governo brasileiro. De acordo com dados da Receita Federal, de 2016, os subsídios fiscais à indústria dos refrigerantes, chegaram a

[11] Refrigerantes, bebidas de frutas líquidas e em pó, águas saborizadas, bebidas energéticas e esportivas, e chás ultraprocessados.

R$ de 3,8 bilhões[12]. Além disso, estima-se que no Brasil, o sistema de saúde gaste, por ano, R$ 2.995 bilhões de reais, no cuidado a doenças provocadas pelo consumo de bebidas açucaradas como diabetes, doenças cardíacas, renais, entre outras (ALCARAZ A. et al., 2020).

As trocas ocorridas no momento do lanche na escola ilustram o papel que a criança desempenha ao trazer novidades para a família. Ela não é mera reprodutora dos gostos da família, ela interage com seus pares, conhece novos alimentos e, muitas vezes, os introduz na família. Há um aprendizado a partir da interação social em relação ao repertório alimentar que acabava por chegar às suas casas (PIRES, 2010).

E podemos extrapolar essa situação para outros comportamentos ligados ao brincar: os jogos de videogame que as crianças jogam online todas juntas, as "*conference calls*" feitas durante a pandemia pelas crianças, a audiência a determinados programas, série e apresentadores.

Atividade Física

A escola era também o ambiente onde a prática de atividade física era realizada em sua grande maioria, antes da pandemia. Algumas crianças mencionaram as aulas de educação física e brincadeiras com os amigos como pega-pega e corrida. Algumas crianças faziam atividades extracurriculares na própria escola como judô e natação. Poucas faziam atividade física fora do ambiente escolar. Julia, 10 anos, por exemplo, fazia equitação e circo fora da escola e jazz na escola. Gabriela, 10 anos, praticava natação na escola. Já Pedro, 9 anos, fez alguns meses de academia, embora não gostasse, até o início da quarentena. Apenas 3 crianças disseram que não praticavam nenhuma atividade física nem mencionaram as aulas de educação física.

Pudemos perceber que o fechamento das escolas e as medidas de distanciamento social afetaram significativamente o nível de atividade física das crianças participantes, já que se viram encerradas em casa. Muitas moravam em apartamentos e casas sem quintais e sem possibilidades de espaço para se exercitarem. Outras famílias que moravam em prédios com área de lazer

[12] Relatório de Gastos Tributários da Receita Federal de 2018. Disponível em:

tentavam levar as crianças para brincarem ou fazer alguma atividade física nesses espaços.

Duas mães comentaram que os filhos, que já eram pouco ativos antes da pandemia, pioraram sua situação na quarentena. Raquel, mãe de Pedro, 9 anos, contou que se surpreendeu pelo fato de o filho não pedir para sair de casa e para brincar ao ar livre em nenhum momento. Para ela o videogame, com o qual o filho passava horas jogando, agravava o sedentarismo. Os pais das crianças ativas, como Gustavo, 7 anos e Ana, 9 anos, disseram que os filhos sentiram muita falta de atividades, e apenas uma das crianças, Júlia, 10 anos, manteve uma prática regular de atividade física por contar com uma esteira em casa.

As mães relataram que o sedentarismo advindo da situação de quarentena também fez com que as crianças comessem mais, seja pela ociosidade ou pela ansiedade, o que levou algumas delas a engordarem nesse período. Alguns responsáveis afirmaram que eles próprios e as famílias também haviam engordado no período, e não somente a criança.

Com a reabertura dos parques no período da realização da pesquisa, janeiro de 2021, muitos dos responsáveis disseram que estavam aproveitando o espaço para que as crianças pudessem brincar, correr, se movimentar em espaço aberto e em contato com a natureza.

Havia uma grande expectativa para a volta das aulas presenciais, que representava a volta a uma certa normalidade, por parte dos pais e das crianças. Estas últimas contavam sobre as atividades que iriam retomar ou começar após as férias: judô, natação, futebol e a própria educação física na escola. Os pais se mostravam desejosos de que sobretudo a rotina da escola presencial retornasse pois foi, para grande maioria, a maior desestruturação ocorrida em função da pandemia.

Quando perguntados sobre quais seriam os espaços ou instituições que poderiam ajudar na questão do excesso de peso das crianças, a escola foi a única opção mencionada e o foi timidamente. A maioria dos responsáveis entendia que era um problema a ser “resolvido” primordialmente na família, por meio do controle da alimentação e do aumento da atividade física.

Dois dos responsáveis disseram que a escola desempenhava um importante papel no tocante à educação alimentar e relataram experiências positivas com a escola de seus filhos, como a realização de um laboratório onde as crianças preparavam alimentos e passeios à uma fazenda para ver de onde vinham os vegetais. Três das mães desejavam o retorno à escola na expectativa de obterem alguma ajuda com o cuidado das crianças. Mais que a função de educação alimentar, a escola ajudava na rotina que haviam estabelecido anteriormente, na qual o preparo das refeições não estava integralmente à cargo das mulheres.

Essa auto responsabilização da família sobre a condição de excesso de peso da criança, nos remeteu a um dos achados de minha pesquisa de mestrado em relação à situação da amamentação (SILVA, 2016). Embora as mulheres entrevistadas vivessem grandes desincentivos ambientais à amamentação, como o estímulo à utilização de bicos artificiais, não amamentação na primeira hora de vida, incentivo a complementação com fórmulas lácteas, pressão familiar e médica para o desmame, muitas mães viam a não continuidade do aleitamento materno como um fracasso pessoal e como uma situação de sua exclusiva responsabilidade.

Neste estudo, vimos uma similaridade em relação à sobrecarga enfrentada pelas mães. Quando perguntadas como poderiam ser ajudadas para que sua situação melhorasse em relação à sobrecarga de trabalho, tivemos a impressão que não haviam pensado no assunto. Era como se o cansaço e o ritmo intenso estivessem normalizados e não vissem possibilidades fora dessa situação. O único que mencionavam era a volta da escola, enquanto equipamento social. Não mencionaram redistribuição das tarefas domésticas, ampliação da alimentação escolar, nem nenhuma questão estrutural. Apenas manifestaram que desejavam que a escola voltasse a funcionar para que tivessem o mínimo da rotina de antes da pandemia.

Em relação a outros ambientes, os parque públicos, foram os espaços que as famílias disseram frequentar com as crianças[13]. Nesses locais pudemos notar que as crianças estavam não apenas com sua família nuclear. Por

[13] Evidentemente compreendemos que todos os entrevistados já frequentavam esses espaços.

exemplo, Luiza, 7 anos, e Patrícia, 10 anos, estavam passeando naquele parque (bem distante de sua casa) pela primeira vez com um primo; Gabriela, 10 anos, estava com sua avó pois esta estava ajudando a neta a praticar atividade física que o médico lhe havia recomendado; Artur estava na mesma situação, porém, além de sua avó estava, também com sua tia e primo. As demais crianças que estavam com um de seus pais, estavam também com mais familiares ou amigos.

Os participantes relataram que antes da pandemia tinham como hábito frequentar espaços públicos de lazer e mencionaram além dos parques, os SESCs (Serviço Social do Comércio), e clubes municipais. O fechamento total ou parcial dos parques por conta da pandemia foi bastante sentido pelas famílias que perderam esse espaço de lazer, de prática de atividade física de contato com a natureza e ar livre.

De maneira concisa, observa-se que a escola é de grande importância na rotina das crianças como um todo e representa, sobretudo no tocante à formação de hábitos e à alimentação, um espaço privilegiado para as ações governamentais de incentivo à alimentação saudável e adequada e de regulação da oferta de alimentos não saudáveis (Rossi et al., 2019; Boing et al., 2019).

