

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO
MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO**

REBECA SÁ DO NASCIMENTO SILVA

**OBESIDADE INFANTIL COMO UM PROBLEMA DE MACROMARKETING:
FATORES DE INFLUÊNCIA E CONTRIBUIÇÕES DE MARKETING SOCIAL**

LINHA: MARKETING E SOCIEDADE

**JOÃO PESSOA
2015**



REBECA SÁ DO NASCIMENTO SILVA

**OBESIDADE INFANTIL COMO UM PROBLEMA DE MACROMARKETING:
FATORES DE INFLUÊNCIA E CONTRIBUIÇÕES DE MARKETING SOCIAL**

Dissertação apresentada como requisito parcial
para obtenção do título de mestre em
Administração no Programa de Pós-Graduação
em Administração da Universidade Federal da
Paraíba.

Área de Concentração: Administração e
Sociedade.

Linha de pesquisa: Marketing e sociedade

Orientador: Prof. Francisco José da Costa, Dr.

JOÃO PESSOA
2015

FOLHA DE APROVAÇÃO

REBECA SÁ DO NASCIMENTO SILVA

OBESIDADE INFANTIL COMO UM PROBLEMA DE MACROMARKETING: FATORES DE INFLUÊNCIA E CONTRIBUIÇÕES DE MARKETING SOCIAL

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do título de mestre em Administração no Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal da Paraíba.

Área de Concentração: Administração e Sociedade.

Linha de Pesquisa: Marketing e Sociedade

Banca examinadora:

Prof. Dr. Francisco José da Costa (Orientador)
Universidade Federal da Paraíba

Prof. Dra. Rita de Cássia de Faria Pereira (Examinador Interno)
Universidade Federal da Paraíba

Prof. Gesinaldo Ataíde Cândido (Examinador Externo)
Universidade Federal de Campina Grande

Dedico este trabalho às minhas amadas e incríveis avós, Dona Severina Almeida Sá e Dona Olga do Nascimento Silva, que demonstram seu imensurável amor pela família todos os dias e em todas as suas ações. Agradeço o amor por mim, o carinho e preocupação, a dedicação eterna na minha criação, no meu desenvolvimento, até os dias de hoje e, certamente, até os últimos dias de nossas vidas. Obrigada por sempre enaltecer minhas conquistas e me amar incondicionalmente, eu as amo de todo o meu coração.

AGRADECIMENTOS

A Deus, meu pai eterno que pela sua misericórdia me concedeu forças e a graça de finalizar esta etapa da minha vida, iluminando e abençoando os meus dias. Agradeço a Ele pelo imenso amor que demonstrou por nós, pela família maravilhosa, pela dádiva da vida e por todas as suas ações em minha vida. Obrigada por tudo!

A minha admirada e amada Mãe, Janeide de Oliveira Sá, a qual posso dizer que é a própria denominação da palavra mãe, por sempre priorizar a minha vida em detrimento da sua, proporcionando a mim oportunidades, felicidade e amor. Igualmente, reafirmo que sem ela nada disso seria possível, a educação, dedicação, orientação e exemplo de vida que me apresentou todos esses anos de convivência foram a força condutora a esta conquista e tantas outras que tivemos e, ainda, teremos. Te amo infinitamente, você é e sempre será minha MÃE.

Ao meu admirado e amado Pai, Francisco Eugênio do Nascimento Silva, cujos ensinamentos e sabedoria me orgulham muito. Agradeço pelo incrível Pai que és, sempre se preocupando com meu bem estar, me dando forças nos momentos difíceis, me elogiando quando eu não confiava mais em mim, me apoiando nas empreitadas e, também, dando sermões quando necessário. Agradeço por sempre, sempre acreditar em mim. Te amo infinitamente.

Aos meus familiares Sá e Nascimento Silva, pela inteligência, amor, educação, princípios, valores, alegria e união. Meus tios e tias, primos e primos e todos que fazem parte dessas lindas famílias. Obrigada por me aguentarem e incentivarem esta conquista.

A minha irmã Lorena Andrade por tudo, a minha prima-irmã, Malu Freire, pelo seu amor e paciência comigo, e minha prima Marina Gabriela por toda doçura e apoio neste trabalho.

Em especial aos meus tios, Tia Rosana, pelo amor e dedicação de mãe que sempre teve comigo, pelos conselhos, desabafos e risadas, obrigada por tudo; Tio Apro, pelo carinho e amor comigo e por me financiar durante o período mais necessário, sem sua ajuda não iríamos conseguir; Tia Olívia e Andrei Sá (Dedei), por me fornecerem internet todo este tempo e tornarem possível a conclusão deste trabalho.

A Matheus Carrazzoni, meu amado namorado, que, independente disso, se mostrou o melhor amigo que eu poderia ter, me apoiando e estando ao meu lado nos momentos mais impossíveis da minha vida, que nunca me desamparou, sempre me escutou e fez tudo isso me dando amor e felicidade plena, atestando que é o meu par e sempre será. Com certeza, sem você, o mestrado não teria sido possível. Perdão por tudo e te agradecerei sempre por cada momento, cada carona, cara abraço, cada ligação, cada incentivo e por me entender como ninguém.

À família Carrazzoni, pelos incríveis momentos de descontração, em especial, aos meus sogros, Dona Eliana Regina e Seu Aldinho Carrazzoni, por me receberem tão bem nesta família e me fazerem sentir parte dela, seja nos momentos de diversão ou sérios.

Ao meu estimado Orientador, Franzé Costa, que me ensinou o real sentido de ensinar e orientar, no significado mais puro da palavra, me guiando nos meus caminhos, nas escolhas, nas condutas, na dissertação e na vida. Suas palavras me marcaram e servirão para toda a minha vida, nossas conversas sempre me fizeram muito bem e obrigada por tudo.

Aos meus incríveis professores, Rita Faria e Nelsio Abreu, pelos ensinamentos sobre a vida e

sobre Marketing. Em especial, ao nosso admirado professor Anielson Barbosa, cujas aulas e conversas foram essenciais para minha formação profissional e equilíbrio pessoal, meu muito obrigada.

A minha amiga Larissa Marinho, que eu amo muito pela pessoa que é e sempre foi, e pelo fato de ser uma verdadeira amiga que sempre soube compreender minhas limitações, fraquezas e ausências, reclamando, mas perdoadando. Nossa amizade é um laço forte e eterno que nunca se romperá, obrigada pela força de sempre.

Às minhas amigas do mestrado, Patrícia Lacerda, Mariana Tomaz, Adriana Bastos e Fabiana Gama, as quais eu ofereço os meus mais sinceros agradecimentos pela força, palavras de conforto e estímulo, vocês foram essenciais. Igualmente, agradeço às queridas da linha de marketing da turma 38 e a toda turma 38.

À Dr^a. Vanessa Vieira Lopes Borba, por me ajudar a encontrar os sujeitos da pesquisa e incentivá-los a participarem desta, estas atitudes foram muito valiosas e fizeram toda a diferença na conclusão do trabalho, obrigada.

Às mães e familiares participantes da pesquisa, cujos relatos tornaram possível a conclusão desta pesquisa.

À CAPES, por financiar meus estudos.

Aos membros da banca, Rita Faria e Gesinaldo Cândido, pelas valiosas contribuições ao meu trabalho.

RESUMO

A pesquisa estudou a obesidade infantil como uma problemática do escopo de macromarketing, com o objetivo de identificar os fatores de contribuição para seu crescimento e como estes fatores se configuram entre pais e filhos, visando compreender as influências comportamentais deste contexto que são passíveis de intervenções de marketing social para a mudança de comportamentos prejudiciais. Desse modo, o estudo teve os objetivos de construir um quadro teórico de fatores comportamentais relevantes à obesidade na infância, configurar os principais fatores relevantes para marketing social associados a pais e filhos e, por fim, com base nas relações entre os fatores, analisar ações governamentais para embasar a elaboração de políticas públicas efetivas. Nesse sentido, o referencial teórico abordou temáticas relacionadas à visão ampliada de marketing, delineando esta pesquisa em uma perspectiva de macromarketing e marketing social em um cenário de consumo alimentar incorreto e antecedente a problemas de saúde pública como a obesidade. A partir de uma abordagem qualitativa, o método utilizado foi a entrevista com roteiros semiestruturados e em profundidade, aplicadas aos principais agentes de mudança desta realidade, os pais de crianças com sobrepeso ou obesidade com até 12 anos completos. Para isto, 17 mães foram entrevistadas mediante gravação de áudio e, posteriormente as entrevistas foram transcritas e sistematizadas de acordo com as categorias (fatores e subfatores) pré-definidas e interrelacionados das dimensões Microambiental e Macroambiental do estudo. Na análise dos dados pode-se constatar que as falas são representativas dos fatores estudados na pesquisa e que convergem para o exposto na literatura aplicada, evidenciando um cenário crescente e multisetorial da obesidade infantil, além de passível de intervenções de marketing social nos comportamentos negativos e impulsionadores da doença. A partir da análise foi possível acrescentar quatro novos fatores da obesidade infantil para este estudo, os quais emergiram dos relatos analisados: *bullying*, agressividade, ansiedade por comida e utilização de remédios; estes podem ser vistos como consequências do quadro de obesidade e, em alguns momentos, causas do aumento da quantidade de ingestão de alimentos. De modo geral, a família, no papel dos pais, é o fator preponderante na prevalência do sobrepeso, contudo, estes atores, pais e filhos, sofrem forte influência do ambiente de convivência da criança (micro) e do ambiente externo e social (macro). Posto isso, a partir do pressuposto que o estudo demonstra de forma sistêmica e sistemática como se configuram os fatores comportamentais de influência da obesidade infantil, sugere-se a utilização de conhecimentos de marketing social juntamente às informações sobre o real cenário da obesidade infantil brasileiro para a elaboração de políticas públicas efetivas e de amplo alcance. Desta forma, espera-se que as relações entre os fatores e o delineamento de como se configuram na vida dos pesquisados sirvam de estímulo governamental e social para a mudança de comportamento por meio de ações e intervenções com uma visão estratégica e abrangente. Igualmente, recomenda-se a inserção dos *stakeholders* de marketing social, com base no *Benchmark Criteria* de Andreasen (2002), para alcançar a redução da obesidade no Brasil mediante a promoção da saúde de forma eficaz, conscientizando e mobilizando a coletividade, os pais e as crianças.

PALAVRAS-CHAVE: Macromarketing; Obesidade infantil; Marketing social.

ABSTRACT

The research studied childhood obesity as a problem of macromarketing scope, aiming to identify the contributing factors for their growth and how these factors are configured between parents and children, to understand the behavioural influences this context that are amenable to intervention social marketing for changing harmful behaviours. Thus, the study had the objective of building a theoretical framework of behavioural factors relevant to childhood obesity, configure key factors relevant to social marketing associated with parents and children, and finally, based on the relationships among the factors, analyse stocks government to support the development of effective public policies. In this sense, the theoretical framework discussed issues related to expanded marketing vision, outlining this research in a perspective of macromarketing and social marketing against a backdrop of bad food intake and prior to public health problems such as obesity. From a qualitative approach, the method used was the interview with semi-structured and in-depth itineraries, applied to the main agents of change this reality, parents of children overweight or obese with up to 12 full years. For this, 17 mothers were interviewed by audio recording and subsequently the interviews were transcribed and systematized according to categories (factors and sub-factors) pre-defined and interrelated dimensions microenvironmental and macroenvironmental the study. In the data analysis it can be seen that the lines are representative of the factors studied in the research and converging to the discussion in the applied literature, showing a growing and multi-sector scenario of childhood obesity, and subject to social marketing interventions in negative behaviours and drivers of disease. From the analysis it was possible to add four new factors of childhood obesity in this study, which emerged from the analysed reports: bullying, aggression, anxiety for food and use of medicines; these can be viewed as obesity frame consequences and in some instances, causes the increased amount of food intake. Generally, the family, the parents' role, is the major factor in the prevalence of overweight, however, these actors, parents and children, are strongly influenced the child's living environment (micro) and external and social environment (macro). That said, on the assumption that the study demonstrates a systemic and systematic way to shape the behavioural factors of influence of childhood obesity, suggests the use of social marketing expertise along with information about the real scenario of Brazilian childhood obesity to development of effective public policies and far-reaching. Thus, it is expected that the relationship between the factors and the design of how to shape the lives of those surveyed serve as government and social stimulus to behavior change through actions and interventions with a strategic and comprehensive vision. Also recommended the inclusion of social marketing stakeholders, based on Benchmark Criteria Andreasen (2002), to achieve a reduction in obesity in Brazil by promoting health effectively, educating and mobilizing the community, parents and the children.

KEYWORDS: Macromarketing; Childhood obesity; Social marketing.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 2.1 - Influências na equação da energia em países desenvolvidos.....	27
FIGURA 2.2 - Transformando o foco científico.....	32
FIGURA 2.3 - Determinantes da obesidade infantil. A interação entre fatores genéticos e ambientais que levam a obesidade na infância.....	36
FIGURA 2.4 - As oportunidades de influência no ambiente da criança.....	41
FIGURA 2.5 - Modelo da pesquisa.....	63
FIGURA 3.1 - Desenho da pesquisa.....	65
FIGURA 4.1 - Relação entre os subfatores de Família.....	91
FIGURA 4.2 - Relação entre os subfatores de Dieta alimentar.....	104
FIGURA 4.3 - Relação entre os subfatores de Prática de atividades físicas.....	112
FIGURA 4.4 - Relação entre os subfatores de Interações sociais.....	117
FIGURA 4.5 - Relação entre os subfatores de Escola.....	123
FIGURA 4.6 - Relação entre os subfatores de Marketing de alimentos.....	127
FIGURA 4.7 - Relação entre os subfatores de Políticas públicas.....	130
FIGURA 4.8 - Teia de influências entre os fatores relacionados à obesidade infantil.....	133
FIGURA 5.1 - Campanha Saúde na escola do Governo do Brasil.....	145
FIGURA 5.2 - Campanha para a prática de atividades físicas.....	146

LISTA DE QUADROS

QUADRO 2.1 - Subgrupos de marketing e sociedade.....	24
QUADRO 2.2 - Índices antropométricos e classificação de adultos e crianças de acordo com o IMC.....	30
QUADRO 2.3 - Prevenção e tratamento da obesidade infantil.....	42
QUADRO 2.4 - Dimensões, fatores e subfatores relacionados à epidemia da obesidade infantil.....	59
QUADRO 3.1 - Relação Temas X Questões do roteiro de entrevista.....	70
QUADRO 3.2 - Data e duração das entrevistas.....	71
QUADRO 4.1 - Caracterização da amostra.....	74
QUADRO 4.2 - Perfil e índices antropométricos dos pais e filhos.....	77

LISTA DE TABELAS

TABELA 2.1 - Consequências físicas da obesidade em crianças e adolescentes.....	38
TABELA 4.1 – Consumo alimentar dos entrevistados.....	94

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 APRESENTAÇÃO E JUSTIFICATIVA.....	14
1.3. ESTRUTURA DO TRABALHO	20
2. REFERENCIAL TEÓRICO	22
2.1 CONTEXTUALIZAÇÃO INICIAL: MARKETING E SOCIEDADE	22
2.2. PROBLEMAS DE CONSUMO ALIMENTAR: UMA PERSPECTIVA DE MACROMARKETING	26
2.2.1 Obesidade: conceitos e contextualização	29
2.3. OBESIDADE INFANTIL	33
2.3.1 Fatores de contribuição para a obesidade infantil	34
2.3.2 Consequências e comorbidades.....	37
2.3.3 Prevenção e atores envolvidos no problema da obesidade	40
2.4. MARKETING SOCIAL	43
2.4.1 Marketing Social: conceitos e contextualização	43
2.4.2 Marketing Social para saúde pública.....	47
2.4.3. Marketing social contra a obesidade	50
2.5 FATORES DE INFLUÊNCIA DA OBESIDADE INFANTIL: O QUADRO PANORÂMICO.....	58
3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	65
3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA	65
3.2. SUJEITOS DA PESQUISA.....	66
3.3. DESIGN DA PESQUISA	68
3.4. PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS	70
3.5. PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS	72
4 ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	74
4.1. PERFIL SÓCIO DEMOGRÁFICO E ANTROPOMÉTRICO DOS PAIS E DOS FILHOS	74
4.2 ANÁLISE DOS FATORES.....	78
4.2.1 Dimensão microambiental	78
4.2.1.1 Fator <i>Família</i>	79
4.2.1.2 Fator <i>Dieta alimentar</i>	92
4.2.1.3 Fator <i>Prática de atividades físicas</i>	104
4.2.1.4. Fator <i>Interações sociais</i>	113
4.2.1.5 Fator <i>Escola</i>	117
4.2.2 Dimensão macroambiental	124
4.2.2.1 Fator <i>Marketing alimentar</i>	125
4.2.2.2 Fator <i>Políticas públicas</i>	127
4.2.2.3 Fator <i>Mudanças culturais e econômicas</i>	130
4.2.3 Relações supostas entre os fatores estudados	132
4.2.4 Análise dos fatores emergentes da pesquisa	135
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	138
5.1. SÍNTESE DA PESQUISA.....	138
5.2. COMENTÁRIOS DOS OBJETIVOS	139
5.3 IMPACTOS DA PESQUISA PARA MARKETING SOCIAL	140
5.4 IMPLICAÇÕES PRÁTICAS	143
5.5 LIMITAÇÕES E RECOMENDAÇÕES DE ESTUDOS FUTUROS.....	147
APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	159

1 INTRODUÇÃO

Historicamente, o marketing é conhecido apenas como um sistema de atividades que convergem para o processo de troca de bens e serviços. Entretanto com base em um sistema agregado, marketing possui uma visão ampliada de sua função que, prioriza transformações em determinantes sociais e econômicos do ambiente social. O domínio do marketing foi ampliado a partir de meados dos anos 50 e 60, quando estudos de consumo voltaram-se para os impactos sociais do comportamento empresarial (MICK *et al*, 2012).