Na cidade do Rio de Janeiro, no momento de redação deste trabalho, está em discussão um projeto de lei (PL) que visa prevenir e combater a obesidade infantil e ataca diversas frentes. O PL[14] propõe que as escolas não possam vender ou oferecer refrigerantes, sorvetes industrializados, salsichas, salgadinhos de pacote e outros alimentos ultraprocessados; que em estabelecimentos comerciais, esses produtos terão que ficar em prateleiras fora do alcance das crianças pequenas e avisos sobre a lei precisarão ser instalados, acabando assim com os corredores de comidas ultraprocessadas que estão perto dos caixas e que estão na altura das crianças; e que nas empresas, sejam criadas salas de apoio à amamentação para a coleta de leite materno. Mostrando que o projeto de lei está baseado nas evidências científicas mais recentes que demonstram, por exemplo, o papel da amamentação na prevenção da obesidade infantil.

[14] Fonte: https://desiderata.org.br/obesidadeinfantil/ Último acesso em 10.03.2022

Ao envolver escolas, estabelecimentos de vendas de produtos alimentícios e empresas, o PL é um exemplo de uma política que pensa nas condições estruturais que levam ao excesso de peso e nos ambientes que podem afetar a situação, tirando do foco as escolhas individuais e a culpabilização das famílias.

O World Obesity Forum (WOF) ao propor políticas voltadas para o combate à obesidade, o faz de uma maneira que contemple outras questões estruturais como as mudanças climáticas e desnutrição. O quadro 4 mostra algumas da proposições.

Quadro 4 - Propostas integradas do World Obesity Forum			
Ação de tripla função	**Obesidade / Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)**	**Desnutrição**	**Mudanças climáticas**
Reduzir o consumo de carne (mudanças em impostos e subsídios, rotulagem ambiental e social, marketing social)	Dietas mais saudáveis para a prevenção de câncer e diabetes	Agricultura sustentável e uso mais eficiente da terra	Redução de emissão de gases de efeito estufa advindos da agropecuária
Mudanças nos modos de transporte (Infraestrutura, mudanças em impostos e subsídios, estratégia de marketing social)	Aumento na atividade física, menos tempo de sedentarismo	Acesso mais barato no transporte de comidas saudáveis e ao trabalho	Redução de emissão de gases de efeito estufa advindos do transporte
Guias alimentares sustentáveis (promoção de escolhas de alimentos e bebidas para a saúde e a sustentabilidade)	Promoção de escolhas alimentares mais saudáveis	Melhoria no aleitamento materno e no acesso/educação à alimentação saudável	Diminuição da demanda por escolhas alimentares não sustentáveis
Restringir influências comerciais (gestão transparente de conflitos de interesse e do financiamento político)	Redução da oposição às políticas alimentares para obesidade e DCNT	Redução da corrupção, mais redução da pobreza	Redução da oposição às políticas de emissões de gases de efeito estufa

Fonte: World Obesity Atlas 2022

Ao propor como política, por exemplo, a redução do consumo de carne vermelha, (por meio de modificações em subsídios e taxações, rotulagens ambientais e de saúde, marketing social) pretende impactar ao mesmo tempo a obesidade e doenças crônicas não transmissíveis, a desnutrição e as mudanças climáticas. E cada uma de suas propostas necessariamente contempla essas três questões. Evidenciando assim, a complexidade e a altíssima interligação entre as questões envolvendo alimentação, saúde e condições estruturais e ambientais.

Embora não sejam identificadas imediatamente pelas famílias, as condições ambientais mais amplas, ligadas ao acesso aos alimentos, às políticas de regulação de produtos e publicidade destes, têm impacto direto em suas vidas e em seus corpos.

Podemos inferir que a produção dos corpos é local, já que cada grupo é afetado por seu ambiente e as relações existentes neste espaço que produzirão corpos gordos ou magros, doentes ou saudáveis. Contudo, o âmbito local está submetido à lógica global, que é responsável pelo sistema econômico, alimentar, político. Devemos nos indagar por que a conjuntura atual torna mais fácil e acessível para uma família fornecer para a criança uma bolacha ultraprocessada que uma banana, por exemplo. O corpo da criança será diferente de acordo com o alimento consumido, e tal diferença a posicionará na estrutura social que fortemente hierarquiza os corpos. Desse modo, para alterar a situação com base em mudanças ambientais, é necessário que se pense formas de facilitar ao máximo as escolhas saudáveis e dificultar as não saudáveis para as famílias.

Pandemia da Covid-19

Por fim, para finalizar a discussão sobre ambientes, não podemos deixar de mencionar o contexto da pandemia da Covid-19 e suas implicações.

A vida das famílias entrevistadas foi afetada profundamente pela situação da pandemia, juntamente com a de pessoas de todo o planeta. Contudo, como

afirmam Machin, Couto e Mota (2021), a pandemia não afetou os indivíduos de forma igual, “a COVID-19 explicita as desigualdades sociais nos corpos, atravessados e entrecruzados por marcadores sociais da diferença” (MACHIN, COUTO e MOTA, 2021:7), já que as possibilidades de proteção da infeção e as consequências sociais negativas da pandemia são marcadas pelo contexto histórico e sociocultural do país, que não é igualitário de forma alguma.

Com as famílias participantes da pesquisa a situação não foi diferente. Cada uma se protegeu e se organizou com base nos recursos que possuíam, recursos no sentido amplo do termo: econômicos, sociais, psíquicos, familiares, espaciais.

As entrevistas estiveram muito marcadas pela situação da pandemia e da quarentena, que estava em seu auge e antes da vacinação ser iniciada. Não foi discutida uma situação sobre a criança e o excesso de peso deslocada do contexto em que se vivia no momento. Assim, a pandemia forneceu um pano de fundo para observarmos como os marcadores interagem e produzem resultados diferentes em cada família.

Assim, temos crianças que aumentaram de peso na pandemia, outras que melhoraram a alimentação; ou ainda crianças que se sentiram tristes e não viram nada de positivo no período e outras que adoraram a oportunidade de estarem mais próximas e passando mais tempo com a família. E não há elemento determinante das situações e sim, interações entre os diferentes marcadores.

Já mencionamos a situação de sobrecarga de trabalho das mulheres e esta situação, embora comum a todas, mostrou, por exemplo, as dificuldades que as mães com menor escolaridade tiveram ao acompanhar as atividades escolares (que coincidiu com o fato dos filhos estudarem em escola pública, que não ofereceu aulas). Como também, a situação das trabalhadoras de saúde, que continuaram trabalhando e ainda assim acumularam diversas funções.

Já nos estágios iniciais da pandemia as evidências sugeriam que a obesidade era uma comorbidade que agravava a infeção por Covid-19, assim a condição de excesso de peso foi um fator de preocupação para as mães de algumas das crianças. Aline, mãe de Lucas, 8 anos, conta que o filho além de excesso de peso possuía uma doença respiratória, o que gerava na família uma

necessidade de maior cuidado para evitar uma infecção, levando a família a uma quarentena bastante rígida, segundo Aline. A visita ao parque, onde a entrevista ocorreu, era a primeira saída a um local público em muitos meses. Ela levou a família lá para que seus filhos pudessem respirar um ar puro e brincar em local ao ar livre. Já as mães cujos filhos possuíam apenas “um leve sobrepeso”, por exemplo, não se afligiram tanto quanto as mães de crianças com mais peso.

O relato das crianças sobre a pandemia poderia ser sintetizado com a frase de Luiza, 7 anos: “É ruim, mas é bom”. Todas as crianças identificaram aspectos negativos e positivos sobre o período da quarentena. Os positivos ligados ao maior tempo passado com a família e com o fato de não terem que ir para a escola. Os negativos ligados a não poder ir para a escola (daí o “É ruim, mas é bom” de Luiza), não poder brincar com os amigos e não ver a família estendida (avós, primos).

De forma sucinta, podemos afirmar que todo o processo da experiência do excesso de peso da criança e de sua família é perpassado pelos diferentes marcadores sociais da diferença. Desde a própria nomeação, passando pela forma como o tema é conversado com a criança, chegando à forma de se enfrentar a situação, diferentes elementos como a classe, o gênero, a escolaridade dos cuidadores, impactarão de forma diversa e produzirão resultados diferentes nas vidas das crianças. E ao olharmos para suas práticas e vidas concretas conseguimos nos aproximar da compreensão de tais experiências.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo principal compreender a experiência das crianças, em idade escolar, identificadas com excesso de peso e os sentidos dados pela família à situação de excesso de peso da criança. Para alcançar tal compreensão pretendeu-se também identificar as práticas cotidianas de lazer, alimentação e atividade física das crianças, compreender como ocorre o processo de identificação do excesso de peso, e compreender como as noções de saúde são operadas pelas crianças e suas famílias.

De acordo com as famílias, as principais explicações para o excesso de peso das crianças são o ambiente familiar e os hábitos alimentares do grupo como um todo; a individualidade da criança, incluindo seu biotipo e seus gostos e preferencias; e a ocorrência de situações disruptivas na dinâmica familiar, como separações e doenças.

As famílias entendem que uma criança saudável possui um equilíbrio em diferentes aspectos de sua vida (alimentação, sono, lazer, etc.), e também que é ativa e feliz. O peso seria apenas um dos elementos dessa equação. Já as crianças associam estar saudável a se alimentar com frutas, verduras e realizar atividade física, reproduzindo o discurso nutricional vigente.

O sobrepeso e a obesidade não são vistos como um continuum e são compreendidos pelas famílias como elementos de dimensões diferentes. O sobrepeso é visto como uma situação ligada ao estilo de vida e ao comportamento e a obesidade como uma condição de saúde. Contudo, o que definiria uma situação como obesidade, seria a alteração nos parâmetros de exames com marcadores internos ao corpo (como colesterol ou glicemia).

Os resultados da pesquisa mostraram ainda que a experiência das crianças está marcada pela ubiquidade do discurso sobre o peso corporal (*fat-talk*) que ocorre em casa, na escola, e por meio das mensagens da publicidade que lhes são dirigidas. O *bullying* é um elemento bastante presente no cotidiano das crianças, seja por sua vivência, por conversas trazidas pela escola ou ainda pelo temor dos pais de que os filhos venham a sofrê-lo.

Em relação ao impacto dos ambientes na condição do excesso de peso das crianças, observa-se um ambiente doméstico marcado pela sobrecarga do trabalho feminino, e pela predominância da mãe nas funções ligadas à alimentação. A escola se mostrou um ambiente que contribui para ampliação do repertório alimentar, positiva ou negativamente. É também um espaço estratégico para a implementação de políticas de educação alimentar e nutricional e de incentivo à atividade física, visto que é o local onde as crianças passam a maior parte do tempo depois de sua casa.

As famílias avaliam que elas são as principais responsáveis pelo enfrentamento da questão do excesso de peso e reconhecem a escola como um espaço que pode oferecer alguma ajuda na questão. De modo geral, não foram mencionadas questões estruturais como elementos relevantes para a condição de excesso de peso da criança, com exceção da pandemia.

A pandemia da Covid-19, afetou profundamente a rotina das famílias e aumentou o fardo das mulheres que acumularam diversas funções no ambiente doméstico. As crianças relataram que sentiram muita falta da escola e da interação com amigos e familiares, embora algumas tenham gostado da oportunidade de passar mais tempo com os pais em casa. Notou-se uma queda acentuada na prática de atividade física e um aumento no tempo dedicado às telas.

Observou-se que há uma falha de comunicação na relação das famílias com os profissionais de saúde. Na visão dos pais, a área biomédica, ao trabalhar com a lógica do risco e da probabilidade estatística de ocorrência de enfermidades, não estaria olhando para a criança em sua individualidade e concretude. Na visão da biomedicina, as famílias seriam incapazes de perceber o excesso de peso nas crianças e demonstrariam pouca preocupação com a situação. Essa incompatibilidade evidencia que há uma compreensão diferente sobre a questão do excesso de peso das crianças: as famílias veem a questão sob uma lógica qualitativa e a área da biomedicina, atualmente, a classifica sob uma lógica quantitativa. Contudo, ambas compartilham o mesmo objetivo que é a boa saúde da criança, hoje e no futuro.

Os achados deste estudo contribuem para o avanço das pesquisas sobre a experiência de excesso de peso das crianças uma vez que desvelam fatores

que marcam tal experiência, preenchendo assim uma lacuna da literatura. Estes resultados favorecem igualmente as pesquisas sobre percepções das famílias sobre o excesso de peso de crianças e contribui do mesmo modo com as pesquisas em saúde feitas **com** crianças, onde seus pontos de vista são contemplados.

Ao pensarmos nas limitações deste estudo não podemos esquecer da própria pandemia da Covid-19. Além das falas estarem bastante marcadas por este contexto, a necessidade de distanciamento não permitiu um encontro mais longo com as crianças, nem a entrevista em contexto domiciliar. O fato de as crianças e adultos estarem juntos no momento da entrevista também se mostrou um limitante, visto que inibiu algumas respostas de participantes. Outra limitação refere-se à diversidade dos entrevistados, pois a maioria dos participantes eram mulheres brancas, assim a perspectiva de mulheres negras e homens foi pouco incorporada, ainda que tivéssemos buscado que isso ocorresse.

Sugere-se a realização de mais pesquisas com crianças, abordando diferenças entre gêneros e outros marcadores sociais; bem como mais estudos com as famílias, sobretudo investigando a história de vida e percepções dos pais, que acabam por marcar o cuidado ofertado à criança.

Para finalizar, consideramos que os elementos expostos acima demonstram que o objetivo da pesquisa foi alcançado e que a compreensão da experiência das crianças com excesso de peso foi ampliada a partir dos resultados obtidos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABESO. *DIAGNÓSTICO DA OBESIDADE INFANTIL*. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica, 2012.

_____. *DIRETRIZES BRASILEIRAS DE OBESIDADE 2016*. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica, 2016.

ALCARAZ A et al. O lado oculto das bebidas açucaradas no Brasil. *Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria*., Buenos Aires, Argentina. Nov 2020.

ALCARAZ J et al. Actualizando los abordajes socioculturalesde la obesidad: propuestas a partir de Hacking, Bourdieu y Foucault. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 30(3), e300322, 2020.

ALMEIDA AT, JUNIOR JT. Medidas de transmissão intergeracional da obesidade no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20 (5), 1401-1414. 2015.

ALVES KP ,JAIME PC. A Política Nacional de Alimentação e Nutrição e seu diálogo com a Política Nacional de Segurança Alimentar. *Ciência & Saúde Coletiva*,19 (11), 4331-4340, 2014.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.

BERTAUX, D. “El enfoque biográfico: su validez metodológica, sus potencialidades. Proposiciones 29, marzo 1999.

BOING AF et al. How important is school environment in explaining individual variance of health behaviors? *Rev. Saúde Pública*, 53 (02) Dec 2019.

BOLZAN BD et al. Bullying e violência social: Vivência de adolescentes obesos. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*. 15(1), pp. 491-503, 2017.

BORGES F et al. Family perspective on childhood obesity and its forms of coping: a descriptive study. *Online Braz j Nurs*; 16 (4): 460-470. 2018.

BOURDIEU P. *O senso prático*. Petrópolis: RJ. Vozes. 2009.

BRASIL. *Guia alimentar para a população brasileira. Brasília*: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf>.

_____ *Marco de referência da vigilância alimentar e nutricional na atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

_____. *Atlas da Obesidade Infantil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

_____. *Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e*

distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRUNER, Edward & Turner, Victor (org.). *The Anthropology of Experience*. University of Illinois Press, 1986.

CAMARGO AP et al. A não percepção da obesidade pode ser um obstáculo no papel das mães de cuidar de seus filhos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18 (2), 323-333, 2013.