Nesse sentido, Mittelstaedt, Kilbourne e Mittelstaedt (2006) explicam que pesquisadores deixaram de estudar apenas o micromarketing, que se restringe ao estudo da firma e da transação diádica entre comprador e vendedor, para dedicarem-se ao estudo de um sistema de marketing mais amplo que vai além do consumidor individual e do mercado, concentrando-se no impacto da sociedade sobre os sistemas de marketing e o impacto dos sistemas de comercialização em sociedade.

Os sistemas de marketing caracterizam-se como um sistema de provisionamento para a sociedade (LAYTON; GROSSBART, 2006; MITTELSTAEDT; KILBOURNE; MITTELSTAEDT, 2006; WILKIE; MOORE, 2012). Seu estudo na disciplina de macromarketing enfatiza, preferencialmente, abordagens culturais, políticas e sociais, visualizando o mercado como um todo e tendo como unidade de análise o mercado e o sistema de marketing (MITTELSTAEDT; KILBOURNE; MITTELSTAEDT, 2006).

Conforme Baker, Gentry e Rittenburg (2005), as ações de micromarketing de vertente empresarial têm sido responsabilizadas por consequências negativas à sociedade. Na maioria das vezes, isso é ocasionado pelo estímulo do consumismo desregrado, enfatizando intencionalmente consumidores vulneráveis e desinformados. Assim, as práticas de marketing para promover o consumo de alimentos calóricos e gordurosos podem ser consideradas fatores impulsionadores do ganho e excesso de peso no mundo (WHO, 2000; WITKOWSKI, 2007). Nesse contexto, encontra-se o problema mundial da obesidade, que se configura como uma problemática social demandante de ações públicas contra as práticas inapropriadas de marketing para o consumo de alimentos (WITKOWSKI, 2007).

A disciplina de escopo do macromarketing abrange o problema da obesidade tendo em vista, entre outros fatores, o crescimento desta em decorrência de práticas de marketing incisivas de incentivo ao consumo alimentar não saudável, influenciando o consumidor desinformado em uma condição vulnerável, tornando-se ainda mais preocupante quando o alvo são as crianças. Desta forma, é importante ressaltar que a prevenção exige ações

conjuntas com a participação dos atores envolvidos, incluindo crianças e pais, a indústria de alimentos, varejistas, os meios de comunicação e profissionais de marketing (REISCH; GWOZDZ, 2010).

Tendo em vista que as crianças são até três vezes mais facilmente envolvidas pela publicidade do que adultos (MERCER *et. al.*, 2012), e com o aumento da prevalência do sobrepeso em crianças (VIGITEL, 2013), as discussões sobre suas consequências negativas de longo prazo foram aprofundadas, a partir do pressuposto de que, geralmente, a obesidade na infância estende-se até a vida adulta (DECKELBAUM; WILLIAMS, 2001). Diversos fatores relacionados ao ambiente em que a criança convive podem influenciar a obesidade infantil, e este estudo concentra-se nos fatores presentes na relação entre pais e filhos que contribuem para a prevalência da doença, tendo em vista que estes são vistos como influenciadores dos hábitos dos filhos e agentes de transformação fundamentais para mudança do quadro de obesidade no mundo.

Os fatores que contribuem para o aumento da obesidade infantil devem ser alvo de ações para o combate da epidemia. Com base nisso, este estudo está focado na configuração dos fatores passíveis de ações de marketing social, tendo em vista que este se direciona ao crescimento da adoção de comportamentos voluntários positivos ou diminuição do uso de comportamentos negativos, para o benefício do indivíduo, grupo ou sociedade, com o intuito de alcançar um objetivo de interesse social (DANN, 2010), que é, informar, controlar e prevenir contra a obesidade em crianças.

Sendo assim, a pesquisa está pautada na identificação de fatores que contribuem para a obesidade infantil, compreendendo quais e como estes fatores se configuram entre pais e filhos e que ações de marketing social direcionadas à saúde pública com foco no consumo e comportamentos responsáveis e saudáveis seriam adequadas. Igualmente, a pesquisa se propôs a analisar, com base nos resultados empíricos, as ações de marketing de cunho social que visaram à conscientização para a questão da obesidade na infância no Brasil.

1.1 APRESENTAÇÃO E JUSTIFICATIVA

Em um contexto de mercado, é comum haver heterogeneidade na oferta e na demanda, para atendimento das necessidades de todos; entretanto, é importante reconhecer que o melhor comportamento de alguns pode impactar negativamente em outros (MITTELSTAEDT; KILBOURNE; MITTELSTAEDT, 2006), causando um desequilíbrio nos sistemas de marketing. Este desequilíbrio no sistema de marketing pode ser atestado, por

exemplo, no caso da epidemia da obesidade infantil.

O fato é que diversas problemáticas sociais com enfoque em saúde pública têm sido estudadas em uma perspectiva de macromarketing – por exemplo, consumo de bebidas alcoólicas (BASTOS, 2013), tabaco (TRASHER *et al.*, 2011), obesidade (ORNELAS *et al.*, 2014), HIV/AIDS (RIMAL *et al.*, 2009), diabetes (THACKERAY; NEIGER, 2003; BABOR, 2012), dentre outros. Estes estudos analisam as disfunções do favorecimento de um lado – aumento do consumismo e crescimento das indústrias de produtos deletérios – e as consequências causadas no outro lado – problemas de saúde, degradação do ser humano, aquisição de vícios e transtornos psicossociais, endividamento do consumidor, consequências à qualidade de vida, dentre outros recorrentes novos problemas surgidos na sociedade do consumo no século XXI.

Nesse sentido, a obesidade, que se tornou uma preocupação recorrente nas estatísticas de saúde pública mundiais, é vista como um problema de macromarketing, em decorrência de ações próprias de marketing convencional influenciadoras do consumo de alimentos não saudáveis que acarretam diversas consequências negativas aos indivíduos, principalmente quando atrelado ao sedentarismo, caracterizando-se como uma doença crônica e de difícil tratamento, sendo o objeto de pesquisa para este estudo.

A obesidade é uma doença complexa porque envolve diferentes aspectos relacionados aos hábitos e comportamentos dos indivíduos, particularidades genéticas e fatores provenientes do ambiente urbano, cultural, econômico e social (WITKOWSKI, 2007, KUMANYIKA, 2008; GORTMAKER *et al.*, 2011). O excesso de peso tem ganhado destaque nas discussões referentes à saúde no mundo devido aos expressivos aumentos constatados em percentuais de pessoas com a doença, podendo ser apontada como uma epidemia mundial. No Brasil não foi diferente, a preocupação com o alcance da doença entre os brasileiros é crescente, demandando do governo investimentos para controle e tratamento da doença, bem como, ações efetivas de ampla divulgação para entendimento das consequências na vida dos indivíduos que a possuem (ABESO, 2013).

O público infantil é o que mais preocupa as autoridades e os pesquisadores, pois nas crianças se percebe uma maior fragilidade diante das estratégias publicitárias cada vez mais agressivas (ALMEIDA; FERREIRA, 2010), principalmente, as campanhas diretamente focadas no imaginário infantil. A preferência dos profissionais de marketing por publicidade e propaganda voltadas à criança foi evidenciada por autores como McNeal (2000) e, mais tarde, Brei, Garcia e Strehlau (2008), afirmando que as crianças, principalmente as ocidentais, possuem recursos financeiros para gastar com suas necessidades e desejos, e, além de serem

qualificadas como um mercado importante e futuro são influenciadoras e consumidoras do mercado.

A obesidade infantil acarreta muitos riscos à saúde física e psicológica da criança. No curto prazo, há complicações ortopédicas, neurológicas, pulmonares, endócrinas, apnéia do sono e aumento da pressão intracraniana (MUST; STRAUSS, 1999), além de distúrbios psicológicos e comportamentais, ocasionando baixa autoestima, falta de interação com colegas, depressão, ansiedade e sentimento de rejeição (DECKELBAUM; WILLIAMS, 2001). No longo prazo, pode apresentar efeitos duradouros sobre a imagem corporal e mobilidade econômica, bem como, fatores de risco cardiovascular e de persistência da obesidade na vida adulta (MUST; STRAUSS, 1999; DEHGHAN *et. al.*, 2005).

No Brasil, as crianças têm apresentado aumento de peso, de acordo com pesquisa realizada pelo IBGE (2010), no ano de 2008, com o sobrepeso alcançando 33,5% das crianças entre cinco e nove anos, em que 16,6% representavam meninos obesos e 11,8% meninas. Em 2009, a obesidade e o excesso de peso foram identificados significativamente, a partir de 5 anos de idade, em todos os grupos de renda e em todas as regiões brasileiras (IBGE, 2010).

O Ministério da Saúde em parceria com o Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde da USP promoveram uma pesquisa denominada Vigitel (Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico) (2014), cujos dados revelaram que do ano de 2006 até 2014, no Brasil, o índice de sobrepeso dos brasileiros aumentou de 42,7% (2006) para 48,5% (2011) e atingindo 52,5% (2014), sendo liderados pelos homens com percentual de 56,5% contra 49,1% para as mulheres. Igualmente, a obesidade demonstrou crescimento de 11,4% (2006) para 15,8% (2011) e atingiu 17,9% (2014). Apesar de ter apresentado uma estabilidade nos percentuais no período de 2012-2013 em decorrência das ações promovidas pelo governo brasileiro, segundo a Vigitel (2014), os dados ainda são preocupantes e apontam que existe uma frequência contínua no aumento do excesso de peso, caracterizando um aumento significativo desses fatores em homens e mulheres nos referidos anos.

No público infantil, os resultados demonstram o índice na prevalência de excesso de peso em crianças de 0 a 8 anos com 52% nos dados de 2011 e 58,1% em 2013, mais concentrado no sexo feminino. A faixa etária de 9 a 11 anos apresentou excesso de peso em 44% das crianças em 2011, aumentando para 47,3% em 2013, sendo mais presente no sexo masculino com 50,4% contra a 44,5% no sexo feminino.

Para a obesidade foram encontrados índices percentuais relevantes, evidenciando prevalência da obesidade em crianças de 0 a 8 anos com 18% (2011), apresentando um

aumento contínuo para 22,3%, sendo mais recorrente em meninas com 24,4% contra 19,9% em meninos. Nas idades de 9 a 11 anos, os percentuais mostraram em 2011 que 13%, do público infantil sofriam de obesidade, demonstrando em 2013 um aumento para 15,1%. Os dados mais recentes do Ministério da Saúde são preocupantes e transparecem um cenário de crescentes problemas relacionados à saúde pública no Brasil referente à obesidade.

Em contrapartida, os dados demonstram que, apesar do aumento contínuo no excesso de peso e na obesidade, houve um aumento contínuo na prática de atividades físicas no lazer dos brasileiros de 30,3% em 2009 para 33,8% em 2013, sendo mais frequente no público masculino. Diante do cenário brasileiro de obesidade, faz-se necessária a aplicação de ações eficazes contra esta epidemia, sendo essencial, a compreensão dos fatores que contribuem e incentivam a instalação da doença para que as medidas de prevenção e controle possam ser focadas na raiz do problema, e, desta forma, serem efetivas no combate ao aumento da obesidade, principalmente em crianças.

É de conhecimento dos pesquisadores que fatores do ambiente, mudanças na alimentação e na vida advindos da industrialização, urbanização, economia e desenvolvimento do mercado auxiliam no aumento do consumo de produtos calóricos, juntamente a diminuição de seu gasto devido ao sedentarismo. Com as crianças percebe-se que a vida sedentária, o consumo de alimentos ricos em gordura e açúcares, além da popularização dos *fast-food*, vem contribuindo para o aumento da obesidade infantil (RODRIGUES *et. al.*, 2010). Do mesmo modo, a televisão parece ter sido apontada como fator preditivo do sobrepeso, tendo em vista que além da expressiva publicidade que rodeia os alimentos considerados não saudáveis, como os próprios *fast-food*, quanto mais assistem a programação, as crianças tendem a querer consumir os produtos anunciados mais frequentemente e distraidamente a consumi-los na frente da televisão (LOBSTEIN; BAUR; UAUY, 2004).

Apesar de inúmeros fatores serem apontados como preditivos da obesidade na infância, a complexidade do aprofundamento de todos eles deixaria a pesquisa superficial, de forma que, para este estudo, optamos por pesquisar os fatores contributivos à questão da obesidade infantil na relação entre pais e filhos, a começar pela identificação destes fatores e, posteriormente, a análise destes. Este fato não desmerece a importância dos demais fatores de influência, apenas enfoca em um fator, com o intuito de extrair melhores resultados para contribuições efetivas à questão da obesidade infantil no país.

De acordo com Deckelbaum e Williams (2001), a solução do problema da obesidade gira em torno da prevenção, podendo esta ser primária (visando evitar que crianças

com sobrepeso tornem-se obesas) e a secundária (tratando de crianças obesas objetivando a redução de associação de duas ou mais doenças no paciente – comorbidade - e a reversão da obesidade e do excesso de peso, quando possível). Nesse sentido e confirmando a intenção desta pesquisa, a estratégia evidenciada trata os pais como agentes de mudança desta realidade, por serem a referência mais atuante na vida das crianças, influenciando suas preferências e comportamentos.

Fundamentado neste pressuposto, o marketing social pode ser utilizado como referência de ação contra a obesidade infantil. Impulsionado por Kotler e Zaltman(1971),marketing social proporcionou a percepção dos modelos e estruturas de consumo de marketing como ferramentas para enfrentar desafios sociais relacionados ao comportamento do consumidor, podendo abranger qualquer causa envolvendo o interesse da coletividade. Apesar de no princípio demonstrar ênfase nas causas de saúde pública, posteriormente, direcionou esforços para questões sociais como pobreza, violência, atividades educacionais, sustentabilidade, prudência no trânsito e ética no comportamento (COSTA, 2011).

Na saúde pública, o marketing social considerou o impacto da obesidade como crescente epidemia em todo o mundo (MERCER *et. al.*, 2012), devido ao consumo incorreto e exacerbado de alimentos altamente calóricos. Assim, marketing social possui potencial utilidade no combate à obesidade infantil promovendo comportamentos na prevenção, por mensagens de incentivo a atividades físicas, aumento da comunicação entre pais e filhos e saúde da família, encorajando-os a adotarem comportamentos protetores, demonstrando modelos positivos e criando, assim, um ambiente familiar saudável (EVANS *et.al.*, 2010).

Entendemos que os pais representam papel importante no desenvolvimento do comportamento e nos hábitos alimentares dos filhos (FOGELHOLM *et. al.*, 1999; GOLAN; CROW, 2004; DEGHAN *et. al.*, 2005; ALMEIDA; FERREIRA, 2010; EVANS *et. al.*, 2010), influenciando de forma direta na determinação do ambiente físico e social da criança, e indiretamente nos condicionantes comportamentais e nos hábitos (ALMEIDA; FERREIRA, 2010).A função da família é atuar com intervenções na vida das crianças, estimulando a prevenção e melhoria dos tratamentos da obesidade infantil (FOGELHOLM *et. al.*, 1999).

Para uma efetivação do papel dos pais na obesidade infantil e para sua diminuição e controle, é necessária a compreensão da importância deste papel pelos próprios pais. Desta forma, cabe ressaltar a necessidade da participação efetiva das autoridades governamentais no combate às realidades que causam consequências negativas à população partindo do conhecimento dos fatores que levam a doença.

Nesse contexto, entendemos ser relevante o estudo do presente tema, que alinha problemáticas de macromarketingas ações de marketing social em benefício da coletividade com enfoque no combate à obesidade infantil, haja vista o seu crescimento, por meio da identificação de fatores de configuração para uma melhor compreensão por parte de agentes transformadores desta realidade, os pais e entidades governamentais.

1.2 PROBLEMA E OBJETIVOS

A partir das argumentações expostas juntamente às referências e afirmações advindas da literatura utilizada, a relação entre o marketing social e a problemática da epidemia da obesidade infantil, e pelo seu significativo número de consequências negativas ao indivíduo, tendo como foco o consumo alimentar responsável do cidadão com sobrepeso, surgem os seguintes questionamentos que podem direcionar o estudo: a) Quais são os fatores de configuração do sobrepeso em crianças? b) Que hábitos possuem as crianças com prevalência de sobrepeso e seus pais? c) Quais são os fatores estimulantes do consumo irresponsável de alimentos gordurosos e calóricos? d) Como é possível contribuir para a redução do quadro de obesidade infantil no Brasil e embasar políticas públicas e campanhas governamentais a partir de conhecimentos de marketing social?

Desta forma, com base nos questionamentos colocados que representam apenas uma reflexão inicial sobre o cenário no qual este estudo se apoia, a pergunta norteadora para esta pesquisa constitui-se em: **considerando a forma de ação de marketing social, como se articulam, nas perspectivas de pais e de filhos, os fatores de configuração do quadro de obesidade infantil?**

A pesquisa possui como objetivo geral investigar o problema da obesidade infantil sob uma perspectiva de Macromarketing, buscando compreender os fatores que contribuem para a doença e como influenciam nas relações entre pais e filhos.

A partir do exposto, três objetivos foram estruturados para aprofundar o conhecimento no cenário explorado. **Primeiramente, pretendemos, a partir da revisão de literatura, construir um quadro teórico de explicação da obesidade infantil, considerando enfaticamente os aspectos que são relevantes em uma perspectiva de marketing social.** A partir do alcance deste objetivo foi possível construir um quadro panorâmico dos fatores de explicação da obesidade, e fazer uma especificação do que pode ser aprofundado em estudos complementares de um contexto teórico de marketing social.

Em segundo lugar, verificar, a partir de uma análise empírica, os principais

fatores relevantes para marketing social associados a pais e filhos, presentes na literatura e no cotidiano dos atores da pesquisa. Este objetivo foi alcançado com a aplicação da pesquisa ao público alvo deste estudo, a partir da análise dos relatos coletados, da sistematização das informações e de reflexões destas com base na teoria utilizada, possibilitando uma clara compreensão da configuração da obesidade infantil na relação entre pais e filhos.

E, por fim, analisar, exploratoriamente, algumas das ações associadas a práticas convencionais de marketing, empreendidas no Brasil no combate aos problemas da obesidade infantil, e as possíveis alternativas para torná-las mais eficientes no controle do problema. A partir do alcance do objetivo anterior, tendo em vista os fatores de configuração da obesidade infantil analisados, tornou-se possível relacioná-los a algumas campanhas do governo, de forma a analisar se estas abordam os fatores tidos como importantes nas relações analisadas neste estudo e propondo, a partir de conhecimentos de marketing social, formas eficazes de tratar esta problemática na sociedade.