CARVALHO MC, MARTINS A. A obesidade como objeto complexo: uma abordagem filosófico-conceitual. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9 (4), 1003-1012, 2004.

COELHO VA, TOLOCKA RE. Levels, factors and interventions of preschool children physical activity: a sitematic review. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25 (12),5029-5039, 2020.

COHN, C. *Antropologia da Criança*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Edições, 2005.

_____, Clarice. Concepções de infância e infâncias: um estado da arte da antropologia da criança no Brasil. *Civitas-Revista de Ciências Sociais* 13 (2), 221-244, 2013.

COLEDAM D et al. O sobrepeso e a obesidade não estão associados com a pressão arterial elevada em jovens praticantes de esportes. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(12): 47051-4060, 2017.

CONRAD P. The Shifting Engines of Medicalization. *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 46, No. 1, pp. 3-14, 2005.

_____.,Medicalization and social control. *Annual Review of Sociology*, v. 18, pp. 209-232, 1992.

CORREA NETO VG et al. Hipertensão arterial em adolescentes do Rio de Janeiro: Prevalência e associação com atividade física e obesidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(6):1699-1708, 2014.

COSTA LPI, OLIVEIRA LRII. Ambiente Obesogênico em crianças dos 7 aos 9 anos de idade do concelho da calheta, região autônoma da Madeira. *Revista da SPCN,* Volume 16 · No 3, 2010.

COSTA MA et al. Obesidade infantil e bullying: a ótica dos professores. *Educação e Pesquisa*, São Paulo, v. 38, n. 03, p. 653-665, jul./set. 2012.

COUTO, M. T. et al. Aspectos sociais e culturais da saúde e da doença. In: Martins MA et al. (Org.). *Tratado de Clínica Médica*. São Paulo, v. 1, p. 350-356, Editora Manole, 2009.

CRAWFORD, R. Salutarismo e medicalização da vida cotidiana. *Reciis – Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde*. Jan-mar.;13(1):100-121. 2019

CRUZ NC et al. Waist circumference as high blood pressure predictor in school age children. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24 (5), 1885-1893, 2019.

CRUZ, S.H.V (org.).*A criança fala: a escuta de crianças em pesquisas*. São Paulo, Cortez, 2008.

DAS, Veena. O ato de testemunhar: violência, gênero e subjetividade. *Cadermos Pagu*, n, 37, pp.9-41, 2011.

EKNOYAN, G. A History of Obesity, or How What Was Good Became Ugly and Then Bad*. Advances in Chronic Kidney Disease*, Vol 13, No 4 (October), 2006.

ELIAS, Norbert. *O processo civilizador*.Volume 1. Rio de Janeiro. Jorge Zahar Editor. 1994.

ENANI 2019. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. *Estado Nutricional Antropométrico da Criança e da Mãe: Prevalência de indicadores antropométrico de crianças brasileiras menores de 5 anos de idade e suas mães biológicas*: ENANI 2019. Documento eletrônico. - Rio de Janeiro, RJ: UFRJ, 2022.

FANTINELI ER et al. Imagem corporal em adolescentes: associação com estado nutricional e atividade física. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25 (10), 3989-4000, 2020.

FASSIN, Didier. *When Bodies Remember: Experiences and Politics of AIDS in South Africa*. University of California Press, 2007.

FERNANDES l e BARBOSA R. A construção social dos corpos periféricos. *Saúde e Sociedade, São Paulo,* v.25, n.1, 70-82, 2016.

Ferreira JS, Aydos RD. Prevalência de hipertensão arterial em crianças e adolescentes obesos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(1), 97-104, 2010.

FERREIRA VA e MAGALHÃES R. Obesidade entre os pobres no Brasil: a vulnerabilidade feminina. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (4), 2279-2287, 2011.

FOUCAULT, M. Microfísica do poder. São Paulo: HUCITEC, 1977.

FOUCAULT, Michel. *História da Sexualidade* I. A vontade de Saber. Rio de Janeiro. Graal. 2008.

FRANCESCHINI e CAMPOS. Crianças e infâncias, sujeitos de investigação: bases teórico metodológicas. In: CRUZ, S.H.V (org.) . *A criança fala: a escuta de crianças em pesquisas.* São Paulo: Cortez, 2008.

FRIEDRICH RR et al. Efeito de intervenção sobre o índice de massa corporal em escolares. *Rev Saúde Pública*, 46 (3), 551-560, 2012.

GAUDENZI, P, ORTEGA, F. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. *Interface*, Botucatu, v. 16, n. 40, p. 21-34, 2012.

GEERTZ C. *A interpretação das culturas*. - 1.ed., Rio de Janeiro, LTC, 2008.

GEERTZ C. *O saber local: novos ensaios em antropologia interpretativa*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997.

GRACIA-ARNAÍZ, M, CONTRERAS J. Comemos como vivemos? Compreender as maneiras contemporáneas do comer. In: *Dimensões socioculturais da alimentação: diálogos latino-americanos*. Orgs Renata Menasche, Marcelo Alvarez e Janine Collaço. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2012.

GRACIA-ARNAIZ M. Acting against obesity: a cross-cultural analysis of prevention models in Spain, Argentina and Brazil. *Critical Reviews in Food Science and Nutrition.* 62 (8), 2192-2804, 2022.

GRACIA-ARNAIZ M. *Comemos lo que somos: Reflexiones sobre cuerpo, genero y salud*. Icaria editorial: Barcelona, 2015.

GRACIA-ARNAIZ M. Comer bien, comer mal: la medicalización del comportamiento alimentario. *Salud Publica Mex* 49:236-242: 2007.

GREENHALGH, SUSAN. *Fat-Talk Nation: The Human Costs of America's War on Fa*t. Cornell University Press. 2015.

HENRIQUES P et al. Ideias em disputa sobre as atribuições do Estado na prevenção e controle da obesidade infantil no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 36 (11): e00016920, 2020.

HENRIQUES, P. et al. Políticas de Saúde e de Segurança Alimentar e Nutricional: desafios para o controle da obesidade infantil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 12, p. 4143–4152, dez. 2018.

ILLICH, I *In the mirror of the past, lectures and adresses, 1978-1990*. Nova Iorque: Marion Boyars, 1992.

ILLICH, I. *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina.* 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa Nacional de Saúde 2019. Atenção primária à saúde e informações antropométricas.* Ministério da Saúde, 2020.

JIMENEZ-JIMENEZ, L.M. *Lute como uma gorda: gordofobia, resistências e ativismos*. Tese (doutorado) – Cuiabá- MT: universidade Federal de Mato Grosso, 2020.

KOMAROFF, M. “For Researchers on Obesity: Historical Review of Extra Body Weight Definitions,” *Journal of Obesity*, vol. 2016, Article ID 2460285, 9 pages, 2016.

KRAMER, S. Autoria e Autorização: questões éticas na pesquisa com crianças. *Cadernos de Pesquisa*, n. 116, p. 41-59, julho. 2002.

LANDINI TS. A sociología de Nobert Elias. *BIB*, São Paulo, n° 61, 91-108, 2006.

LE BRETON, D. *Antropologia da dor*. São Paulo: Editora Fap-Unifesp. 2013.

LE BRETON, D. *Antropologia do corpo e modernidade*. Petrópolis, RJ. Vozes. 2012.

LEITE MA et al. Disponibilidade e consumo de ultraprocessadosem escolas do Município de São Paulo, Brasil: resultados do SP-Proso. *Cad. Saúde Pública*; 37 Sup 1:e00162920, 2021.

LEMOS II, SANTANA SM. Dependência de jogos eletrônicos: a possibilidade de um novo diagnóstico psiquiátrico. *Rev Psiq Clín*. 39(1), 28-33, 2012.

LIMA NM et al. Excesso de peso em adolescentes e estado nutricional dos pais: uma revisã sostemática. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22 (2),627-636, 2017.

Louzada MLC et al. Impacto do consumo de alimentos ultraprocessados na saúde de crianças, adolescentes e adultos: revisão de escopo. *Cad. Saúde Pública*; 37 Sup 1:e00323020, 2021.

MACEDO l e SPERB TM. O desenvolvimento da habilidade da criança para narrar experiencias pessoais: uma revisão da literatura. *Estudos de Psicologia*, 12 (3), 233-241, 2007.

MACHIN R et al. Corpos, corpereidade e a relação indivíduo-sociedade: a COVID-19 como pano de fundo da vida cotidiana brasileira. In: *Sobre a Pandemia: experiências, tempos e reflexções*. André Mota (org.) Sao Paulo, Ed. Hucitec, 2021.

MAIA-VASCONCELOS, S. A criança e suas narrativas: a (auto)biografia no espelho. *Revista Brasileira de Pesquisa (Auto)Biográfica*, Salvador, v. 01, n. 03, p. 584-602, set./dez. 2016.

MALLARINO C et al. Advertising of ultraprocessed foods and beverages: children as vulnerable population. *Rev Saúde Pública*, 47 (5),1006-10, 2013.

MARCHI R. Pesquisa Etnográfica com Crianças: participação, voz e ética. *Outros Temas, Educ. Real*. 43 (2), Apr-Jun, 2018.

MAUSS, Marcel. “Técnicas corporais”. In *Sociologia e Antropologia*. São Paulo, EDUSP, 1974[1934].

MINAYO M. C. S. (org.). *Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade*. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

_____. Análise qualitaiva: teorias, passos e fidedgnidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17 (3), 621-626, 2012.

_____. Amostragem e Saturação em Pesquisa Qualitativa: consensos e controvérsias. *Revista Pesquisa Qualitativa*. São Paulo (SP), v. 5, n. 7, p. 01-12, abril. 2017

MITJAVILA, M. Medicalização, risco e controle social. *Tempo Social, revista de sociologia da US*P, v. 27, n. 1, 2015.

MONTEIRO CA. et al. “Dietary guidelines to nourish humanity and the planet in the twenty-first century. A blueprint from Brazil.” *Public health nutrition* vol. 18,13; 2311-22, 2015.

MORAES PM e DIAS CM. Nem só de pão se vive: A voz das mães na obesidade infantil. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 33 (1), 46-59, 2013.

MORTOZA, André Sugai. *A obesidade como expressão de questão social: nutrição e estigma.* TESE (Doutorado). Universidade de Brasília, 2011.

MOSS M. *Sal, açúcar, gordura: Como a indústria alimentícia nos fisgou*. Intrínseca, 2013.

NAFALSKI, G et al. Mapa do Universo Temático da Obesidade no Brasil. In: *Painel Brasileiro da Obesidade. Ciclo 2020/2021*. São Paulo: Instituto Cordial, 2021.

NAKAMURA, Eunice. A noção médico científica de depressão infantil: uma visão histórica e sociocultural do discurso de adultos sobre a infância. In: MOTA, A e SCHRAIBER, L. (org.). *Infância e Saúde: perspectivas históricas*. São Paulo, Hucitec/FAPESP, 2009.

NAVAS LÓPEZ et al. La otra cara de la obesidad: reflexiones para una aproximación sociocultural. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9 (06), Jun 2014.

NAVAS LÓPEZ et al. Aproximación socio-antropológica a la obesidad infantil: estudio de caso en dos colegios de Valencia (España). *Rev. Nutr., Campinas,* 28(2):155-163, mar./abr., 2015.

NOGUEIRA RP. A segunda crítica social da Saúde de Ivan Illich. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*, v7, n12, p.185-90, fev 2003.

_____ Higiomania: a obsessão com a saúde na sociedade contemporânea. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.). *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde*. São Paulo: Hucitec, 2001. p.63-72

OLIVEIRA LM et al. Does the type of sedentary behaviors influence blood pressure in adolescents boys and girls? A cross-sectional study. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23 (8), 2575-2585, 2018.

OLIVEIRA MS e SANTOS LA. Guias Alimentares para a população brasileira: uma análise a partir das dimensões culturais e sociais da alimentação. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25 (7), 2519-2528, 2020.

OLIVEIRA T et al. Crianças como sujeitos na pesquisa: uma revisão integrativa. *Psicol. hosp. (São Paulo)*, São Paulo , v. 10, n. 2, p. 02-16, jul. 2012.

PAIM MB e KOVALESKI DF. Análise das diretrizes brasileiras de obesidade: patologização do corpo gordo, abordagem focada na perda de peso e gordofobia. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.29, n.1, e 190227, 2020.

PAIVA JB et al. A confluência entre o "adequado" e o "saudável": análise da instituição da noção de alimentação adequada e saudável nas politicas publicas do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 35 (8): e 00250318, 2019.

PALMA A et al. . Conflitos de interesse na "guerra" contra a obesidade: é possível servir a dois senhores? *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.23, n. 4, 1262-1274, 2014.

PALMA, A.,VILAÇA, MM. E se a obesidade não for uma doença? Efeitos colaterais de uma crítica. *História, Ciências, Saúde – Manguinho*s, Rio de Janeiro v.19, n.4, out.- dez, p.1363-1367, 2012.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). *Gendered Health Analysis: COVID-19 in the Americas.* PAHO/EGC/COVID-19/21-0006, 2021.

PASSEGGI et al. Narrativas autobiográficas com crianças na pesquisa qualitativa em educação: reflexões sobre procedimentos de análise. *Atas CIAIQ-Investigação Qualitativa em Educação*. 2017

PINHEIRO AP e GIUGLIANI ER. Body dissatisfaction in Brazilian schoolchildren: prevalence and associated factors. *Rev. Saúde Pública* 40 (3), 2006.

PINHEIRO AR e Carvalho MF. Transformando o problema da fome em questãoo alimentar e nutricional: uma crônica desigualdade social. *Ciência & Saúde Coletiva,*15 (1), 121-130, 2010.

PINHEIRO, AR et al. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. *Rev. Nutr., Campinas*, 17(4):523-533, out./dez., 2004.

PIRES, F. O que as crianças podem fazer pela antropologia?. *Horizontes Antropológicos*. 16. 137-157, 2010.

POULAIN, JP. *Sociologia da Obesidade*. São Paulo: Editora Senac São Paulo, 2013.

QUINTERO Y et al. El estúdio de la obesidade desde diversas disciplinas. Multiples enfoques, uma misma visión. *Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo*, vol. 18, núm. 3, pp. 95-106, 2020.

RALSTON, J. et al. Time for a new obesity narrative. *Lancet* (London, England), 392(10156), 1384–1386, 2018.

RAMOS F et al. Educação alimentar e nutricional em escolares: uma revisão de literatura. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 29(11):2147-2161, nov, 2013.

RAMOS FP et al. . Educação alimentar e nutricional em escolares: uma revisão de literatura. *Cad. Saúde Pública*, 29 (11): 2147-2161, 2013.

ROBINSON TN et al. "Screen Media Exposure and Obesity in Children and Adolescents." *Pediatrics* vol. 140,Suppl 2, 2017.

ROSE, N, RABINOW P. O conceito de biopoder hoje. *Política & Trabalho: Revista de Ciências Sociais*, 24: 27-57, 2006.

ROSE, N. "Beyond medicalisation". *TheLancet*, 369 (9562): 700-702. (2007),

ROSSI CE et al. . Fatores associados ao consumo alimentar na escola e ao sobrepeso/obesidade de escolares de 7-10 anos de Santa Catarina, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(2):443-454, 2019.

RUGANI, Inês, 2022. Quais os principais achados do Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil? *NEXO Jornal.* São Paulo, 25 Março de 2022.

SALDAÑA J. *The Coding Manual for Qualitative Researchers*. 2ª. Edição. SAGE, 2013.

SANTOS D et al. Implicações da pouca preocupação e percepção familiar no sobrepeso infantil no município de Curitiba, PR, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(5):1717-1724, 2017.