1.3. ESTRUTURA DO TRABALHO

O estudo está estruturado em capítulos, sendo estes, o capítulo introdutório, referencial teórico, o método utilizado, análise e discussão dos resultados e as considerações finais. No capítulo inicial, faz-se um breve introdutório do contexto estudado, seu histórico, mudanças e implicações, bem com sua importância e o sentido do estudo proposto quando levantadas questões relacionadas à temática.

Com base nos objetivos e problema da pesquisa foi delineada a composição do referencial teórico, que constará conteúdos referentes a marketing e sociedade, consumo alimentar na questão da obesidade infantil como problemática de macromarketing referente à saúde pública e referente ao consumidor infantil ao se deparar com o mercado de alimentos e as mudanças na sociedade, sendo os atores pesquisados, as crianças, que sofrem a ação, e os pais, influenciadores e possíveis amenizadores dos hábitos, no âmbito de suas relações, além de marketing social como forma de intervenção e mudança.

Em seguida, o método utilizado na pesquisa foi delineado e descrito detalhadamente, mediante caracterização da pesquisa e descrição dos métodos qualitativos, entrevista semiestruturada em profundidade, bem como processo de análise dos resultados, por meio de análise de conteúdo. Além disso, algumas decisões foram tomadas com relação análise dos dados, as quais se encontram detalhadas no referido capítulo.

Por fim, as considerações finais demonstram uma análise mais aprofundada e crítica dos resultados à luz do marketing social, considerando as implicações teóricas e práticas com relação às intervenções possíveis diante do contexto analisado. Igualmente, evidenciamos limitações desta pesquisa e recomendações para pesquisas futuras.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo, o referencial teórico é abordado com base na literatura que fundamenta a pesquisa. A discussão é pautada no abrangente contexto de marketing, com ênfase em marketing e sociedade, envolvendo o macromarketing, marketing social, suas contribuições e aplicações no universo da saúde e a obesidade como epidemia no âmbito brasileiro, particularmente no público infantil, e seus desdobramentos na sociedade.

2.1 CONTEXTUALIZAÇÃO INICIAL: MARKETING E SOCIEDADE

O marketing é visto como uma atividade que cria, entrega e troca ofertas que possuem um valor para os clientes e para a sociedade em geral (AMA, 2007). Assim como as diversas áreas de conhecimento, marketing sofreu mudanças nos fatores analisados em seus conceitos e teorias ao longo do tempo. Em uma perspectiva histórica, nos primórdios o valor de marketing era restrito às suas funções e atividades, significava processo de distribuição de produtos com a função de atender às necessidades de tempo e lugar, posteriormente, uma perspectiva gerencial invadiu o contexto empresarial e acadêmico trazendo uma visão mais ampla e considerando o comportamento do consumidor, e finalmente, a perspectiva do marketing voltado à sociedade, envolvendo os sistemas integrados de marketing com uma visão das relações de troca equilibradas entre os atores sociais e aspectos relacionados ao consumidor (SHAW; JONES, 2005).

A evolução do marketing pode ser entendida em quatro Eras: pré-marketing (antes de 1900), Era I (1900-1920) a fundação do campo de marketing, Era II (1920-1950) a formalização do campo de marketing, Era III (1950-1980) a mudança de paradigma: marketing, gestão e ciências e Era IV (1980 até o presente) a intensificação da mudança: fragmentação do *mainstream*, conforme Wilkie e Moore (2003). A área de pesquisa de marketing e sociedade apresentou-se com forte estrutura na Era IV, as revistas e o *Journal of Macromarketing (JMM)* a partir de 1981, proporcionaram a possibilidade de esclarecimento e discussão do papel do marketing na sociedade, com o intuito de identificar problemas sociais que pudessem sofrer intervenções por parte do conhecimento e, assim, melhorar o gerenciamento de organizações para atender aos interesses da coletividade (WILKIE; MOORE, 2012).

A perspectiva gerencial caracterizou-se como dominante na Era IV, na visão de Sheth e Sisodia (2005), a próxima Era do marketing será tomada pelo coletivo “nós”, sendo

descrita como Era da Iluminação, com foco na busca de equilíbrios interesses da tríade: empresas, clientes e sociedade, alinhando suas forças. A negligência de aspectos sociais pelo marketing resultou em consequências negativas a profissão, “cada vez mais, as práticas de marketing estão fora de sincronia com os consumidores de hoje” (SHETH; SISODIA, 2005, p. 160).

Conforme Sheth e Sisodia (2005, p. 160), “o poder das forças de mercado e de marketing para moldar praticamente todos os aspectos dos costumes de uma sociedade, atitudes e cultura não deve ser subestimada”. A utilização positiva do marketing pode otimizar as forças do sistema de livre mercado para o bem dos consumidores, empresas e sociedade como um todo, de forma negativa tem a possibilidade de proporcionar danos significativos aos agentes anteriormente citados. Nesse sentido, assim como uma droga potente com efeitos colaterais potencialmente graves, nos dias atuais, os efeitos colaterais de marketing, muitas vezes ignorados, a exemplo de irritação do cliente, o consumo excessivo e/ou estilos de vida insalubres, tendem a sobrecarregar os efeitos benéficos principais pretendidos (SHETH; SISODIA, 2005).

Segundo Wilkie e Moore (2003), a área de marketing e sociedade é fragmentada com relação ao seu *mainstream*. Nesse mesmo ano, os autores apontaram na área seis subgrupos referentes à interação com a sociedade, a saber: políticas públicas e marketing; macromarketing; economia do consumidor; marketing social; ética em marketing e política internacional do consumidor. Posteriormente, foram acrescentados dois subgrupos às interações entre marketing e sociedade na visão de Wilkie e Moore (2012), *transformative consumer research* (TCR) e a subsistência da iniciativa de mercado, conforme Quadro 1, a seguir.

De acordo com o Quadro I, marketing e sociedade, apesar das divergências pontuadas pelos autores no que tange à fragmentação e aos interesses de marketing na atualidade, demonstra que a variedade de temáticas relaciona-se ao desenvolvimento e bem estar da sociedade, considerando os agentes sociais envolvidos e, não apenas, uma das partes, como de costume. As ramificações possíveis da área de marketing e sociedade são vastas, em cada subárea pode-se encontrar uma diversidade de tópicos para discussão com foco na melhoria social e trocas equilibradas.

Com relação ao macromarketing, o sistema de marketing apresenta-se no centro do seu pensamento, no qual a troca é o núcleo central e o seu sucesso consiste em benefício ou lucro, sendo pertinente atestar a eficácia de um sistema de marketing a partir da sua contribuição nas variedades geradas pelo sistema para a qualidade de vida da comunidade em

questão (LAYTON, 2007).

Quadro2.1 – Subgrupos de marketing e sociedade

Subgrupo	Descrição
Políticas públicas e marketing	Seu foco tem sido em grande parte do sistema legal e as políticas do governo no que diz respeito à comercialização e defesa do consumidor. Congratula-se com o governo, a indústria e os profissionais do direito, bem como acadêmicos de qualquer disciplina.
Macromarketing	Macromarketing está focado em questões mais amplas relacionadas ao marketing como um sistema de provisionamento para uma sociedade. Representado por grupos focados em desenvolvimento econômico internacional, estudos de qualidade de vida e história do marketing. Orientação do Macromarketing representa o laço mais próximo a uma visão global do sistema de comercialização como representado nas Eras I e II
Economia do consumidor	Pesquisam questões de marketing a partir da perspectiva de fazer avançar o interesse do consumidor, aproximando-se de problemas dentro de diferentes contextos culturais e políticos com diferentes objetivos e métodos.
Marketing Social	Este tem sido um grupo composto de pesquisadores que estão interessados em ajudar instituições não lucrativas e entidades governamentais na concepção de intervenções eficazes de marketing, bem como, concentram-se em mudanças sociais e ajudam aqueles que gerenciam esses esforços.
Ética em marketing	Concentra-se em auxiliar o mundo corporativo na tomada de decisões mais éticas.
Política internacional do consumidor	Distância e culturas ainda fazer barreiras presentes. Estas pessoas estão trabalhando em outras nações
Pesquisa transformativa do consumidor (TCR)	Essa nova entrada é uma consequência da ACR, composta por pesquisadores de consumo interessados em facilitar o avanço do bem-estar: "A meta principal da TCR é a divulgação oportuna e eficaz dos resultados das investigações para melhorar o bem estar de todos, consumidor e sociedade".O objetivo é promover ações que ajudem a melhorar a qualidade de vida dos consumidores.
Subsistência da iniciativa de mercado	Esta nova entrada concentra-se na investigação " <i>bottom-up</i> " (de baixo para cima), projetada para compreender e permitir o progresso de mercados de subsistência para os mercados sustentáveis, ou seja, os mercados caracterizados pela produção e consumo, que melhoram o bem-estar individual e da comunidade e preservam os recursos naturais sustentáveis.

Fonte: adaptado de Wilkie e Moore (2012).

Nos anos 80, as discussões sobre marketing e sociedade estavam em crescente destaque, e envolviam diversos temas e ideias que surgiam, como a preocupação sobre os fundamentos filosóficos da área, estudos teóricos e empíricos dos sistemas de marketing, bem como, seus papéis no desenvolvimento econômico, os resultados provenientes destes sistemas e indagações sobre ética nas atividades de marketing (LAYTON; GROSSBART, 2006). No contexto temático de marketing e sociedade destacamos as teorizações de macromarketing e marketing social, que são a base de referência dessa dissertação.

O foco da macromarketing consiste na compreensão dos sistemas de marketing, os impactos e as consequências desses sistemas na sociedade e da sociedade nesses sistemas de marketing, de acordo com Hunt (1977 *apud* LAYTON; GROSSBART, 2006). Além disso, Hunt (1981 *apud* LAYTON; GROSSBART, 2006) confirma sua visão anterior e a complementa explicando que diferenciados níveis de agregação, responsabilidade social e

desenvolvimento econômico e a captação do impacto dos sistemas de valor jurídico, político e social são proporcionados pelo marketing. A área de macromarketing concentra estudos diversificados que corroboram com o equilíbrio nas trocas e o bem estar do consumidor. A abrangência desta área desemboca em pesquisas a respeito do consumo dos indivíduos, como: vulnerabilidade, educação do consumidor, consumo responsável e seus tipos, qualidade de vida, justiça distributiva, marketing e justiça social, concorrência e mercados, marketing e desenvolvimento, marketing ético, política global e meio ambiente e externalidades da ação de marketing (PETERSON, 2006).

Já a área de marketing social é como especialidade preocupada com a aplicação dos conhecimentos, conceitos e técnicas de marketing voltado para a promoção de questões sociais e econômicas, bem como, com a análise dos resultados sociais das políticas, decisões e atividades de marketing (HASTINGS, 2007). Para que haja conscientização por parte dos consumidores é necessária a disseminação de informações e incentivo ao consumo responsável com foco no bem estar pessoal e coletivo, assim, as ações de marketing social podem ser aplicadas sempre que existir um público-alvo e um comportamento a influenciar.

Segundo Andreassen (2006, p. 6), a “sua base conceitual é claramente desenhada em uma das mais impactantes e constantes forças da evolução para mudança social no mundo, o marketing comercial”. Em suas aplicações destacam-se as ferramentas utilizadas na diminuição do consumo, aplicado a várias causas, contrariando o marketing convencional que objetiva aumentar os consumos em geral. Os produtos ofertados são estrategicamente elaborados para incentivar seu uso. Os alimentos calóricos, gordurosos e cheios de sabores prejudiciais à saúde e ao bem estar social representam uma parcela desta estruturada indústria. Desse modo, o marketing social visa promover ações para conscientização da sociedade, para adoção de comportamentos que prezam pelo bem estar do consumidor como a diminuição da ingestão de calorias e prática de atividades físicas, quando identificado um problema social em crescimento, como a obesidade na infância, por exemplo.

Deste modo, para este estudo, a obesidade infantil caracteriza-se como uma demanda social de preocupação do escopo de macromarketing, abrangendo o fator de vulnerabilidade das crianças e necessidade de educação para o consumo para os pais e responsáveis, além de alvo direto de políticas públicas de controle da epidemia a serem propagadas por meio do uso das técnicas e ações de marketing social para uma transformação das visões, perspectivas e escolhas dos consumidores baseada em fatos, dados e pesquisas sobre o crescente quadro obesogênico no mundo, a começar pela mudança, conscientização e transformação das ações do próprio consumidor a favor de si e da sociedade em geral.

2.2. PROBLEMAS DE CONSUMO ALIMENTAR: UMA PERSPECTIVA DE MACROMARKETING

O consumo, por vezes, é tratado como algo trivial por ser uma atividade diária, que pode representar festividade, momentos de encontro e comemoração ou recompensa, sendo, em sua maioria, realizado sem planejamento anterior e de forma rotineira. Desta forma, o consumo pode ser visto essencialmente como característica e ocupação dos seres humanos como indivíduos que, ao assumir papel chave na sociedade, torna-a, potencialmente, uma sociedade do consumo movida pelo consumismo que sustenta uma economia a partir do querer, desejar e experimentar algo repetidas vezes (BAUMAN, 2008).

Os hábitos de consumo de alimentos são provenientes de aspectos culturais, antropológicos, socioeconômicos e psicológicos do ambiente social. A escolha dos alimentos consumidos gera os hábitos ou costumes alimentícios de uma pessoa, o que implica na sua condição de saúde, bem como, na promoção, manutenção e recuperação desta saúde (MENDES-NETTO *et al.*, 2013).

Segundo Carvalho *et al.* (2013, p. 78), inúmeros fatores influenciam nos hábitos alimentares. Internamente temos “os emocionais e psíquicos, autoestima e grau de confiança, imagem que a pessoa tem do próprio corpo, experiências vividas, preferências e comorbidades”; externamente podem ser apontados, o ambiente externo, familiares e amigos, valores culturais, o grau de instrução, o conhecimento a respeito da alimentação correta e sobre os artifícios apelativos midiáticos dentre outros. Nesse contexto está inserida a influência da mídia nas escolhas da dieta adotada pelos indivíduos em geral, provocada pelas propagandas de incentivo ao consumo de alimentos processados, gordurosos e calóricos (QUAIOTI; ALMEIDA, 2006).

Para os seres humanos, o comportamento alimentar representa uma associação do estado fisiológico, psicológico e condições ambientais (QUAIOTI; ALMEIDA, 2006). De acordo com Mendes-Netto *et al.* (2013), após adquiridos, estes hábitos alimentares, são difíceis de serem modificados por meio da reeducação alimentar em indivíduos com sobrepeso por serem considerados hábitos de vida. Portanto, é necessário que ações direcionadas sejam realizadas para o impedimento de que práticas incorretas tornem-se costumeiras.

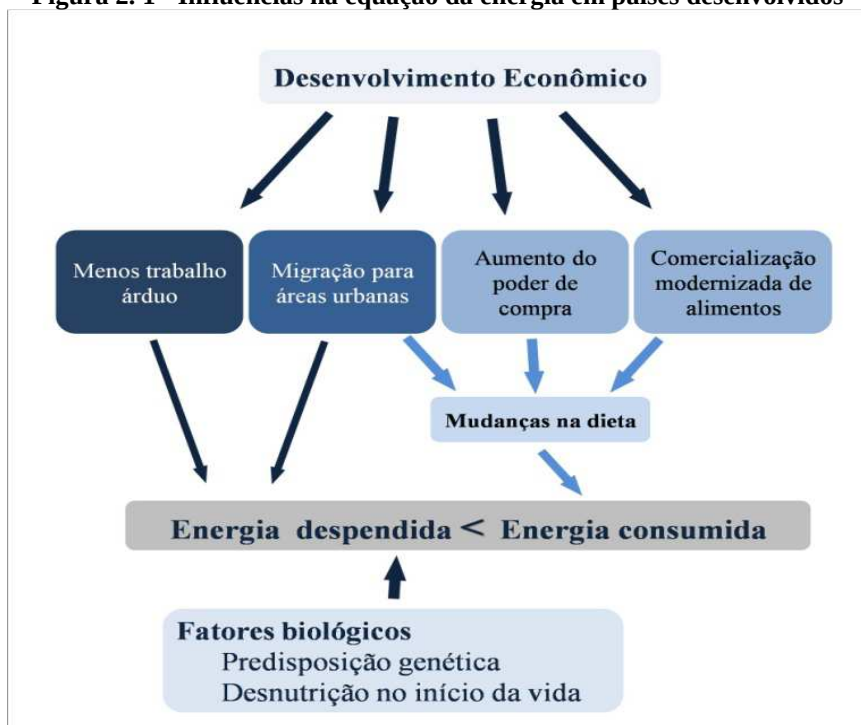
Nesse contexto, o ambiente externo é definidor na aquisição de práticas incorretas de consumo. No Brasil, por exemplo, mudanças socioeconômicas e culturais, ocorridas nas últimas décadas, afetaram hábitos e comportamentos na alimentação por meio da

disseminação de processados e aumento de lanches calóricos e gordurosos em detrimento de refeições, que quando associados a doenças como a obesidade, problemas cardiovasculares, hipertensão, diabetes e câncer, são apontados como principais causas de óbitos na população brasileira (SOUZA *et al.*, 2013).

É neste cenário de constantes mudanças causadas pelo consumo e práticas incentivadoras ao consumismo, que se insere o papel dos sistemas de marketing na perspectiva de realizar trocas equilibradas para o bem estar da sociedade. Sendo assim, caso seja contrário ao bem estar do consumidor, será avaliado de forma antiética com base em sua própria missão. Nesse sentido, cabe ao marketing auxiliar os consumidores a realizarem escolhas racionais e fundamentadas em informações, independente de ações reguladoras governamentais ou de cunho reivindicatório legal, principalmente em casos de saúde relacionados a produtos alimentícios (WITKOWSKI, 2007).