SARMENTO, M, GOUVÊA, M.C.S (org.) *Estudos da Infância: educação e práticas sociais*. Petrópolis: Vozes, 2008.

SARTI, C. A. Corpo e Doença no Transito dos Saberes. *RBC*S Vol. 25 n° 74 outubro, 2010.

SAWAYA AL e FILGUEIRAS A. "Abra a Felicidade"? Implicações para o vício alimentar. *Estudos Avançados* 27 (78), 2013.

SCOTT, Joan Wallach. A Invisibilidade da Experiência. *Proj. História*, n.16, pp. 297-325, 1998.

SEFEREDI T et al. Global inequalities in the double burden of malnutrition and associations with globalisation: a multilevel analysis of Demographic and Health Surveys from 55 low-income and middle-income countries, 1992–2018. *Lancet Glob Health*, 10 (4), 482-490, 2022.

SEIXAS, CM; BIRMAN, J. O peso do patológico: biopolítica e vida nua. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos,* Rio de Janeiro, v.19, n.1, jan.-mar, p.13- 26, 2012.

SILVA, MPM. *Significados da Maternidade: um olhar antropológico sobre a experiência do pós-parto*. Dissertação (mestrado). Escola de Filosofia, Letras e Ciências Humanas. Universidade Federal de São Paulo: Guarulhos, 2016.

SWINBURN, B.; EGGER, G.; RAZA, F. Dissecting Obesogenic Environments: The Development and Application of a Framework for Identifying and Prioritizing Environmental Interventions for Obesity. *Preventive Medicine*, v. 29, n. 6, p. 563–570, dez. 1999.

TABET et al. Ivan Illich: da expropriação à desmedicalização da saúde. *SAÚDE DEBATE,* RIO DE JANEIRO, V. 41, N. 115, P. 1187-1198, OUT-DEZ, 2017

THOMAS SL et al. "Don´t eat that, you´ll gt fat!" Exploring how parentes and children conceptualize and frame messages about the causes and consequences of obesity. *Social Science & Medicine* 119, 114-122. (2014)

TURNER, Victor. Dewey, Dilthey e Drama: um ensaio em Antropologia da Experiência. Cadernos de Campo, n. 13, pp. 177-185, 2005.

VALE DE ALMEIDA, M. O corpo na teoria antropológica. *Revista de Comunicação e Linguagem*. No.33: p.49-66, 2004.

VASQUES R et al. 2014; Dando voz às crianças: considerações sobre a entrevista qualitativa em pediatria. *REME rev. min. enferm* ; 18(4): 1016-1020, out.-dez. 2014.

VIANA MR et al. A racionalidade nutricional e a sua influência na medicalização da comida no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22 (2), 447-456, 2017.

VIEIRA AG e SPERB TM. O brincar simbólico e a Organização Narrativa da Experiencia de Vida da Criança. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20 (1), 9-19, 2007.

VIGARELLO, G. *As metamorfoses do gordo: história da obesidade no Ocidente: da Idade Média ao século XX*. Petrópolis: RJ: Vozes, 2012.

WANDERLEY EM e FERREIRA VA . Obesidade: uma perspectiva plural. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(1):185-194, 2010.

WEBER, F. A entrevista, a pesquisa e o íntimo, ou por que censurar seu diário de campo?.*Horiz. antropol*., Porto Alegre , v. 15,n. 32,p. 157-170, Dec. 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Obesity: preventing and managing the global epidemic*: (WHO Technical Report Series, 894). Geneva: World Health Organization, 2000.

_____. *Consideration of the evidence on childhood obesity for the Commission on Ending Childhood Obesity: report of the ad hoc working group on science and evidence for ending childhood obesity*. Geneva, Switzerland, 2016.

_____*Noncommunicable diseases country profiles*. Geneva: World Health Organization, 2018.

WORLD OBESITY FEDERATION (WOF). *Atlas of Childhood Obesity.* Londres: World Obesity Federation, 2019.

_____. *World Obesity Atlas 2022* Londres: World Obesity Federation, 2022.

Zafir S, Jovanovski, N. The weight of words: Discursive constructions of health in weight-neutral peer-reviewed journal articles. *Body image*, 40, 358–369. 2022

ZOLA, I. K. 1983*. Socia-Medical Inquiries*. Philadelphia: Temple Univ. Press. 1983.

ANEXOS

Anexo A- Parecer do CEP

USP - FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - FMUSP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Dimensões socioantropológicas da obesidade infantil
Pesquisador: Rosana Machin Barbosa
Área Temática:
Versão: 2
CAAE: 15246619.1.0000.0065
Instituição Proponente: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.436.728

Apresentação do Projeto:
Projeto de tese de doutorado de estudo antropológico - 2º relato

Objetivo da Pesquisa:
Objetivo geral
Compreender a vivência das famílias com crianças identificadas com a situação obesidade e/ou sobrepeso.
Objetivos específicos
- Apreender os sentidos atribuídos pelas famílias à situação de obesidade/sobrepeso da criança, assim como as noções de saúde e adoecimento na infância operadas por estas;
- Compreender como a situação de obesidade e/ou sobrepeso afeta o cotidiano da criança, a partir de seu ponto de vista;
- Compreender as noções de saúde e adoecimento na infância para as famílias

Avaliação dos Riscos e Benefícios:
Riscos
O estudo apresenta riscos mínimos relativos a possíveis incômodos em responder algumas perguntas sobre hábitos familiares.

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36
Bairro: PACAEMBU **CEP:** 01.246-903
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3893-4401 **E-mail:** cep.fm@usp.br

Benefícios

Não há benefício direto para o participante, os benefícios são indiretos e coletivos. O conhecimento resultante da pesquisa contribuirá para a ampliação do conhecimento científico sobre as dimensões socioantropológicas da obesidade infantil.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante e atual.

Comentários e Considerações s

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termo de assentimento - lúdico e de acordo.

TCLE - de acordo.

Recomendações:

Pendências do parecer anterior:

- Reescrever a parte de benefícios (pesquisador cita que não há benefícios) - sempre há algum benefício mesmo que indireto aos participantes ou sociedade - CORRIGIDO!
- Formulário de cadastro da pesquisa: no item 17 - consta que pesquisa é retrospectiva, entretanto haverá entrevistas com as famílias, portanto trata-se pesquisa retrospectiva (devido a pesquisa bibliográfica) e prospectiva (devido entrevistas a serem realizadas com as famílias) - CORRIGIDO!
- Projeto (documento enviado contém diversos comentários com questionamento referentes a pesquisa) - reenviar o projeto sem os comentários e corrigido, se necessário - CORRIGIDO!
- TCLE: incluir o horário em que pode-se entrar em contato com o CEP FMUSP e pesquisadores - (pesquisadores foi CORRIGIDO!)

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Incluir o horário de atendimento do CEP/FMUSP - 08:00 às 17:00.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1362555.pdf	25/06/2019 11:08:06		Aceito
Outros	CartaAssinadaCEP.pdf	25/06/2019 11:06:59	Rosana Machin Barbosa	Aceito

USP - FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - FMUSP

Continuação do Parecer: 3.436.728

Outros	Cadastrodapesquisa.pdf	25/06/2019 11:04:40	Rosana Machin Barbosa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TcleAssentimentoMarta.pdf	25/06/2019 05:04:07	Rosana Machin Barbosa	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoMartaPMdaSilva.pdf	25/06/2019 05:03:43	Rosana Machin Barbosa	Aceito
Outros	ParecerDepartamento.pdf	07/06/2019 07:01:49	Rosana Machin Barbosa	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRostoMarta.pdf	06/06/2019 15:22:57	Rosana Machin Barbosa	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

SAO PAULO, 04 de Julho de 2019

Assinado por:
Maria Aparecida Azevedo Koike Folgueira
(Coordenador(a))

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36
Bairro: PACAEMBU **CEP:** 01.246-903
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3893-4401 **E-mail:** cep.fm@usp.br

Anexo B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - Adultos

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA
NOME
DATA NASCIMENTO: ...../...../.....
BAIRRO:
SEXO:
OCUPAÇÂO:
E-MAIL

Você está recebendo nesse momento informações sobre a pesquisa "Dimensões socioantropológicas da obesidade infantil". A pesquisa objetiva conhecer as vivências de famílias com crianças que tenham sido identificadas com sobrepeso/obesidade.