As práticas de marketing para promover alimentos calóricos e gordurosos podem ser consideradas fatores impulsionadores do ganho e excesso de peso no mundo (WHO, 2000; WITKOWSKI, 2007). Nesse contexto, a obesidade configura-se como uma problemática social demandante de ações públicas contra as práticas inapropriadas de marketing para alimentos, sendo essencial o desenvolvimento de programas para prevenção e controle da epidemia da obesidade no mundo (WITKOWSKI, 2007).

Figura 2. 1 - Influências na equação da energia em países desenvolvidos



Fonte: adaptado de Witkowski. (2007, p.128)

De acordo com Witkowski (2007), as mudanças econômicas, sociais e culturais ocorridas na sociedade com o passar do tempo contribuíram severamente para um desequilíbrio, que o autor denomina de “equação da energia”. Apesar de os mecanismos não serem consistentes, a obesidade é confirmada no momento em que a energia consumida excede a energia gasta (SPEISER *et. al.*, 2005). A partir desta premissa, nesta equação o consumidor tem consumido mais energia do que gasta, em um processo que é influenciado por fatores resultantes da evolução dos hábitos, costumes e modificações na estrutura social. Além disso, incidem aí, as consequências negativas como o excesso de peso e da diminuição de esforço físico na humanidade, ocasionando em índices crescentes de obesidade. A ilustração pode ser observada na Figura 2.

Alguns fatores são apontados como preponderantes para esta condição de desequilíbrio na equação da energia, que são: trabalho manual menos árduo e a migração para as áreas urbanas influenciando na diminuição na energia despendida; o aumento do poder de compra e a comercialização modernizada de alimentos, juntamente a migração para áreas urbanas impactando no fator mudanças na dieta, sendo este conjunto influenciador do aumento na energia consumida. Esta equação sofre influências de fatores biológicos impossíveis de intervenção de políticas públicas e de marketing, são as predisposições genéticas e desnutrição no início da vida (WITKOWSKI, 2007).

Complementarmente às discussões sobre as influências ambientais, encontram-se os fatores culturais. As influências culturais implicam padrões de alimentação em adultos e como estes alimentam seus filhos, bem como acontece a socialização das crianças com as próprias escolhas alimentares. Apesar de universais, fatores culturais relacionados à alimentação são notoriamente distintos entre os povos, classes e grupos, sendo condicionados pelo ambiente, pelas tendências e acontecimentos sociais, políticos e econômicos (KUMANYIKA, 2008). As práticas culturais que envolvem alimento de cada local podem contribuir para diferentes padrões de obesidade em crianças e jovens, ademais, estas influências culturais e as ambientais podem interagir com os determinantes biológicos da obesidade (WITKOWSKI, 2007; KUMANYIKA, 2008).

Nesse contexto, é importante destacar que a falta de alimentos que causa desnutrição e insegurança alimentar é dos grandes problemas que assola a humanidade, mas igualmente o excesso de alimentos tem se tornado um grande mal na sociedade do século XXI (INSTITUTO AKATU, 2004). Conforme a WHO (2000), a obesidade é uma condição complexa que abrange campos sociais e psicológicos, afetando todas as faixas etárias e socioeconômicas em países desenvolvidos e em desenvolvimento. Assim, o

Instituto Akatu (2004) destaca a essencialidade do combate à obesidade, em especial na infância pelas suas consequências à vida adulta, com o intuito de controlar seus desdobramentos.

2.2.1 Obesidade: conceitos e contextualização

A obesidade cresceu em todo o mundo entre pessoas de todas as idades (SPEISER *et. al.*, 2005). Embora a delimitação do significado de obesidade e sobrepeso tenha mudado ao longo do tempo (DEHGHAN, 2005), não existe ainda uma definição uniforme (MUST; STRAUSS, 1999; SPEISER *et. al.*, 2005; DEHGHAN, 2005). De acordo com Pontes, Amorim e Lira (2013), fatores ambientais são os maiores responsáveis pelos casos de obesidade, a partir da premissa de que o consumo energético, por meio dos alimentos ingeridos, ultrapassa o seu dispêndio, por meio do metabolismo e atividades físicas, resultando no acúmulo de gordura, agindo, na maior parte das vezes, de forma conjunta na instalação da doença.

A constatação da obesidade varia de acordo com mecanismos de medição, e pode ser entendida como excesso de gordura corporal. Diversas técnicas são utilizadas para medi-la, podendo ser descrita por dobras cutâneas, percentual peso por altura, percentual do peso ideal do corpo e pelo índice de massa corporal, dentre outros (SPEISER *et. al.*, 2005).

Segundo a WHO (2000), o diagnóstico que classifica se um indivíduo possui sobrepeso ou obesidade justifica-se importante por diversas razões, em especial, permite a comparação efetiva de peso entre populações, identificação dos sujeitos e grupos de maior risco de morbidades e mortalidade, a identificação das prioridades de intervenção em níveis individuais e comunitários e o fornecimento de uma base sólida para a avaliação de intervenções.

Desta forma, a medição para identificação, geralmente ocorre mediante o IMC (índice de massa corporal), que é a relação entre o peso e a altura, sendo calculado a partir da divisão do peso em kg pelo quadrado da altura em metros (Kg/m^2). O resultado pode ser medido com base na classificação instituída pela própria WHO (2000), observada no quadro 2.2.

O IMC possui diversas críticas quanto à sua eficácia na mediação do sobrepeso e da obesidade. Por isto, existem outras ferramentas de medição adicionais disponíveis para caracterizar com precisão a obesidade: métodos para medir a composição corporal (por exemplo, pesagem hidrostática) para determinar a distribuição anatômica de gordura corporal

(por exemplo, ressonância magnética) e medir a contribuição (por exemplo, prospectivo registro alimentar) eo gasto de energia. No entanto, estas técnicas possuem custo elevado e dificuldades práticas para implementação, limitando-as na utilização de diagnósticos (WHO, 2000).

Quadro 2.2– Índices antropométricos e classificação de adultos e crianças de acordo com o IMC.

Fase da vida	Índices	
Crianças < 10 anos	Peso/idade	
	Altura/idade	
	Peso/altura	
Adolescentes	IMC Percentilar	
Adultos	IMC	
	Relação cintura – quadril	
Idosos	IMC	
Adultos		
Classificação	IMC	Risco de comorbidades
Abaixo do peso	< 18.50	Baixo (mas há risco de outros problemas clínicos)
Eutrofia (peso adequado/normal)	18.50 – 24.99	Médio
Sobrepeso:	≥ 25.00	-
Pré obeso	25.00- 29.99	Aumentado
Obeso grau I	30.00 -34.99	Moderado
Obeso grau II	35.00 – 39.99	Grave
Obeso grau III	≥ 40.00	Muito grave
Crianças		
Percentil	Diagnóstico Nutricional	
< percentil 0,1	Peso muito baixo para a idade	
≥ Percentil 0,1 e < percentil 3	Peso baixo para a idade	
≥ Percentil 3 e < percentil 85	Adequado ou Eutrófico	
≥ Percentil 85 e < percentil 97	Sobrepeso	
≥ Percentil 97	Obesidade	

Fonte: adaptado de WHO (2000), SISVAN (2004) e TELESSAÚDE (2014).

A respeito das técnicas, Lobstein, BaureUauy (2004) expõem outras formas de constatação da doença, subdividindo-as como métodos para medição de composição corporal e métodos indiretos para estima-la. Nos métodos para medição de composição corporal constam: hidrodensitometria (pesagem hidrostática); ressonância magnética (RM), proporciona uma imagem visual do tecido adiposo e tecido não adiposo; tomografia computadorizada de alta resolução (TC), onde a gordura total do corpo e regional pode ser calculada, assim como percentagem de gordura corporal; absorptometria de raio – X de dupla energia (DEXA); análise de impedância bioelétrica (BIA); e, pletismografia por deslocamento de ar.

Com relação aos métodos indiretos para estimar a composição corporal, são apontados: peso e peso por altura, o peso correlacionado com a altura e padrões de referência com base em peso para a altura fornece uma medida mais precisa do sub ou excesso de peso; o IMC, índice de adiposidade relativa entre crianças, adolescentes e adultos; circunferência da

cintura e relação cintura-quadril (RCQ), a circunferência da cintura é uma medida indireta da adiposidade central, fortemente correlacionada com o risco de doenças, e a circunferência do quadril é medido na protuberância máxima das nádegas; Espessura das dobras cutâneas; e, outras medidas antropométricas, como o índice ponderal de Benn e o índice de conicidade, pouco conhecidas (LOBSTEIN; BAUR; UAUY, 2004).

Segundo Gortmaker *et al.* (2011), apesar de haver padrões de comportamento e determinantes ambientais complexos, o aumento da energia consumida tem sido identificado como causa da epidemia da obesidade, sendo o resultado de modificações na alimentação a nível global como a produção em grande escala de alimentos altamente processados e as técnicas eficazes de comercialização destes produtos. Além disso, é sabido que outros fatores atenuam o impacto dessas causas, como a cultura e o ambiente nacional, políticas públicas, predisposição a atividades físicas e fatores biogenéticos impulsionam a ampliação da epidemia (GORTMAKER *et al.*, 2011).

As comorbidades resultantes do quadro de obesidade implicam riscos expressivos à saúde, tendo em vista que cada vez mais as pessoas se tornam obesas em idades mais jovens. Desta forma, Gortmaker *et al.* (2011) argumentam que para reverter o quadro epidemiológico da obesidade é necessário que haja mudanças no comportamento da sociedade, nas intervenções nas escolas, nas casas de família, na produção agrícola, nos serviços alimentares ofertados, na educação e planejamento urbano.

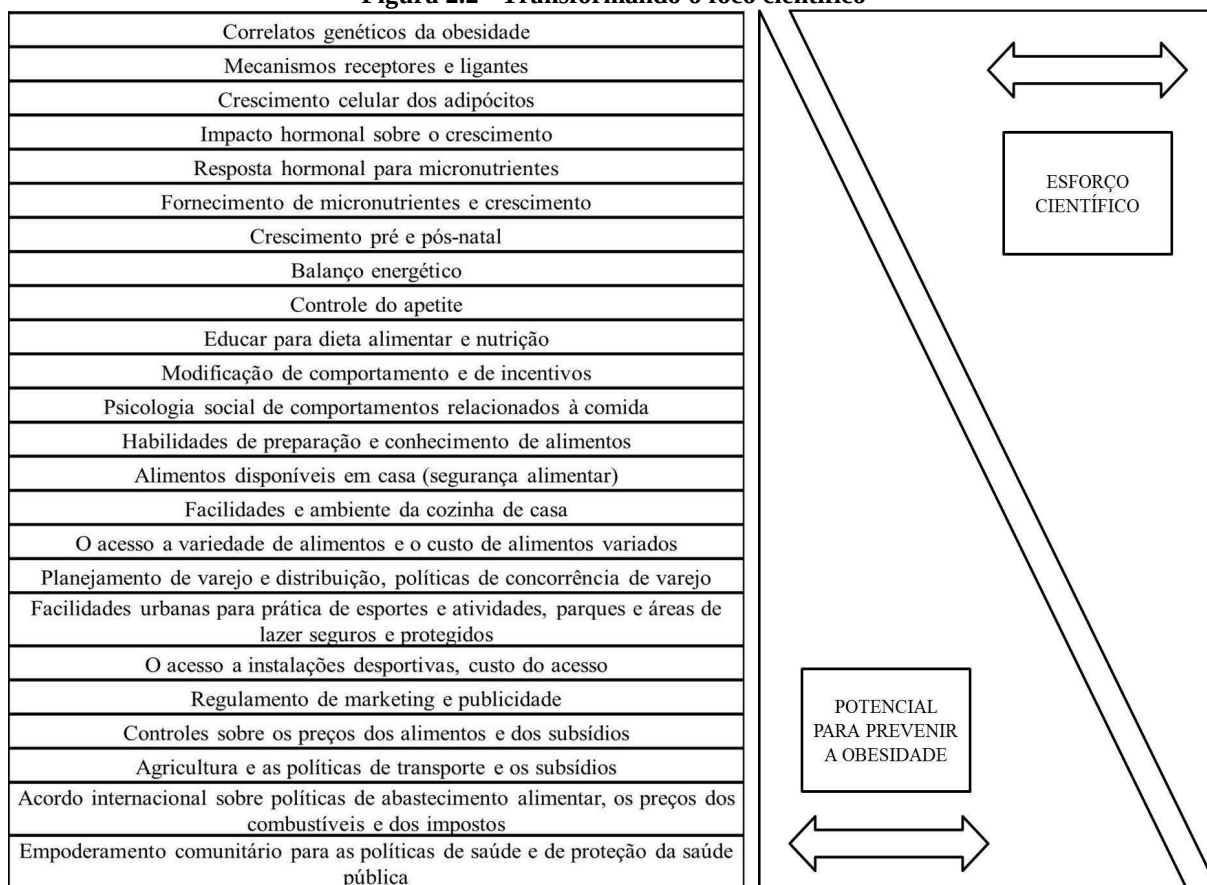
Segundo Lobstein, Baur e Uauy (2004), para o problema da obesidade são necessárias iniciativas de saúde pública com o objetivo de conscientizar os setores envolvidos, mesmo que não se refiram a questões de saúde, sobre as potenciais consequências de suas atitudes na capacidade da sociedade em manter o equilíbrio de energia e potencializar o interesse e capacidade de reduzir os efeitos negativos adversos. No mais, vale ressaltar a importância dos processos relacionados à alimentação e práticas de exercícios para o cenário social, de forma que as ações desenvolvidas em prol do controle e redução da obesidade devem ser harmonizadas com programas distintos que visem o funcionamento de processos fundamentais na sociedade (LOBSTEIN; BAUR; UAUY, 2004).

Assim, os autores destacam a importância de os esforços científicos para o problema da obesidade se direcionarem para as potenciais medidas de prevenção da epidemia, de modo que o quadro de pesquisas apenas em fatores biológicos sejam modificadas para o estudo das causas que envolvem instâncias sociais, governamentais e cotidianas dos indivíduos, como pode ser observado na figura 3, a seguir.

Conforme observado na figura 3, o esforço científico concentra-se na investigação

de fatores dispostos na parte superior. Contudo Lobstein, Baur e Uauy (2004) afirmam que o cerne da possível solução permanente consiste na intervenção nos fatores da parte inferior, servindo de base para discussões consistentes e políticas públicas e de marketing social voltados ao bem estar da sociedade.

Figura 2.2 - Transformando o foco científico



Fonte: Lobstein, Baur e Uauy (2004, p.70)

A literatura a respeito da temática é extensa, fornecendo informações fundamentais no conhecimento e combate aos principais determinantes da obesidade no mundo, tendo em vista que muitos destes fatores podem ser evitados e transformados para o distanciamento da doença. Assim, dentre as recomendações da literatura, o cuidado com os sintomas aparentes da obesidade devem ser evitados desde a infância, quando a doença pode se instalar e perdurar até a fase adulta do indivíduo, representando uma idade onde ainda é possível intervir no aparecimento da patologia (TABACCHI *et al.*, 2007).

No caso da obesidade infantil, segundo Carvalho *et al.* (2013), sua etiologia envolve fatores neuroendócrinos ou genéticos, denominada obesidade endógena, responsáveis por 5% dos casos e os fatores externos socioambientais, denominada obesidade exógena, que representa 95% dos casos constatados em adolescentes e crianças (ESCRIVÃO *et al.*, 2000 *apud* CARVALHO *et al.*, 2013).

A contribuição para o estabelecimento de um quadro de obesidade na infância inicia-se já na vida intrauterina, por meio da alimentação materna e, até mesmo antes, com a condição nutricional da mãe anteriormente ao período gestacional, que influenciam o estado nutricional do recém-nascido e, posteriormente, do adolescente e da criança (CARVALHO et al., 2013).

Desta forma, Souza *et al.* (2013) alertam para a necessidade de diagnóstico e acompanhamento do padrão de consumo de alimentos de forma individual para controle epidemiológico, haja vista o consumo alimentar apresentar-se como fator preditor da questão nutricional e de saúde dos cidadãos, sendo considerado como sinal para a elaboração de políticas e ações voltados à saúde.

2.3. OBESIDADE INFANTIL

A obesidade infantil tem crescido rapidamente no contexto social, desafiando a saúde pública a nível internacional (ORNELAS *et al.*, 2014). A doença tem se tornado um problema global de saúde atingindo diversos países desenvolvidos e em desenvolvimento (GAHAGAN, 2004; MARIE NG *et al.*, 2013).

De acordo com Lobstein, Baur e Uauy (2004), estimava-se que dez por cento das crianças em idade escolar do mundo estariam carregando o excesso de gordura corporal (este número deve ter aumentado na última década), propiciando, desta forma, o desenvolvimento de doenças crônicas. A prevalência de excesso de peso é notoriamente mais forte em regiões economicamente desenvolvidas, entretanto este quadro vem sendo modificado em muitas partes do mundo. O ritmo dramático e veloz que a obesidade infantil vem ganhando espaço é alarmante em muitos países. Algumas pesquisas da década de 1990 mostraram que no Brasil e nos EUA, um adicional de 0,5% de toda a população infantil atingia o excesso de peso a cada ano (LOBSTEIN; BAUR; UAUY, 2004). Os dados brasileiros da Vigitel (2013) confirmam este panorama ao apresentar aumento de 18%(2011) para 22,3% (2013) nas estatísticas da obesidade infantil no país.

Segundo Quaioti e Almeida (2006), o fator genético apenas não pode ser responsabilizado pelo quadro de obesidade infantil observado, pois diversos fatores provenientes do ambiente externo influenciam as mudanças na vida dos indivíduos propiciando o aumento da doença entre as populações. Desse modo, os autores afirmam que a relação “genes-ambiente” determina, na maior parte das vezes, os alimentos procurados e consumidos, formando o chamado hábito alimentar ou o comportamento alimentar do

organismo.

Os hábitos alimentares são formados no início da vida da criança, ainda nas fases de amamentação, sendo, a partir dos dois anos de idade, influenciados por fatores externos como propagandas, tornando as crianças alvos da publicidade alimentar voltadas ao consumo de itens não saudáveis. Posterior à fase do desmame, a criança começa a ter contato com inúmeras possibilidades de alimentos, quando em um ambiente de pouca informação rodeado de propagandas, proporciona a criança o desenvolvimento do seu padrão de aceitação ou rejeição de um alimento (QUAIOTI; ALMEIDA, 2006).