Solicito autorização para entrevistar e gravar seu depoimento que será utilizado nesse estudo. A duração estimada da entrevista é de 30 minutos e ela trata de questões relativas ao cotidiano da família (hábitos alimentares, de lazer) e opiniões sobre a saúde na infância.

Sua participação neste estudo é voluntária e mesmo que decida participar, você tem plena liberdade para solicitar, a qualquer momento, a interrupção da entrevista ou retirar seu consentimento.

Você pode e deve fazer todas as perguntas que achar necessárias antes de concordar em participar do estudo, assim como a qualquer momento durante a nossa conversa.

Seu nome será mantido em segredo e as informações que você nos fornecerá não serão identificadas como suas. As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outras entrevistas, não sendo divulgada a identificação de nenhum participante. Os registros, entretanto, estarão disponíveis para uso da pesquisa e para a produção de artigos científicos.

Você será mantido atualizado sobre os resultados que sejam do conhecimento da pesquisadora. Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. O estudo apresenta riscos mínimos relativos a possíveis incômodos em responder algumas perguntas sobre hábitos familiares.

Não há benefício direto para o participante, os benefícios são indiretos e coletivos. O conhecimento resultante da pesquisa contribuirá para a ampliação do conhecimento científico sobre as dimensões socioantropológicas da obesidade infantil.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso a profissional responsável pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. A pesquisadora responsável Rosana Machin Barbosa pode ser encontrada na Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina – Departamento de Medicina Preventiva – Avenida Doutor Arnaldo 455, 2º. Andar, sala 2177, tel.11.3061.7089, São Paulo/SP, Cep.01246-903, email:rmachin@usp.br. A executante da pesquisa **Marta Pereira Militão da Silva** pode ser encontrada na Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina – Departamento de Medicina Preventiva – Avenida Doutor Arnaldo 455, 2º. Andar, das 9:00 as 17:00. Tel.11 986945505, e-mail: **marta.militao@usp.br.**

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) –COMITE DE ÉTICA EM PESQUISA DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO

PAULO, Av. Dr. Arnaldo, 251 - 21º andar - sala 36, Cerqueira César - São Paulo – SP, CEP: 01246-000, Fone/Fax: 55+11+3893-4401/4407, E-mail: cep.fm@usp.br.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo "Dimensões socioantropológicas da obesidade infantil".

Eu discuti com a pesquisadora **Marta Pereira Militão da Silva** sobre minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo.

.....

Nome do entrevistado Assinatura Data

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste entrevistado para a participação neste estudo.

.....

Nome da pesquisadora responsável pelo estudo Assinatura Data

Anexo C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO- Responsável da criança

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA
NOME
DATA NASCIMENTO: ...../...../.....

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL LEGAL
NOME
GRAU DE PARENTESCO
DATA NASCIMENTO: ...../...../.....
TELEFONE: DDD (.....)
E-MAIL:

Você está recebendo nesse momento informações sobre a pesquisa "Dimensões socioantropológicas da obesidade infantil". A pesquisa objetiva conhecer as vivências de famílias com crianças que tenham sido identificadas com sobrepeso/obesidade.

Solicito autorização para realizar uma atividade de desenho e uma conversa com a criança sob sua responsabilidade. A duração estimada da atividade é de 15 minutos e será pedido que a criança faça um desenho, conte uma história sobre o desenho e fale um pouco sobre seu cotidiano.

A pesquisa será explicada para a criança em uma linguagem simples por meio do Termo de Assentimento. A participação da criança neste estudo é voluntária e mesmo que decida participar, ela tem plena liberdade para solicitar, a qualquer momento, a interrupção da entrevista ou retirar seu consentimento.

Solicito autorização para gravar a conversa com a criança e ficar com o desenho feito por esta.

Você pode e deve fazer todas as perguntas que achar necessárias antes de concordar em autorizar a criança a participar do estudo, assim como a qualquer momento durante a nossa conversa.

Seu nome e o da criança serão mantidos em segredo e as informações fornecidas não serão identificadas como suas. As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outras entrevistas, não sendo divulgada a identificação de nenhum participante. Os registros, entretanto, estarão disponíveis para uso da pesquisa e para a produção de artigos científicos.

Você será mantido atualizado sobre os resultados que sejam do conhecimento da pesquisadora. Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. O estudo apresenta riscos mínimos relativos a possíveis incômodos em responder algumas perguntas sobre hábitos familiares.

Não há benefício direto para o participante, os benefícios são indiretos e coletivos. O conhecimento resultante da pesquisa contribuirá para a ampliação do conhecimento científico sobre as dimensões socioantropológicas da obesidade infantil.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso a profissional responsável pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. A pesquisadora responsável Rosana Machin Barbosa pode ser encontrada na Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina – Departamento de Medicina Preventiva – Avenida Doutor Arnaldo 455, 2º.

Andar, sala 2221, tel.11.3061.7089, São Paulo/SP, Cep.01246-903, email:rmachin@usp.br. A executante da pesquisa Marta Pereira Militão da Silva pode ser encontrada na Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina – Departamento de Medicina Preventiva – Avenida Doutor Arnaldo 455, 2º. Andar, das 9:00 as 17:00. Tel 11 986945505, e-mail: marta.militao@usp.br

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) –COMITE DE ÉTICA EM PESQUISA DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, Av. Dr. Arnaldo, 251 - 21º andar - sala 36, Cerqueira César - São Paulo – SP, CEP: 01246-000, Fone/Fax: 55+11+3893-4401/4407, E-mail: cep.fm@usp.br.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo "Dimensões socioantropológicas da obesidade infantil".

Eu discuti com a pesquisadora Marta Pereira Militão da Silva sobre minha decisão em autorizar a participação de _____ nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação e da criança é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em autorizar a participação da criança deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo.

.....

Nome do entrevistado Assinatura Data

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste responsável para a participação neste estudo.

.....

Nome da pesquisadora responsável pelo estudo Assinatura Data

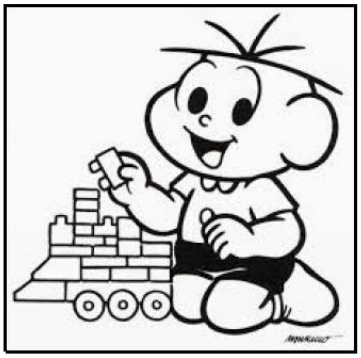
Anexo D
Termo de Assentimento

Olá! Somos pesquisadores e fazemos um estudo para conhecer o dia a dia das crianças.

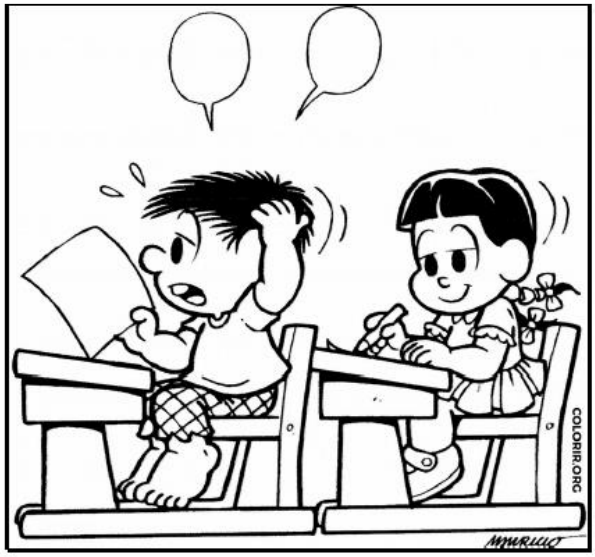
Você está sendo convidado a participar dessa pesquisa.