Para a obesidade, é sabido que fatores genéticos não podem ser modificados, mas para as causas ambientais pode existir orientação no sentido de controlar hábitos incorretos. Estas medidas devem ser tomadas, tendo em vista que com as mudanças alimentares ocorridas com a evolução da sociedade, o número de jovens obesos aumentou drasticamente em todas as partes do mundo (QUAIOTI; ALMEIDA, 2006; MARIE NG *et al.*, 2013).

2.3.1 Fatores de contribuição para a obesidade infantil

Antigamente, o excesso de peso em uma criança significava que esta era saudável e detinha a possibilidade de sobrevivência à desnutrição e infecções (EBBELIN; PAWLAK; LUDWIG, 2002; GAHAGAN, 2004). Entretanto, nas últimas quatro décadas, o sobrepeso, indiscutivelmente, representa um problema grave e crescente de saúde na infância em países desenvolvidos e em desenvolvimento, em várias partes do mundo e tornando-se uma epidemia (ADAIR, 2008; STEWART, 2010).

Fatores genéticos influenciam na predisposição de uma determinada criança à obesidade. Contudo a incidência de casos onde a obesidade infantil é provocada por fatores genéticos tem se mostrado baixa no cenário habitual (GAHAGAN, 2004; DEHGHAN *et al.*, 2005). Fatores ambientais, estilo de vida, preferências e ambiente cultural desempenham funções importantes na prevalência de obesidade infantil em todo o mundo (DEHGHAN *et al.*, 2005).

Na infância, o desenvolvimento da obesidade e, posteriormente, na fase adulta abarca interação entre diversos fatores: pessoais, como alimentação e padrões e preferências de atividade física, ambientais, como casa, escola e comunidade, sociais como interação com publicidade de alimentos, redes sociais e grupos de influência, além dos referentes à saúde e aos aspectos fisiológicos como os mecanismos de saciedade do apetite e predisposição genética. Estes fatores têm poder de moldar diariamente a dieta alimentar e atividade física,

bem como aumento da obesidade, o risco de doenças cardiovasculares e doenças crônicas (PRATT; STEVENS; DANIELS, 2008).

De acordo com Stewart (2010), apesar de a etiologia da obesidade infantil ser complexa, sua compreensão é necessária para gerenciar a obesidade infantil. As causas envolvem a interação com o ambiente, obesogênes e escolhas de vida individuais. O excesso de ganho de peso, o aumento na quantidade do consumo de alimentos altamente calóricos e aumento do tempo de exposição à televisão, computador *e videogames*, associados simultaneamente a uma redução na quantidade de atividade física realizada por crianças são apontados como razões para o crescimento da epidemia (STEWART, 2010).

De acordo com Boyland *et al.* (2011), o tempo que a criança fica exposta à televisão está diretamente relacionado à obesidade, porque associa-se à diminuição do tempo de atividades físicas, consequentemente, ao menor gasto de energia, além das informações publicitárias de alimentos prejudiciais, podendo a televisão ser considerada como um fator de risco à obesidade da mesma forma que a inatividade física contribui significativamente para esta doença (FERREIRA, 2013).

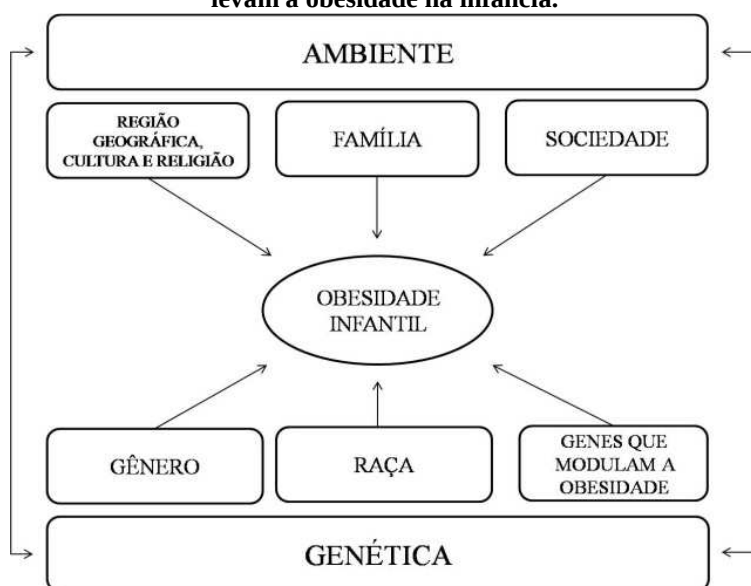
Assim como os adultos, as crianças absorvem informações e conhecimentos pela aprendizagem explícita e implícita mediante processo de experiências e aquisição inconsciente do conhecimento que permanece ao longo do tempo. As crianças adquirem informações pelo processo de socialização, auxiliando diretamente no desenvolvimento de seus papéis e comportamentos como consumidores e como membros da sociedade (McGINNIS *et al.*, 2006). As habilidades de socialização e de consumo são adquiridas no começo da vida, com o desenvolvimento de motivações de consumo e valores. “Elas desenvolvem o conhecimento sobre a publicidade, produtos, marcas, preços, lojas e adotam pedidos de compra e estratégias de negociação que podem ser o resultado de atividades de marketing” (McGINNIS *et al.*, 2006, p. 20).

Stewart (2010) argumenta que no caso multifacetado da obesidade na infância, a intervenção dos pais e familiares é necessária por estes representarem um forte fator influenciador no surgimento e prevalência da patologia (LOBSTEIN; BAUR; UAUY, 2004; GAHAGAN, 2004; McGINNIS *et al.*, 2006; TABACCHI, 2007; PRATT; STEVENS; DANIELS, 2008; GORTMAKER, 2011). Certamente, o peso dos pais pode ser apontado como um influenciador no peso e estilo de vida das crianças em sua família. Além disso, outros aspectos resultantes do ambiente familiar podem contribuir para esta doença, cabe destacar que o envolvimento dos pais é fundamental para o desenvolvimento e sucesso de qualquer medida de tratamento e controle da obesidade na infância, sendo recomendado que

seja iniciado algum programa quando os pais estiverem preparados para tal e dispostos a realizarem mudanças no estilo e vida de toda a família (STEWART, 2010).

Além dos fatores anteriormente citados, Tabacchiet *al.* (2007) afirmam que, em se tratando do cenário ambiental envolvido, os aspectos geográficos, culturais e religiosos podem impactar na doença, bem como a sociedade. O macroambiente é composto por indústrias, serviços e infraestrutura, influenciam no consumo alimentar e na prática de atividades físicas. Além disso, há a influência da maior disponibilidade de alimentos no mundo, além das mudanças que sofreram na produção, no processamento, na embalagem melhor distribuição destes tipos de alimentos (na maioria das vezes, pobres em nutrientes e com alto teor de energia calórica) em ambientes sociais como escolas e locais de trabalho. Isto pode ser observado na Figura 2.3.

Figura 2.3 – Determinantes da obesidade infantil. A interação entre fatores genéticos e ambientais que levam a obesidade na infância.



Fonte: Tabacchiet *al.* (2007, p. 588).

Nesse contexto, Kumanyika (2008) afirma que as influências culturais estão em uma interação dinâmica, fluida com os contextos sociais e ambientais podem interagir com os determinantes biológicos da obesidade. A aceitação do comer demais pode ser condicionada por fatores culturais, ao passo que a sabedoria em evitar a obesidade ainda não evoluiu (KUMANYIKA, 2008). Assim, os alimentos valorizados podem estar associados à escassez ou à inacessibilidade do passado e que são emocionalmente gratificantes, como carne, gorduras e açúcares. Ademais, alguns alimentos são relacionados ao status social elevado, sendo desejados como símbolos de integração na sociedade em geral ou de mobilidade social ascendente, podendo estas preferências e valores persistir por gerações, mesmo quando estes

"alimentos de status" se tornarem baratos e abundantes (KUMANYIKA, 2008).

O fator cultural pode influenciar ainda a atividade e a inatividade física, assim como, o interesse em esportes ou tradições de ser fisicamente ativo, favorecendo sua prática quando há opções seguras disponíveis e acessíveis. Por outro lado, o valor cultural predominante para a televisão e automóveis tidos como símbolos de status pode impulsionar o comportamento sedentário. Além desses aspectos, a publicidade de alimentos calóricos é aceita como parte integrante deste cenário, onde as práticas de marketing que visam à comercialização destes produtos contribuem significativamente para o contexto de crescimento da doença. É importante destacar que, apesar dos aspectos apontados, a consciência da influência desses ambientes físicos no desenvolvimento da obesidade tem aumentado (KUMANYIKA, 2008).

Esta conscientização pode ser resultado da ciência das inúmeras consequências causadas pelo indivíduo que possui sobrepeso ou obesidade. A obesidade é um fator preponderante no aparecimento de outras doenças graves, podendo causar a associação de duas ou mais doenças com gravidade alta, denominado comorbidade. Segundo Carvalho *et al.* (2013), os impactos da obesidade possuem caráter metabólico, anatômico, psicológico e comportamental. Comentamos cada uma a seguir.

2.3.2 Consequências e comorbidades

Em decorrência das complicações e complexidades de uma patologia, muitas consequências simultâneas podem surgir, essas doenças são denominadas de comorbidades. Crianças obesas tem a probabilidade de desenvolver diabetes tipo 2, doenças cardíacas e diversas comorbidades anteriormente e durante a fase adulta. Além disso, uma série de problemas adicionais à obesidade pode ser elencada como hiperinsulina, intolerância à glicose, hipertensão arterial, apnéia do sono, bem como, exclusão social e depressão. A questão chave é que quando instalada na infância, a obesidade pode se estender a vida adulta, levando as doenças adquiridas e outras condições relacionadas à fase jovem adulta, dentre outras complicações ainda podem ser citadas, o aumento das taxas de doenças cardíacas, tipos de câncer determinados, problemas na vesícula biliar, osteoartrite, doenças endócrinas e fatores problemáticos sociais e psicológicos (EBBELING; PAWLAK; LUDWIG, 2002; LOBSTEIN; BAUR; UAUY, 2004).

Anteriormente, as complicações provenientes da obesidade infantil não eram clinicamente diagnosticadas mesmo depois de muitos anos após a obesidade instalada, ou

seja, antes as consequências da obesidade durante a infância eram raramente constatadas (LOBSTEIN; BAUR; UAUY, 2004). Atualmente, segundo Lobstein, Baur e Uauy (2004), as pesquisas referentes a crianças obesas têm percebido diversas condições de risco, as quais são prevalentes, potencialmente graves e propiciam consequências para a saúde e bem-estar na vida da criança. Uma organização dessas complicações pode ser observada na Tabela 2.1.

Pelo fato de a obesidade ser uma doença sistêmica com consequências devastadoras na vida da criança, suas complicações necessitam de atenção especial. Dentre muitas consequências, Ebbeling, Pawlak e Ludwig (2002) destacam que o aparecimento da diabetes tipo 2 em crianças externa um problema grave, tendo em vista as possíveis sequelas macrovascular (doença cardíaca, acidente vascular cerebral, amputação de membros) e microvascular (insuficiência renal, cegueira), além disso, as complicações pulmonares abrangem as desordem na respiração como apnéia do sono, asma e cansaços em exercício.

Tabela 2. 1 - Consequências físicas da obesidade em crianças e adolescentes

Pulmonar
Apnéia do sono
Asma
Síndrome de Pickwick
Ortopédica
Epífises capitais
Doença de Blount (vara tibia)
Torção tibial
Pés chatos
Entorses de tornozelo
Aumento do risco de fraturas
Neurológico
Hipertensão intracraniana idiopática (pseudotumor cerebral, por exemplo)
Gastroenterologia
A colelitíase
Esteatose hepática / esteatose hepática não alcoólica
Refluxo gastro-esofágico
Endócrino
Resistência à insulina/prejudicada tolerância à glicose
Diabetes tipo 2
Alterações menstruais
Síndrome dos ovários policísticos
Hipercorticismismo
Cardiovascular
Hipertensão
Dislipidemia
As estrias gordurosas
A hipertrofia ventricular esquerda

Outro

Inflamação sistêmica/ proteína C-reativa aumentada

Fonte: Lobstein, Baur e Uauy (2004, p. 23)

Ademais, além das consequências hepáticas, renais e músculo-esqueléticas e complicações neurológicas, destacam igualmente as psicossociais substanciais da obesidade infantil. Conforme Ebbeling, Pawlak e Ludwig (2002), as crianças obesas são estereotipadas como insalubres, academicamente bem sucedidas, socialmente ineptas e não higiênicas. Esses estereótipos negativos para algumas crianças com excesso de peso como os de 5 anos de idade em a possibilidade de desenvolver uma autoimagem negativa (EBBELING; PAWLAK; LUDWIG, 2002).

Ao enfatizar os efeitos psicológicos negativos que podem ocorrer em decorrência da obesidade na infância. Pratt, Stevens e Daniels (2008) destacam a estigmatização, discriminação, os traumas emocionais. Igualmente, Stewart (2010) evidencia que, especialmente em meninas, têm sido constatados problemas de comportamento e baixa autoestima, além de, no longo prazo, atingir os âmbitos sociais e econômicos, restringindo-as ao alcance de posições profissionais inferiores, tendo em vista que a obesidade na infância tem alta possibilidade de perdurar na vida adulta, carregando consigo todas as doenças resultantes da patologia, seus efeitos e consequências sociais e psicológicas negativas (PRATT; STEVENS; DANIELS, 2008; STEWART, 2010).

Por fim, Lobstein, Baur e Uauy (2004), em seus estudos sobre consequências psicológicas e sociais, destaca que a obesidade em crianças pode ter implicações imediatas nestes campos. Nas culturas ocidentais, a estigmatização de crianças obesas tem sido recorrente entre os pares das crianças, embora o aumento de crianças com obesidade seja notório, a reação social a estas ainda se mostra hostil, trazendo consequências sociais e econômicas a sociedade. Com base nestas premissas, as crianças obesas têm menos amigos e sofrem com níveis de escolaridade e posições profissionais melhores em sua vida adulta. As causas precisam ser identificadas e cuidadas, pois a depressão e a ansiedade podem estar ligadas ao ganho de peso por meio das mudanças de comportamento impactando em modificações na dieta alimentar e atividades físicas (LOBSTEIN; BAUR; UAUY, 2004).

Os serviços de saúde demandados em decorrência da epidemia são expressivos, os custos para a sociedade são expressivos. A delimitação das inúmeras consequências para a saúde atreladas ao excesso de peso deve direcionar recursos para a sua prevenção (LOBSTEIN; BAUR; UAUY, 2004). Comentamos esta questão no subitem seguinte.

2.3.3 Prevenção e atores envolvidos no problema da obesidade

A obesidade infantil está se tornando um problema crescente de saúde pública, tendo em vista que é imune ao tratamento quando estabelecida. Desta maneira, a prevenção da obesidade durante a infância é um componente essencial dos esforços para combater esta epidemia global (STETTLER; SIGNER; SUTER, 2004). Por ser um grave problema de saúde pública, a obesidade infantil requer urgência e abordagem de prevenção de base populacional, de modo que todas as crianças possam crescer saudáveis em aspecto físico e emocional (KOPLAN; LIVERMAN; KRAAK, 2005).

A abordagem para tratar a obesidade destina-se a controlar o problema ao invés de efetivar sua cura. Entretanto para que este objetivo seja alcançado se faz necessário um sistema multidisciplinar e intensivo bem estruturado. Apesar de a prevenção ser a única opção viável e essencial para todos os países afetados pelo crescimento da doença, o regime necessário para a gestão da epidemia da obesidade é bastante caro, e eventualmente, inviável para alguns países (LOBSTEIN; BAUR; UAUY, 2004).

Koplan, Liverman e Kraak (2005) postulam que para a questão da obesidade infantil é importante saber que a prevenção da obesidade abrange comportamentos alimentares saudáveis e atividade física regular, com o intuito de atingir e manter o equilíbrio de energia em um peso saudável, além de enfatizarem que são necessários esforços individuais e mudanças sociais, onde diversos setores e partes interessadas devem estar envolvidos.

Pesquisas de cunho genético apontam que a maioria das crianças encontra-se em risco de ganho de peso e que as estratégias de prevenção da obesidade em uma população infantil, como incentivo à alimentação saudável e à prática de atividade física abundante, podem beneficiar a saúde de todas as crianças, seja em risco de obesidade ou não (LOBSTEIN; BAUR; UAUY, 2004).

As configurações de efeito para intervenções preventivas são ambientes escolares e casa de familiares. Segundo Lobstein, Baur e Uauy (2004) os resultados favoráveis tangem mudanças de comportamento das crianças em assistir televisão, à promoção de consumo de alimentos saudáveis e diferencial em preço desses alimentos. Ainda assim, as intervenções e seus efeitos positivos são reduzidos em relação à dimensão do problema, principalmente porque as melhoras tendem a diminuir ao término das intervenções (LOBSTEIN; BAUR; UAUY, 2004).

As intervenções de familiares e da escola devem ser paralelas a mudanças no

contexto social e cultural para um resultado efetivo, requerendo desta forma uma mobilização verdadeiramente social com um esforço coordenado entre a comunidade médica, os administradores de saúde, professores, pais, produtores e processadores de alimentos, varejistas e fornecedores, anunciantes e meios de comunicação, planejadores urbanos de recreação e esporte, arquitetos, urbanistas, políticos e legisladores, fazendo-os compreender que a saúde pública demanda ações multisetoriais(LOBSTEIN; BAUR; UAUY, 2004).

As iniciativas para prevenção abarcam um espectro expressivo de atividades desenvolvidas por grupos através de políticas organizacionais, nacionais e internacionais, onde cada nível essencial na intervenção da obesidade infantil está contido em um contexto mais amplo(LOBSTEIN; BAUR; UAUY, 2004), como observado na Figura 2.4.

Figura 2.4 - As oportunidades de influência no ambiente da criança.



Fonte:adaptado de Lobstein, Baur e Uauy (2004, p.8).

O aumento da prevalência de obesidade tem sido atribuído a forças sociais e ambientais que fogem ao controle do indivíduo, influenciando comportamentos adversos a prevenção da doença. Nesse contexto, embora as ações de modificações no estilo de vida das pessoas sejam necessárias, em um longo prazo, o recurso recomendado para controlar o aumento da patologia é tratá-la em perspectiva ampliada de saúde pública com políticas de impacto social necessárias sobre a problemática (LOBSTEIN; BAUR; UAUY, 2004).

Assim, de acordo com Gortmaker *et al.* (2011), o governo, as entidades, setor privado, sociedade civil e profissionais da saúde são atores importantes no processo de controle da obesidade infantil. Na visão dos autores, os governos possuem destaque na

importância na reversão da epidemia devido a proteção e promoção do bem comum como responsabilidade prioritária que contempla a saúde pública, além de operarem em níveis necessários. As consequências da obesidade sobrecarregam setores governamentais além dos referentes à saúde, como financeiro, educacional, agrícola, transporte e planejamento urbano. Apesar de governos desenvolverem estratégias com o propósito de melhores dieta e atividade física, como rotulagem de alimentos e disponibilidade de espaços físicos, estas têm sido fortemente contestadas pela indústria de alimentos, dificultando a implementação de políticas públicas. Por outro lado, menos áreas vêm sendo contestadas como ações escolares e comunitárias, marketing social e promoção da atividade física, encontrando apoio político, mesmo com custos substanciais e os benefícios incertos (GORTMAKER *et al*, 2011). O Quadro indica ações cabíveis aos atores apontados por Ebbeling, Pawlak e Ludwig (2002).

Quadro 2.3 - Prevenção e tratamento da obesidade infantil

Uma abordagem de bom senso para a prevenção e tratamento da obesidade infantil	
Casa	Reservar um tempo para:
	Refeições saudáveis
	Atividade física
	Limitar o tempo de uso da televisão
Escola	Financiar a educação física obrigatória
	Estabelecer normas mais rigorosas para os programas de merenda escolar
	Eliminar alimentos pouco saudáveis - por exemplo, refrigerantes e doces vendidos em máquinas automáticas.
	Fornecer lanches saudáveis por meio de estandes de concessão e máquinas de venda automática.
Design urbano	Proteger áreas abertas
	Construir pavimentos (calçadas), ciclovias, estacionamentos, parques infantis e zonas de pedestres.
Assistência médica	Melhorar a segurança da cobertura no tratamento eficaz da obesidade.
Marketing e mídia	Considerar um imposto sobre <i>fastfood</i> e refrigerantes.
	Subsidiar alimentos nutritivos – por exemplo, frutas e legumes.
	Exigir rótulos nutricionais relativos à embalagens de <i>fastfood</i> .
	Proibir propaganda e marketing de alimentos direcionados às crianças.
	Aumentar o financiamento para campanhas de saúde pública para a prevenção da obesidade.
Política	Regular as contribuições de políticas da indústria alimentar.

Fonte: Ebbeling, Pawlak e Ludwig (2002, p. 479)

Por fim, é importante ressaltar que as variáveis culturais podem ter influenciado nas mudanças no estilo de vida como redução do tempo na preparação de alimentos em casa, o aumento do consumo de alimentos processados, mecanização do trabalho e atividades

domésticas, o aumento da dependência de veículos motorizados e maior acesso e uso de televisores e computadores, esses fatores antecedentes, inevitavelmente implicam mudanças nos valores sociais e normas culturais de ingestão de alimentos e atividade física nos núcleos familiares, em escolas, locais de trabalho e cenário social em geral (LOBSTEIN; BAUR; UAUY, 2004).

2.4. MARKETING SOCIAL

Em se tratando de mudança social, o marketing social é promissor para o seu planejamento e implementação, simultaneamente, é mal compreendido e muitas vezes visto com desconfiança por muitos cientistas comportamentais. No entanto, a aplicação da lógica do marketing com ideias comerciais e métodos para promover objetivos sociais é um desenvolvimento natural e em geral com um futuro promissor (KOTLER; ZALTMAN, 1971). Desta forma, para utilizá-lo como intervenção para a obesidade infantil, é importante compreender seu conceito, seus desdobramentos, aplicações e como se relaciona às crianças.

2.4.1 Marketing Social: conceitos e contextualização

As atividades de marketing impulsionam comportamentos que segregam os padrões sociais e causam desequilíbrio na sociedade por meio das relações de troca voltadas para o consumismo inconsciente e auto degradante (BARBOZA; COSTA, 2014). Marketing possui formas de atingir os consumidores que auxiliam no aumento da demanda de produtos prejudiciais ao bem estar individual e social que favorecem a indústria do cigarro, o consumo de bebidas alcoólicas e alimentos gordurosos (STEAD; HASTINGS; MCDERMOTT, 2007). Essas problemáticas relacionadas à sociedade estão inseridas no escopo de macromarketing, no que tange aos agentes de marketing e os comportamentos promulgados (BARBOZA, 2012 *apud* HUNT; BURNETT, 1982) e podem ser abordadas pelo conceito ampliado de marketing, cujo foco é social, utilizando-se dos mesmos princípios de marketing comercial para persuadir quanto a produtos sociais.

As discussões sobre um marketing ampliado para o social tiveram início em meados da década de 50. Em 1952, o sociólogo Wiebe estimulou o aprofundamento do marketing direcionado ao interesse coletivo em seu artigo - “*Merchandising Commodities and Citizenship on Television*” – com a pergunta provocativa: “*Por que a fraternidade não pode ser vendida como o sabão?*”, construindo indagações sobre a possibilidade de utilizar a

eficácia das ferramentas de marketing comercial em prol da sociedade (WALSH *et al.*, 1993; ANDREASEN, 2002). Segundo Walsh *et al.* (1993), Wiebe havia analisado quatro campanhas de cunho social e descoberto que, em verdade, as aspirações da sociedade podem ser vendidas por meio da aplicação criteriosa de técnicas comerciais.

Corroborando com esta visão, na década de 60, em 1969, Kotler e Levy publicaram no *Journal of Marketing* o artigo *Broadening the concept of marketing*, defendendo uma posição do marketing em uma perspectiva social nas suas relações de troca e a utilização de ferramentas mercadológicas para a disseminação de ideias que proporcionassem benefícios à sociedade. Posteriormente, Kotler e Zaltman em 1971, são considerados os percursores das contemporâneas discussões das raízes do que seria denominado por eles de “marketing social”, com a publicação do *Social Marketing: An approach to planned social change*, destacando a possibilidade de influenciar a aceitabilidade de ideias sociais, envolvendo o produto, planejamento, preço, comunicação, distribuição e pesquisa de marketing. Este artigo é considerado o marco inicial do marketing social (ANDREASEN, 2002).

O marketing social teve crescimento relativamente lento até meados da década de 80. Segundo Andreasen (2003), nessa época nos USA, acadêmicos de marketing permutaram o foco social para outros lugares, transformando-o em ‘o lado negro’ do mercado – constituído de problemas como exploração do consumidor, discriminação a consumidores desfavorecidos, regulamentação inadequada do mercado, degradação ambiental e assuntos semelhantes.

Na década de 70, Walsh *et al.* (1993) explicam que na América do Norte começou-se a colocar na mente das pessoas que elas deveriam melhorar a saúde do país e fazer mudanças duradoras em seus hábitos pessoais e estilo de vida: reduzindo o consumo de fumar e usar drogas, procurar serviços de triagem e saúde preventiva, modificar a dieta alimentar, praticar atividades físicas, além de alertar para ter cuidado em rodovias, relações sexuais sem proteção, com a exposição ao sol e saber lidar com raiva e estresse. Todos esses alertas se utilizariam das técnicas das ciências da gestão e de marketing comercial para persuadir em massa de forma eficaz.

Em 1985, a American Marketing Association reconheceu a importância do direcionamento para o bem estar coletivo e criou um nicho para marketing social no *mainstream* do seu conceito de marketing vigente a mais de 25 anos, incluindo a função de promover ideias (WALSH *et al.*, 1993). Ao longo das décadas seguintes, o interesse crescente e o uso dos conceitos, instrumentos e práticas de marketing social passaram da saúde pública e da segurança para os ativistas ambientais e comunitários (KOTLER; LEE, 2010).

De acordo com Andreasen (2002), durante desenvolvimento do marketing social pode ser percebida uma migração de sua identificação inicial com a comercialização de produtos que contribuem para a mudança social, como preservativos, para uma maior abrangência de suas potenciais áreas de aplicação, denotando uma transferência intersetorial de ferramentas de marketing comercial para o setor sem fins lucrativos. Desta forma, esta mudança de concepção mostra que marketing social objetiva influenciar comportamentos e não, fundamentalmente, promover ideias, mesmo que em alguns casos produtos estejam envolvidos no processo de mudança comportamental, o foco é utilizá-lo para desafios puramente de comportamentos a serem modificados como praticar exercícios físicos regularmente.

Com base na primeira definição de marketing social de Andreasen (1994), Gordon *et al.* (2006) destacam as suas quatro principais características: **primeira**, possui foco na mudança de comportamento voluntário ressaltando que não se trata de coerção; **segunda**, os comerciantes sociais incentivam a mudança pela aplicação do princípio da troca, o qual deve demonstrar um claro benefício para o cliente se for para a mudança acontecer; **terceira**, é recomendado a utilização de técnicas de marketing, como a pesquisa do consumidor, segmentação e foco no *mix* de marketing; e, **quarta**, o objetivo é o de melhorar o bem estar individual e da sociedade e não beneficiar a organizações, isso diferencia marketing social de outras formas de marketing.

Em consonância, Lee e Kotler (2011, p. 7) explicam que os princípios fundamentais no cerne dessa prática referem-se principalmente aos esforços voltados para influenciar comportamentos que vão melhorar a sociedade, de modo que “marketing social é sobre (a) influenciar comportamentos, (b) utilização de um processo de planejamento sistemático que aplica princípios e técnicas de marketing, (c) focando segmentos de público-alvo prioritários e (d) entregar um benefício positivo para a sociedade”.

Nesse sentido, marketing social tem os objetivos de influenciar o público alvo *aceitar* um novo comportamento (como fazer manutenção preventiva de equipamentos e utilizar EPIs); *rejeitar* um comportamento potencialmente indesejável (como começar a fumar); *modificar* um comportamento atual (como não usar de preservativo nas relações sexuais); e *abandonar* um comportamento antigo e indesejável (como o uso excessivo de álcool) (LEE; KOTLER, 2011).

Conforme Andreasen (2006, p, 10):

“Em todas as situações e para todas estas razões, a mudança social em última análise, resume-se a influenciar o comportamento voluntário do indivíduo - às vezes conseguir alguém para começar algo, alguém para parar, e ainda outros para apenas

continuar fazendo o que já estão fazendo”.

O marketing social depende da compreensão das necessidades, desejos, percepções, preferências, valores e barreiras do público alvo e na transformação dessa compreensão em um plano efetivo para alcançar os resultados de comportamentos desejados. Gerar mudanças de comportamento é um desafio semelhante ao enfrentado pelo setor comercial, não é satisfatório apenas criar um posicionamento inteligente rodeado de publicidade e um grande slogan (ANDREASEN, 2002). Não é suficiente pronunciar que as pessoas precisam de novo comportamento que será bom, a prova da insuficiência desta ação é que em cada maço de cigarros contém um alerta de que o fumo é prejudicial à saúde, mas isso não basta (KOTLER; LEE, 2010).

Segundo Walshet *al.* (1993), muitas vezes, marketing social é visto como sinônimo de campanhas publicitárias de massa para moldar atitudes, conscientizar e incentivar mudança de comportamentos, entretanto, os profissionais da área defendem que sua abrangência vai além da comunicação de massa, publicidade e relações públicas, mesmo que essas atividades façam parte do seu escopo. Nesse contexto, Hastings e Saren (2003) explicam que marketing social preenche a espaço que há entre o setor empresarial e o setor publico quando planejam ações de impacto para toda uma sociedade.

As ações de marketing social podem ser aplicadas sempre que existir um público-alvo e um comportamento a influenciar, tendo em vista quepreocupa-se com a aplicação dos conhecimentos, conceitos e técnicas de marketing para questões sociais e econômicas, bem como, com a análise dos resultados sociais das políticas, decisões e atividades de marketing (HASTINGS, 2007). Essas ações podem se referir ao incentivo de um comportamento realizado apenas uma vez (como fazer um exame de mama) ou à criação de um hábito e ao estabelecimento de um comportamento repetido (inserir na alimentação frutas e verduras) (KOTLE; LEE, 2010).

Segundo Kotler e Lee (2010), marketing social progrediu muito desde seu aparecimento o início dos anos 1970, impactando profundamente de forma positiva sobre impasses sociais como planejamento familiar, o uso do fumo, alcoolismo, gravidez na adolescência, HIV/AIDS, imunizações, câncer de pele e alfabetização, ademais, diversas campanhas de marketing social lidam com problemáticas recorrentes nas sociedades contemporâneas industriais, como obesidade, falta de exercício, distúrbios alimentares, beber antes de dirigir, uso do cinto de segurança em automóveis, porte de armas, conservação da água, lixo e conservação de energia.

O pensamento e as estratégias de marketing social, atualmente, estão entre no topo das soluções para melhoria da saúde em vários países, cuja força é atribuída à aplicação de seus princípios e estratégias de forma coordenada, sustentada e com esforço inovador (GRACIA-MARCO *et al.*, 2011). Holden e Cox (2013) afirmam que a saúde pública é uma parte dominante do marketing social, de fato, alguns dos seus primeiros esforços foram despendidos para educar o público sobre saúde. Essas atuações de marketing social em saúde pública embasam a elaboração e implantação de programas que visam a mudança de comportamento em benefício da sociedade, ausentes nas abordagens de promoção da saúde pública (GRIER; BRYANT, 2005)

2.4.2 Marketing Social para saúde pública

Marketing social se distingue pela sua ênfase nos chamados produtos "não tangíveis" (ideias, atitudes e mudanças de estilo de vida) ao contrário dos produtos tangíveis, representando um desafio aos profissionais de marketing social que precisam incentivar a adoção de novos comportamentos em troca de um benefício intangível e de longo prazo. Em um cenário de saúde pública, marketing refere-se a programas de promoção da saúde desenvolvidos para atender as necessidades dos consumidores, estratégicos para o alcance amplo e que aumentam a capacidade de mudanças comportamentos de risco em toda a população (LEFEBVRE; FLORA, 1988).

O marketing social surgiu na saúde pública como uma ferramenta poderosa que se utilizava de uma justiça poética contra sua própria essência de promover agressivamente o consumismo nocivo à sociedade para priorizar bem estar desta. Os primeiros esforços, em 1960 e 1970, aconteceram no terceiro mundo, em países da África, Ásia e América do Sul, com o objetivo de “comunicação para o desenvolvimento”, promovendo a imunização, planejamento familiar, reformas agrícolas e nutricionais. Os contraceptivos dominavam as ações de marketing social na época, com o intuito de alcançar uma distribuição mais ampla e mais eficiente dos produtos subsidiados. Assim, logo as técnicas de marketing foram incorporadas, como rádio e publicidade em grande escala para atingir um público de massa, com o tempo, isso propiciou ao marketing social o respaldo de uma abordagem para conservação e melhoria da saúde pública (WALSH *et al.*, 1993).

Conforme Peterson (2009), a saúde pública visa proteger a população de riscos, controlando-os por meio de programas para evitar epidemias. Nesse sentido, saúde pública preocupa-se em promover a saúde; prevenir doenças e deficiências; coletar e utilizar dados

epidemiológicos; vigiar a população; utilizar formas avaliativas quantitativas empíricas; reconhecer a natureza multidimensional da saúde; e, manter o foco nos fatores de influência - biológicos, comportamentais, sociais e ambientais -para o desenvolvimento de intervenções eficazes (PETERSON, 2009 *apud* CHILDRESS *et al.*, 2002).

Segundo Cheng, Kotler e Lee (2009), ao longo da evolução da sociedade, os principais problemas de saúde enfrentados vêm ocorrendo em diferentes níveis, em comunidades, países e em todo o mundo. Embora a ênfase colocada em cada um destes problemas possua nuances de acordo com o tempo e de país para país, todos são intrigantemente semelhantes, desenhando o quadro mundial de saúde pública que se conhece nos dias de hoje. A saúde pública consiste em esforços organizados para melhoria das condições de vida e saúde das populações, abrangendo atividades sem fins lucrativos realizadas pelo setor público e, por vezes, desempenhadas pelo setor privado (BIROSCAK *et al.*, 2013).

O marketing social possui a característica de se apossar do aprendizado proveniente marketing comercial e aplicá-lo na resolução de problemáticas sociais e de saúde pública. Nas próximas décadas, os agentes em saúde pública irão aprimorar este pensamento, em que o marketing social é usado para informar os programas de planejamento familiar e controle de doenças, e esses pensamentos e técnicas serão desenvolvidos e se espalharão pelo mundo, tornando-se centro da melhoria da saúde em vários países (STEAD; HASTINGS; MCDERMOTT, 2007).

A comunicação na saúde pública mostra-se como uma atividade primordial para difusão da melhoria do bem estar social, no entanto, é preciso perpassar a comunicação de mensagens, por isso, o marketing social tem sido identificado como competência necessária para profissionais de saúde para um melhor direcionamento na promoção da saúde, cuidados e disseminação ao público alvo, tornando estes profissionais capazes de selecionar grupos prioritários adequados; entender os determinantes do comportamento; estabelecer objetivos realistas; desenvolver estratégias integradas para influenciar comportamentos relacionados à saúde; e medir o grau de desempenho de sucesso das medidas tomadas (BIROSCAK *et al.*, 2013).