Vamos pedir para você contar um pouco de seu dia.

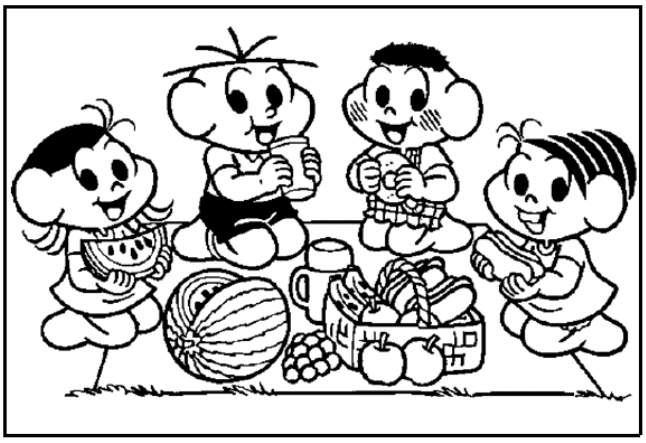
Brincadeiras



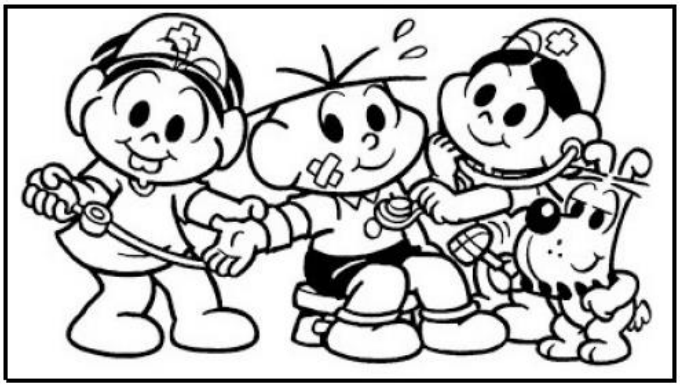
Como é na escola



Como são suas refeições



Como é no médico



Você só vai participar se quiser.
E se mudar de ideia pode parar a qualquer momento.

Só os pesquisadores vão saber seu nome. As outras pessoas que lerem só vão saber as respostas, mas não vão saber que foi você quem respondeu.

Você aceita participar?

SIM

NÃO

Assinatura Criança

Assinatura Pesquisadora

CONTATOS PARA DÚVIDAS

Pesquisadora
Marta P. Militão da Silva
Tel. 11 986945505
E-mail: marta.militao@usp.br

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
da Faculdade de Medicina da USP
Av. Dr. Arnaldo, 251 - 21º andar - sala 36,
São Paulo – SP, CEP: 01246-000,
Fone/Fax: 55+11+3893-4401/4407,
E-mail: cep.fm@usp.br.

APÊNDICE

Apêndice A- Roteiro das entrevistas - Adultos

1.Você mencionou que já identificaram um problema de peso com a criança, você poderia me contar um pouco sobre essa situação? (Há quanto tempo, que identificou o problema, etc)

Objetivo: Identificar quem classifica/nomeia a saída da normalidade da criança em função do peso e processo de incorporação na família

2.Na sua opinião, por que você acha que a criança está com sobrepeso?

Objetivo: Captar explicações “nativas” sobre o porquê do sobrepeso

3.Você conversa ou conversou com a criança sobre essa situação?

Como ela lida/lidou com a situação?

- Atitudes em relação à isso
- Hábitos da criança

Objetivo: Compreender como a nomeação impactou a vida concreta da criança

4. Como você acha que é a relação da criança com o corpo dela?

Objetivo: Percepções dos pais sobre a relação da criança com o próprio corpo

5.Como é em casa a relação da criança com a comida? Ela pode escolher? Ela dá sugestões? Ela pode se servir, abrir a geladeira ou armário? Fins de semana?

Nos fins de semana as comidas e as regras mudam?

Objetivo: Compreender como se dão as escolhas alimentares na família e o grau de autonomia da criança perante tais escolhas.

6.E na escola?

A criança traz novidades pra casa, em relação à comida?

Pede lanche igual dos amigos?

Objetivo: Compreender a relação da criança com seus pares em relação à comida

6.Você acha que a questão do peso tem consequências/implicações para as crianças? Quais? Poderia dar exemplos?

Objetivo: Compreender a percepção dos impactos do sobrepeso para a criança

7.Você acha que o peso tem relação com a saúde da criança?

Objetivo: Captar a percepção sobre a relação entre peso e saúde

8.Para você, o que é uma criança saudável?

Objetivo: Compreender a noção de saúde na infância

9. Em relação à saúde da criança, quem você mais leva em consideração?

Onde você busca informações?

Objetivo: Conhecer a referências em saúde da criança

10.Você poderia contar como está situação da quarentena afetou a alimentação da criança?

E nos outros aspectos?

Você tomou alguma medida específica em relação ao peso da criança em função da quarentena?

Como está para você a quarentena? Você se sente sobrecarregada?

Como estão as divisões de tarefa?

Objetivo: Conhecer o impacto da Pandemia na situação da criança

11.Para finalizar, o que você gostaria de dizer sobre o que conversamos e que eu não te perguntei?

Muito obrigada pela disponibilidade, pela ajuda!

Estou muito agradecida de você se dispor a ceder seu tempo e da criança nesse período delicado e cheio de afazeres.

Apêndice B- Roteiro das Entrevistas - Crianças

- Apresentação Pessoal
- Explicação da Pesquisa
- Leitura conjunta do Termo de Assentimento

Eu estou fazendo um estudo sobre o dia a dia das crianças: pra saber o que elas fazem, comem, o que acham de algumas coisas...e eu gostaria de convidar você pra participar.

Ninguém vai saber o que você respondeu, só eu, e eu vou mudar seu nome pra ninguém mais saber.

Se você quiser parar a qualquer momento é só avisar.

Você aceita participar?

Obrigada!

Vamos começar?

Seu nome é…

Quantos anos você tem?

O que você gosta de assistir?

Você conhece a turma da Mônica? Que personagem você gosta mais?

Você joga videogame?

Você vê youtube?

Agora na quarentena você está tendo aula? Como?

E mudou muito?

O que você está gostando da quarentena?

E do que você sente falta?

Você fazia algum esporte? Qual?

Na escola você brincava do que?

Você brincava sozinho ou com amigos?

Você conhece o Cebolinha, que vive chamando a Mônica de apelidos: baixinha, gorducha...na sua escola tem crianças que chamam as outras com apelidos?

Alguém já deu apelido pra você?

E na hora do lanche? Você comia ou só brincava?

Vocês dividiam os lanches?

Se algum colega levava algum lanche diferente, você pedia pra comer (pedia pro colega?) ou pedia depois pra sua mãe fazer ou comprar?

Quem escolhia o que você ia comer na escola?

E em casa? Você escolhe?

Você pode pegar o que quiser?

Qual sua comida favorita?

Tem alguma que você não gosta?

Tem alguma que você *tem* que comer?

Tem alguma que você não pode comer?

Você tem hora certa pra comer? Como são as refeições?

Você já foi no médico?

Pra que serve o médico?

Você já teve que fazer alguma coisa porque o médico mandou?

O que você acha que é uma criança saudável?

Você conhece alguém que não é saudável?

Se aparecesse um Extraterrestre que só tivesse cabeça e perguntasse pra que serve o corpo, o que você responderia?

Pra que serve o corpo? Você gostaria de mudar seu corpo de alguma forma?

Ter algum super poder?

Você gostaria de falar alguma coisa a mais? De me perguntar?

Muito obrigada pela ajuda!