Nesse contexto, Gordon *et al.* (2006) ressaltam que Andreasen (2002) identificou seis parâmetros de referência essenciais para uma efetiva intervenção de marketing social. Esses *benchmark*s são denominados “*The Social Marketing National Benchmark Criteria (BC)*”, os quais são tidos como elementos de intervenção que determinam o que é consistente em marketing social, aplicando esses parâmetros em um esforço coordenado,

sustentável e inovador (GRACIO-MARCO *et al.*, 2011). Nestes termos, os 6 *benchmarks* são (1) *Mudança de comportamento*, concentra-se em mudar ou reforçar comportamentos específicos mensuráveis; (2) *Pesquisa do consumidor*, diferentes fontes para desenvolver uma melhor intervenção baseada nas experiências, valores e necessidades do consumidor; (3) *Segmentação e direcionamento*, intervenção direcionada para o segmento selecionado; (4) *Mix de marketing*, utiliza a combinação adequada de métodos e evita uma única abordagem metodológica; (5) *Troca*, considera os custos e os benefícios inerentes ao mudar o comportamento; e, (6) *Concorrência*, analisa os entraves que desencorajam a aquisição dos comportamentos desejados (GORDON *et al.*, 2006; GRACIO-MARCO *et al.*, 2011).

Nesse sentido, conforme Cheng, Kotler e Lee (2009), algumas abordagens utilizadas para promover práticas saudáveis podem ser vistas como tendências globais, considerando a utilização do marketing social aplicado a saúde pública como forma de intervenção efetiva para mudança de comportamentos prejudiciais ao ser humano, comumente notadas nos países que têm praticado esta solução. As dez tendências apontadas por estes autores são: a saúde pública tornar-se um tema global; integração de esforços de todos os níveis da sociedade; construção de parcerias em nome da causa; iniciativas corporativas sociais para apoiar as intervenções de marketing social; integração dos 4P's, integração de vários formatos de comunicação e mídia; *edutainment* (entretenimento educativo); prestar atenção aos ambientes social, cultural e regulatório; valorização da pesquisa de marketing e foco na mudança de comportamento.

Segundo Rothschild (1999), para marketing social para tentar controlar o comportamento é necessário criar alternativas direcionadas ao auto interesse voluntário, que é experimentado pelo indivíduo quando o consumo, de fato, ocorre. As pessoas tomam a decisão de negligenciar a saúde e fumar cigarros, as mensagens tentam conscientizar estes indivíduos, mas o que eles têm em troca do consumo real é a promessa de menor risco de doenças provenientes deste consumo em um tempo indeterminado, isso não representa nenhum retorno explícito, em detrimento a um resultado agradável de um consumo.

Desta forma ocorre uma falta de interesse em aceitar o “bom” negócio e o rejeitar o “mau”, porque as vantagens deste comportamento modificado não são percebidas pelo consumidor como do seu interesse por se observarem em um longo prazo de difícil visualização a este, por isso, por vezes, é preciso que haja lei para superar a percepção da falta de benefícios em relação a comportamentos de saúde pública (ROTHSCHILD, 1999).

A pesquisa sobre eficácia das intervenções de marketing social na saúde pública de Gordon *et al.* (2006) mostra que para nutrição, álcool, cigarro e drogas ilícitas, essas

intervenções demonstram-se mais eficazes, a despeito da prática de atividades físicas, destacando igualmente que diversos grupos (jovens, adultos, grupos étnicos e desfavorecidos) e contextos (escolas, trabalhos, igrejas, comunidades, supermercados e contextos midiáticos) apresentam-se eficazes neste tipo de intervenção, podendo ser restrita ou de larga escala, concluindo que marketing social manifesta-se como uma promissora intervenção para comportamentos de saúde.

Em saúde pública, marketing social preocupa-se com produtos de efeito negativo (tabaco, álcool ou violência de entretenimento), especialmente, direcionados a consumidores vulneráveis (crianças ou adolescentes em determinadas idades, mulheres, idosos, minorias étnicas ou populações de baixa renda), como a comercialização de alimentos e bebidas prejudiciais à saúde, que aumentam o risco de obesidade e outras doenças crônicas (GRIER; KUMANYIKA, 2010). O marketing social tem sido amplamente utilizado para solucionar problemáticas de saúde pública no mundo atingindo questões relacionadas à saúde com promessas de aumentar a importância do seu papel neste setor (CHENG; KOTLER; LEE, 2009).

2.4.3. Marketing social contra a obesidade

O uso do marketing social para promover hábitos alimentares saudáveis tem sido estudado nos EUA, Canadá, Austrália e Nova Zelândia, e na Europa, no Reino Unido, Dinamarca, Itália, Bélgica, Holanda, Noruega, Suíça, França e Alemanha (KAPETANAKI *et al.*, 2014). A América lidera os *rankings* dos continentes com maior número de crianças com sobrepeso e obesidade. Os EUA são o país que mais preocupa os profissionais, seguido pelo alto índice desta doença no Canadá, entretanto, os estudos apontam um crescente no aumento do peso das crianças brasileiras, que tem atraído a atenção de pesquisas internacionais para planejamento de ações contra a obesidade infantil (LOBSTEIN *et al.*, 2010).

Os hábitos alimentares envolvem diversos fatores, pois escolher o alimento para ingestão é um comportamento mais complexo do que se pode imaginar, influenciado por questões culturais, ocasiões especiais, questões políticas, fatores psicológicos, fatores biológicos, os custos ambientais e elementos sociais. Isso implica dificuldades para o sucesso de intervenções de marketing social em hábitos não saudáveis como dieta alimentar gordurosa e a falta de exercícios físicos, limitando, desta forma, resultados desejados (STEAD; HASTINGS; MCDERMOTT, 2007; KAPETANAKI *et al.*, 2014).

Deste modo, marketing social deve estar estrategicamente planejado para

enfrentar a mudança em comportamentos complexos que abrangem fatores macroambientais e causam tantos danos à sociedade como é o caso da alimentação e a consequência do aumento de peso desregrados. Para atingir a eficácia em ações de cunho social, acadêmicos e profissionais alertam para a necessidade de utilizar o *mixde marketing* focado no consumidor dos produtos sociais em uma perspectiva mais individual ou direcionada a o grupo específico, conferindo total importância ao foco no público alvo (GRIER; KUMANYIKA, 2010; KAPETANAKI *et al.*, 2014).

De acordo com Henley e Raffin (2010), marketing social focava em convencer o indivíduo a adotar comportamentos recomendados ao seu bem estar e da sociedade, cuja abordagem denomina-se “*downstream*”. Com a ampliação do pensamento para intervenções focadas na sociedade atual, o *framework* de marketing social foi incrementado para o alcance da mudança de determinantes sociais da saúde e segurança, buscando o comportamento individual almejado, por vezes, sem a cooperação consciente, que denominamos a abordagem “*upstream*”.

Nesse sentido, para o comportamento alimentar torna-se primordial a compreensão das suas influências multifacetadas, na perspectiva *upstream*, em nível da política e macroambiente, e *downstream*, como educação e informação, para combater a obesidade e doenças não transmissíveis relacionadas a questões alimentares (KAPETANAKI *et al.*, 2014).

No caso da obesidade infantil, a função *downstream* é assegurar que os indivíduos terão acesso a alimentos saudáveis (na cantina das escolas); informação e orientação nutricional (rotulagem de alimentos); e, instalações públicas para incentivo a atividades físicas (como praças com equipamentos de ginástica) (HENLEY; RAFFIN, 2010). Já a função *downstream* refere-se ao comportamento individual, sendo necessária uma intervenção mais próxima do indivíduo ou grupo que possui o comportamento indesejado. Sendo assim, de fato, é essencial que as campanhas de marketing social possuam alicerces de mudanças a nível cultural e social, considerando, desta forma, a complexidade atrelada ao comportamento alimentar e a mudança de comportamentos em geral.

As mensagens de incentivo a alimentação saudável precisam ser eficazes o suficiente para competirem com a promoção de alimentos ricos em açúcar, gordura e sal, produzidos por a indústria alimentícia. Essas empresas influenciam o consumidor a fazer escolhas incorretas para sua alimentação, tendo em vista que possuem notável poder a ponto de contaminar padrões culturais de ingestão, ocidentalizando-os e incentivando ao consumo dos *fast-foods*, por meio de um *mixde marketing* muito bem trabalhado de forma que o cliente

é afetado pela disponibilidade, preços e promoção do produto (KAPETANAKI *et al.*, 2014). Desta forma, a indústria de alimentos é vista como parte da solução do problema da obesidade (HASTINGS; SAREN, 2003).

As intervenções de marketing social são e sempre devem ser estruturadas a partir de base teórica relevante (KAPETANAKI *et al.*, 2014). Contudo, apenas o conhecimento teórico não é suficiente para o sucesso de ações de cunho social para promover mudança de comportamento, apesar de fornecer soluções inteligentes para problemáticas sociais sem medidas caras ou intelectualmente difíceis, marketing social precisa ser planejado com o objetivo de que o público alvo reconheça o comportamento incentivado como um produto de valor, que proporciona mais benefícios do que custos, podendo ser facilmente adquirido e satisfazendo uma necessidade interna ou desejo (HENLEY; RAFFIN, 2010).

De acordo com Stead, Hastings e Mcdermott (2007), estas intervenções podem produzir mudanças através de um amplo espectro de comportamentos, ao invés de atuar em apenas um foco comportamental estreito. Há implicações de custo-efetividade na produção de mudanças em vários comportamentos e fatores de risco por ser tudo ao mesmo tempo. Esta tarefa não é simples, mas pode ser operacionalizada. Programas de marketing social que dispõem esforços coordenados, sustentáveis e inovadores alcançam resultados importantes e atingem os *stakeholders* envolvidos no problema estudado (HENLEY; RAFFIN, 2010).

Nesse contexto, pode-se destacar o EPODE- Ensemble Prévenons l'obésité Des Enfants (Juntos pela Prevenção da Obesidade Infantil), um programa lançado em 2004 em comunidades francesas que ganhou a Europa pela sua abordagem coordenada e de capacitação com o intuito de reduzir a obesidade infantil por meio de um processo social em que ambientes locais, o cenário infantil e normas familiares são dirigidos e estimulados a facilitar a adoção de estilos de vida saudáveis em crianças, ou seja, o aproveitamento de uma alimentação saudável, atividades físicas e recreação (BORYS *et al.*, 2011).

Segundo Borys *et al.* (2011), percebeu-se que intervenções em escolas não eram suficientes para modificar a realidade da obesidade infantil, seria necessário a mobilização da população a nível de comunidade e escolas, associações de pais, estrutura dos serviços de saúde, governo e representantes do poder público, além das partes interessadas nos setores públicos e privados da sociedade. Deste modo, o EPODE é fundamentado na intervenção em dois níveis: (I) nível central (ministérios, grupos de saúde, organizações não governamentais e parceiros privados); e, (II) nível local (líderes políticos, profissionais de saúde, familiares, professores, ONGs locais e da comunidade empresarial local). A metodologia prevê o monitoramento e avaliação por meio de avaliações de resultados por indicadores de processo

e de saída a nível central, local e individual.

O programa direciona-se a crianças com idade entre 0-12 anos e suas famílias, bem como os atores locais, com iniciativas de longo prazo, realizadas passo a passo para gerar aprendizado com o objetivo de fomentar e promover estilos de vida saudáveis nas famílias de uma forma sustentável, adaptados às necessidades de todos os grupos socioeconômicos. Esta metodologia utiliza-se do marketing social como componente primordial para disseminação e promoção da ideia da prevenção e das ações a serem desempenhadas em função deste controle, evidenciando a necessidade de mobilizações conjuntas dos atores sociais para o alcance de um resultado efetivo no combate à obesidade na infância.

De fato, marketing social somente será eficaz quando combinado com outras iniciativas, como a educação, políticas, regulamentos e sua promoção, devendo estar ciente do contexto mais amplo e integrado de iniciativas de promoção da alimentação saudável e políticas. Por conseguinte, iniciativas políticas tais como o controle sobre a distribuição de produtos e a regulamentação da publicidade poderiam ocasionar aumento de comportamentos não saudáveis, ao passo que ações de marketing social em instituições de ensino, por exemplo, reduziram a percepção dos custos em adquirir uma alimentação saudável rodeada de hábitos saudáveis em detrimento do consumo de produtos saborosos, mas altamente prejudiciais à saúde da população (KAPETANAKI *et al.*, 2014).

Segundo Witkowski (2007), pode-se argumentar que a obesidade é um problema social que requer soluções públicas de imposição de limites sobre as práticas de marketing de alimentos, assim os agentes de defesa de saúde pública argumentam que as nações em todos os lugares precisam desenvolver imediatamente os programas de prevenção e controle da obesidade. O marketing social destaca-se como uma forma efetiva e eficaz de intervenção e disseminação de ideias que impulsionam a adoção de comportamentos necessários para parar o crescimento do excesso de peso constatado em todo o mundo.

O potencial negativo do marketing não pode ser ignorado, sua influência tem impacto nos comportamentos das pessoas relacionados à sua saúde. Segundo Stead, Hastings e McDermott (2007), este impacto foi estudado sistematicamente, e foram encontradas evidências de que a promoção de alimentos tem um efeito sobre as crianças, especialmente nas áreas de preferências alimentares, compra e comportamento de consumo. É importante destacar que esta implicação independe de outros fatores, tais como as atitudes dos pais, e atrelado ambos a marca e nível de categoria (STEAD; HASTINGS; MCDERMOTT, 2007). Assim, o marketing social pode se direcionar a educação de crianças para que compreendam quais são os comportamentos saudáveis e desejáveis para o seu bem estar.

2.4.4 Marketing social para crianças

Há muito tempo, os profissionais de marketing reconheceram o potencial econômico do mercado infantil (MOORE, 2004). As crianças são vistas como um mercado primário, consumidores que gastam seu próprio dinheiro com seus desejos e necessidades. Elas são vistas ainda como um mercado de influência, direcionando o gasto dos seus pais em seu benefício próprio e como um mercado futuro, para os bens e serviços que utiliza em sua infância fornecerá um fluxo de novos clientes ao atingirem a idade adulta. Assim, quando consideradas em conjunto – primário, influência e futuro – possuem maior potencial de consumo no mercado do que qualquer outro grupo demográfico (MCNEAL, 2000; HASTINGS; CAIRNS, 2010).

Nesse contexto, as crianças tornaram-se o alvo da maioria das indústrias de bens de consumo, através da utilização de estratégias comerciais. No entanto, as organizações cada vez mais têm utilizado estratégias bem estruturadas para oferecer produtos sociais como religião, educação e saúde. Para a comercialização de produtos sociais direcionados às crianças é presumida uma base semelhante à de produtos comerciais, tendo em vista que crianças podem, como um mercado primário, consumir produtos sociais através do investimento de seu próprio tempo, esforços e dinheiro, influenciando seus pais na obtenção de produtos sociais, e possibilitando a formação de hábitos de consumo em relação a produtos sociais na infância, os quais serão refletidos nas práticas da fase adulta (MCNEAL, 2000).

De fato, para as crianças, muitas técnicas de marketing são utilizadas com fins comerciais. Todavia, os princípios e técnicas utilizadas podem ser utilizados por organizações não comerciais para vender produtos sociais, tais como instituições de caridade, reciclagem e melhoria da saúde, nestes casos, são chamados, em um sentido mais restrito, de marketing social. Há uma vasta literatura que descreve práticas de marketing social, muitas vezes, para produtos específicos, como saúde, educação e meio ambiente, mas muito poucos deles se concentram em crianças como um mercado alvo. Nesse sentido, marketing social poder ser como alvo qualquer membro da sociedade e os seus agentes de socialização, incluindo seus filhos (MCNEAL, 2000).

De acordo com Hastings e Cairns (2010), os efeitos negativos de marketing são notórios no incentivo ao consumismo que implica na obesidade infantil, mas que esta comercialização obesogênica deve ser reduzida por meio da aplicação do marketing social

para combater a doença. Marketing tem muito a oferecer na luta contra a obesidade infantil por envolver desenvolvimento, distribuição, preço e promoção de alimentos e ser extremamente persuasivo, tendo em vista que a comercialização pode ser tida como parte da solução quando em mãos corretas, como na saúde pública incentivando o consumo de suco de frutas e alimentos saudáveis (HASTINGS; CAIRNS, 2010). Os autores ressaltam que a comunidade de saúde pública possui motivações sociais e econômicas para investimento em ações que influenciam o comportamento de compra e consumo de crianças, considerando que elas são os adultos do futuro.

As intervenções de marketing social focam em tendências de melhoria projetadas para incentivar crianças e adultos a adquirirem comportamentos corretos – a oferta de valor – como alimentação saudável, cozinhar e fazer exercícios físicos, bem como orientá-los de seu poder de escolha no momento de aceitar ou rejeitar um alimento não saudável. Assim, Hastings e Cairns (2010) explicam que, devido à eficácia das ações de marketing social estarem relacionadas à adesão voluntária do público alvo, suas intervenções em saúde pública devem ser envolventes, sedutoras e persuasivas, assim como, as promovidas para comercialização de produtos deletérios.

Nestes termos, McNeal (2000) resalta a importância do desempenho do papel do consumidor para o seu bem estar básico. Isto conduz os pais a incentivarem logo cedo seus filhos a desempenharem este papel de consumo na sociedade, deixando-os decidir compras no início da vida observando as atividades e até sugerindo compras quando são capazes de articulá-las, ofertam-lhe a oportunidade de tornarem-se capazes de realizar escolhas de produtos dando-lhes dinheiro para gastar e ensinando-lhes noções da despesa. Os pais são agentes primários de socialização das crianças, influenciando seus padrões de comportamento de consumo, resultante também de outras interações, como na escola, onde as crianças recebem opiniões de seus colegas sobre o que vestir, comer e beber (MCNEAL, 2000).

A influência das crianças sobre os gastos dos pais inicia em torno de dois anos, quando a criança obtém tudo que deseja, mas não podem pagar com seu próprio dinheiro, incluindo os principais itens para as suas famílias como TV, aparelho de som, móveis e as férias. Segundo dados do autor, as crianças exercem maior influência no consumo de alimentos e bebidas, entretenimento, automóveis, vestuário, eletrônica, saúde e beleza e outros itens não especificados, respectivamente (MCNEAL, 2000).

Segundo Hasting e Cairns (2010), de fato, os pais afirmam que marketing possui substancial influência sobre seus filhos, percebendo a comercialização de alimentos como um direcionador de pedidos nas crianças, atuando tanto no incentivo a alimentação não saudável

quanto como barreira para nos esforços de incentivo a escolhas alimentares saudáveis, e representando ainda, uma fonte de conflito entre pais e filhos.

Nesse sentido, com relação ao consumo, os esforços de marketing possuem crianças como alvo, ensinando-lhes um comportamento específico de consumo, de forma que as lojas, os anúncios, as promoções, as embalagens e outras comunicações de marketing são importantes fontes de informações para elas (McNEAL, 2000). As crianças e jovens são usuários efetivos das mídias e os primeiros a adotarem tecnologias, assim as campanhas de marketing adquiriram meios de comunicação eficiente para entrar nas casas e vida das crianças (CALVERT, 2008).

A televisão ainda é o caminho mais utilizado pelas empresas para chegar até as crianças, contudo as empresas têm explorado outros meios como revistas, quadrinhos, amostra grátis, brindes, embalagens com sistema de fidelização e com personagens e programas licenciados (CAIRNS *et al.*, 2013), bem como aparelhos eletrônicos para atingir este público, como celulares, plataformas de jogos, banners online em sites infantis e outros dispositivos digitais (CALVERT, 2008; CAIRNS *et al.*, 2013). Por muito tempo a televisão foi base da publicidade para crianças e jovens, o aumento dos canais de televisão proporcionou o contato com cerca de 40.000 anúncios a cada ano, comercializando os mais diversos produtos, divididos entre brinquedos, restaurantes *fast-food*, dentre outros, entretanto, o foco publicitário ampliou seus canais invadindo os meios online para promover os mesmos tipos de produtos (CALVERT, 2008).

Conforme McNeal (2000), crianças gastam seu dinheiro em uma ampla gama de itens, incluindo produtos e serviços socialmente indesejáveis como alimentos não saudáveis, atividades que exigem pouca energia, brincar e possuir itens de entretenimento que são violentos e drogas ilícitas. Organizações sociais procuram direcionar estes comportamentos de consumo das crianças, geralmente através de seus pais, na tentativa de transformação, levando-os a fazer mais exercício, assistir menos televisão e ingerir refeições equilibradas.

As crianças têm maior potencial de marketing social como uma influência do mercado, pressionando os pais para dedicar tempo, dinheiro e energia para lidar com os problemas sociais, incluindo aquelas relacionadas às próprias crianças, facilitando o acesso a famílias que trabalham a maior parte do tempo. Algumas vezes, as causas sociais tentam recrutar crianças, embora inexperiente, para contribuir com seu tempo em problemas sociais, como limpeza e plantio de árvores, conscientizando-as dos problemas existentes na sociedade (MCNEAL, 2000).

Nestes termos, as escolas representam um importante canal de influência para as

crianças, que por sua vez podem ser um canal de influência para adultos (pais, avós, responsáveis). Assim, o marketing nas escolas é, provavelmente, a influência principal para causas sociais que têm como alvo as crianças. Projetos de cunho social benéficos ao convívio daquela criança, apresentados por elas aos seus pais, que se preocupam com seus futuros, são susceptíveis a maior aceitação, de forma que informações sobre saúde dos filhos, educação e segurança, além de novas informações, repassados pelas crianças têm maior atenção dos pais. Este processo é denominado de "socialização reversa do consumidor", no sentido de que as crianças, em vez de seus pais, são os agentes de socialização. Neste processo, como canal eficaz de causas sociais, a promoção de campanhas sociais estende-se a escolas, chegando até as crianças e, conseqüentemente, nos pais e outros adultos (MCNEAL, 2000).

Conforme Calvert (2008), nas escolas, as práticas de comercialização e marketing se baseiam na venda alimentos "competitivos", por meio de máquinas de venda automática e comidas *fast-food*, por exemplo, para competir com comidas preparadas em refeitórios ou levadas de casa, além de materiais, palestras e eventos patrocinados por empresas da indústria de alimentos. As escolas sabem das limitações da criança, e, por isso, tem promovido ações de literacia midiática para melhor informar as crianças, entretanto, em um ambiente escolar propício ao consumo de produtos não saudáveis, este tipo de ação não tem efetividade. O outro lado do contexto é que os alimentos competitivos, calóricos e com baixo valor nutricional, são uma fonte de receita para as escolas, que permitem que as empresas que vendem em seus ambientes, comercializem alimentos e bebidas prejudiciais à saúde e contributivos para a atual epidemia da obesidade na infância.

O comportamento do consumidor infantil é de tamanha importância que pode beneficiar os interesses de vários comerciantes sociais, como governo, educação, religião e saúde. O pressuposto dominante é que as crianças desenvolvem padrões de comportamento de consumo indesejáveis que podem ser corrigidos facilmente na infância através de uma intervenção adequada e, portanto, contribuir para o bem-estar das crianças e para a sociedade em geral no momento em que as crianças atingirem a fase adulta (MCNEAL, 2000).

Sumariamente, as crianças consomem alguns produtos, serviços e ideias negativos, influenciando na sua vida adulta e impactando negativamente para a sociedade. Desta maneira, McNeal (2000) evidencia que o produto principal de marketing social para crianças é a informação - informação sobre consumo incorreto, confirmando sua inadequação ao bem estar e demonstrando maneiras de transformá-lo, oferecendo informações sobre como consumir de forma correta as coisas certas e explicando o porquê eles estarem certos, com o objetivo básico e principal do marketing social de mudar padrões de comportamento

negativos e torná-los positivos para o indivíduo, seja esta criança ou adulto, e para a sociedade em geral.

2.5 FATORES DE INFLUÊNCIA DA OBESIDADE INFANTIL: O QUADRO PANORÂMICO

A obesidade infantil é um problema que envolve diversos atores sociais e que demanda soluções multidisciplinares para conter suas consequências (LOBSTEIN; BAUR; UAUY, 2004; STEWART, 2010). A absoluta maioria das referências sobre o problema da obesidade infantil postula a prevenção como o melhor tratamento e a solução chave para o controle e redução da epidemia no mundo, através da detecção precoce e intervenção efetiva de forma que a doença não se desenvolva na criança (e.g. MURRAY; BATTISTA, 2009; ZENZEN; KRIDLI, 2009; TUCKER, 2009; ALMEIDA FERREIRA, 2010; GORTMAKER, 2011; MARIE NG *et al.*, 2013). Diversos fatores influenciam no aumento do peso e crescimento da obesidade em crianças, alguns destes fatores são tidos como antecedentes à doença, eles propiciam o aparecimento e a permanência dos sintomas no público infantil (LOBSTEIN; BAUR; UAUY, 2004; MURRAY; BATTISTA, 2009).

De acordo com as seções anteriores é possível perceber que distintos e diversificados fatores microambientais e macroambientais contribuem para o surgimento e a prevalência do sobrepeso e da obesidade em crianças. Entretanto alguns comportamentos são apontados como determinantes desta realidade, podendo ser vistos como fatores antecedentes ou preditores. As causas comumente destacadas para o controle da obesidade infantil são apontadas de forma recorrente pela maioria dos autores e envolvem, principalmente: **a escola**, com políticas saudáveis; **a família**, por meio do convívio com pais e seus hábitos e exemplos; **a dieta alimentar**, inserção de frutas e vegetais e redução de alimentos calóricos, **a atividade física**, que tange os pais, escola e políticas públicas, ambos através do incentivo, condições ambientais e educacionais e, além disso, as variáveis sustentadas pelo **marketing de alimentos**, necessidade de **políticas públicas do governo** e as **mudanças** nos costumes, comportamentos e condições estruturais da sociedade (LOBSTEIN; BAUR; UAUY, 2004; MURRAY; BATTISTA, 2009). Vale salientar que a identificação de comportamentos que podem condicionar ao ganho de peso e à obesidade e o foco da prevenção da doença concentram-se nestes fatores.

Os antecedentes citados podem ser agrupados em **dimensões** que são categorizadas em **fatores**, os quais possuem **subfatores** relacionados a sua abrangência, contemplando influências significativas a predição da obesidade em crianças, especificadas no

quadro 4e utilizadas para delineamento do estudo.

Como observado, diversos fatores implicam o aumento e prevalência da doença entre crianças. Assim, para o combate à obesidade infantil é necessária uma ação sistemática que alcance os diversos aspectos envolvidos no desenvolvimento da epidemia, exigindo uma movimentação de cunho social que contemple várias esferas da sociedade, comprometidas com a mudança de comportamento e hábitos que conduzem à situação atual vivenciada no país. Ademais, é necessária a criação e implementação de políticas públicas eficazes e a conscientização da população a respeito dos malefícios causados pela obesidade desde a fase inicial da vida.

Quadro 2.4 - Dimensões, fatores e subfatores relacionados a epidemia da obesidade infantil.

Dimensões	Fatores	Subfatores	Autores
Microambiental	Família	Pais	Lobstein; Baur e Uauy (2004); Tabacchiet <i>al.</i> (2007); Adair (2008); Bruget <i>al.</i> (2010)
		Licenciosidade	Ebbeling, Pawlak e Ludwig(2002); Birch e Fisher (1995); Patrick <i>et al.</i> (2005);Hubbs-Taitet <i>al.</i> (2008)
		Incentivo direto	McNeal (2000); Kumanyika (2008); Harris e Ramsey (2014)
		Comportamento de exemplosdos pais relacionados à alimentação, atividades físicas e tamanho do corpo.	Ebbeling, Pawlak e Ludwig(2002); Lobstein; Baur e Uauy (2004); Tabacchiet <i>al.</i> (2007); Gibson <i>et al.</i> (2007)
	Dieta Alimentar	Insuficiência de frutas e verduras	Lobstein; Baur e Uauy (2004); Wofford (2008); Bruget <i>al.</i> (2010);
		Aumento de ingestão de alimentos calóricos e bebidas açucaradas	Ebbeling, Pawlak e Ludwig(2002); Ludwiget <i>al.</i> (2001); Gibbset <i>al.</i> (2010)
		Tipos de alimentos disponíveis em casa (pais)	Kumanyika (2008); Harris e Ramsey (2014);
		Hábitos alimentares e hábito de comer fora de casa	Gahagan (2004); Kumanyika (2008)
		Aumento da ingestão de comidas <i>fast-food</i>	Katzmarzyket <i>al.</i> (2008)
	Práticas de atividades físicas	Sedentarismo	Ebbeling, Pawlak e Ludwig(2002); Settler, Signer e Suter (2004); Lobstein, Baur e Uauy (2004); Limbers <i>et al.</i> (2008)
		Participação em atividades esportivas	Ebbeling, Pawlak e Ludwig(2002); Baur e O'connor (2004)
		Espaços físicos disponíveis para	Ebbeling, Pawlak e

		práticas de exercícios	Ludwig(2002); Kumanyika (2008)
		Tempo de exposição à eletro e eletrônicos (Televisão, <i>video game</i> , tablet, computador e celular)	Maffeis e Castellani (2007); Limberset <i>al.</i> (2008)
	Interações sociais	Interações em torno da comida	Lobstein, Baur e Uauy (2004); Kumanyika (2008)
		Grupos de referência que influenciam no consumo	McNeal (2000); Lobstein, Baur e Uauy (2004); Cruwyset <i>al.</i> (2015)
	Escola	Relações com a comunidade escolar	Pratt, Stevens e Daniels (2008); Jaime e Lock (2009); Gortmakeret <i>al.</i> (2011); Jansenet <i>al.</i> (2015)
		Alimentos disponíveis na cantina (políticas saudáveis)	Gahagan (2004); Jaime e Lock (2009); Gortmakeret <i>al.</i> (2011)
		Incentivo e infraestrutura oferecidos para atividades físicas (políticas saudáveis)	Zenzen; Kridli, 2009; Jaime e Lock (2009); Gortmakeret <i>al.</i> (2011)
		Programas de educação para o consumo (políticas saudáveis)	Zenzen; Kridli, 2009; Jaime e Lock (2009); Gortmakeret <i>al.</i> (2011)
	Genética	Obesogenes	Tabacchiet <i>al.</i> (2007)
Macroambiental	Marketing de alimentos	Publicidade e propagandas direcionadas a criança e ao estímulo do seu consumo.	McNeal (2000); Witkowski (2007)
		Associação de personagens infantis a alimentos não saudáveis em embalagens e dentro de lanches.	McNeal (2000); Witkowski (2007); Kraak e Story (2014)
		Utilização de canais de comunicação infantis para exposição de alimentos calóricos e produtos que impulsionam o sedentarismo	McNeal (2000); Witkowski (2007); Hassan e Daniyal (2013)
	Políticas Públicas	Políticas para regulamentação de práticas publicitárias direcionadas à criança.	Kumanyika (2008); Witkowski (2007)
		Políticas de controle e conscientização da obesidade infantil em regiões e no país.	Lobstein, Baur e Uauy (2004); Tabacchiet <i>al.</i> (2007); Kumanyika (2008);
		Políticas educacionais contra a Obesidade infantil na sociedade, em escolas e junto às famílias.	Lobstein, Baur e Uauy (2004); Tabacchiet <i>al.</i> (2007); Kumanyika (2008);
		Oferecimento de condições estruturais e médicas para prevenção e conscientização contra a obesidade na infância.	Ebbeling, Pawlak e Ludwig(2002); Lobstein, Baur e Uauy (2004); Tabacchiet <i>al.</i> (2007); Kumanyika (2008);
	Mudanças culturais e econômicas	Globalização de mercados e padrões de desenvolvimento econômico.	Lobstein, Baur e Uauy (2004); Tabacchiet <i>al.</i> (2007); Witkowski (2007); Robinson e Field (2015); Wofford (2008)
		Aumento da produção de alimentos processados	Lobstein, Baur e Uauy (2004); Witkowski (2007);
		Desenvolvimento das mídias	Lobstein, Baur e Uauy (2004); Witkowski (2007)

		Mecanização	Lobstein, Baur e Uauy (2004); Witkowski (2007)
		Maior acessibilidade a bens e serviços.	Lobstein, Baur e Uauy (2004); Witkowski (2007)
		Melhoria nas rendas familiares e níveis de consumo.	Lobstein, Baur e Uauy (2004); Witkowski (2007)

Fonte: Elaborado pela autora (2015).

Assim, tendo em vista a atuação do marketing voltado para causas sociais com a mudança de comportamentos negativos que ameaçam o bem-estar social e diante da necessidade de disseminação da situação da obesidade na infância e de medidas de controle e prevenção, o marketing social demonstra ser a forma de intervenção mais viável à complexa busca de alternativas para facilitar e incentivar a mudança para comportamentos positivos com relação ao equilíbrio da energia consumida e gasta por crianças (WITKOWSKI, 2007), por fornecer mais do que informações, alcançando elementos do *mix* de marketing. Desta forma, para causas em benefício do outro, como as causas pessoais de saúde e causas de aprimoramento social, há autores que recomendam que nestes casos, “os comerciantes sociais devem definir a modificação proposta, que pode ser uma mudança de valores, crenças, afetos, comportamento ou alguma mistura” (KOTLER; ZALTMAN, 1971, p. 5), encaixando plenamente com a questão ampla que envolve a obesidade infantil.

2.6 MODELO DA PESQUISA

Com base na literatura, observamos que a obesidade é uma doença crônica não transmissível com proporções epidemiológicas em todo o mundo, que possui diversos métodos de detecção dos mais simples aos mais sofisticados, mas de cura e controle difíceis e complexos por se tratar de uma consequência de comportamentos e escolhas durante a vida, na significativa maioria das vezes, e envolver múltiplos atores e setores do ambiente social que influenciam direta e indiretamente na doença. Isto implica na necessidade de uma solução multisetorial que integre os diversos fatores de influência para prevenção, controle e redução do número de pessoas afetadas, em especial o número de crianças, que demonstra expressivo crescimento ao longo dos anos e preocupa os agentes sociais por se caracterizarem como um público de alto consumo, um mercado futuro e por levarem seus hábitos e comportamentos para a vida adulta, podendo ser obesos da infância até a fase adulta.

Deste modo, identificamos quais os fatores e apontados pela literatura e os classificamos para compreender de forma panorâmica e sistemática as suas influências na obesidade infantil. O ambiente cotidiano dita que hábitos e comportamentos a criança terá e o

ambiente externo influencia diretamente em algumas situações e indiretamente por meio da evolução da sociedade e de suas necessidades.

No microambiente que circunda a criança, observamos a presença efetiva da influência da família, principalmente na pessoa dos pais com seus comportamentos, licenciosidade, exemplos e incentivo (LOBSTEIN; BAUR; UAUY, 2004; TABACCHI *et al.*, 2007); a dieta alimentar adotada, com a ausência de produtos saudáveis e presença de produtos não saudáveis, os tipos alimentos disponíveis em casa, a prática de comer fora de casa e a ingestão de *fast-food* (KUMANYIKA, 2008); as práticas de atividades físicas, atingindo o sedentarismo, prática regular de exercícios e tempo de exposição à aparelhos eletrônicos (LOBSTEIN; BAUR; UAUY, 2004); a socialização da criança em torno da comida e a influência dos grupos de referência (MCNEAL, 2000); a escola como ator importante de incentivo, controle e orientação à alimentação e práticas de atividades físicas (GORTMAKER *et al.*, 2011); e, fatores genéticos, que não foram contemplados por se tratar de uma pesquisa da área social com aplicação a mudança de comportamentos, que difere de alterações genéticas (TABACCHI *et al.*, 2007).

No macroambiente, identificamos como impulsionadores da obesidade, o marketing da indústria de alimentos, na publicidade e propagandas direcionadas ao imaginário infantil, bem como com a presença de personagens infantis nos canais de comunicação, embalagens e em práticas mercadológicas para venda (MCNEAL, 2000; KUMANYIKA, 2008); o papel das políticas e intervenções públicas para conscientização e educação do consumidor, controle e, ainda, oferta de condições estruturais e médicas para o cuidado (LOBSTEIN; BAUR; UAUY, 2004); e, as mudanças socioeconômicas e culturais ocorridas com a evolução da sociedade como ao aumento da comercialização de alimentos processados devido à falta de tempo e o desenvolvimento das mídias que proporcionaram, mesmo que indiretamente, o avanço da doença (WITKOWSKI, 2007).

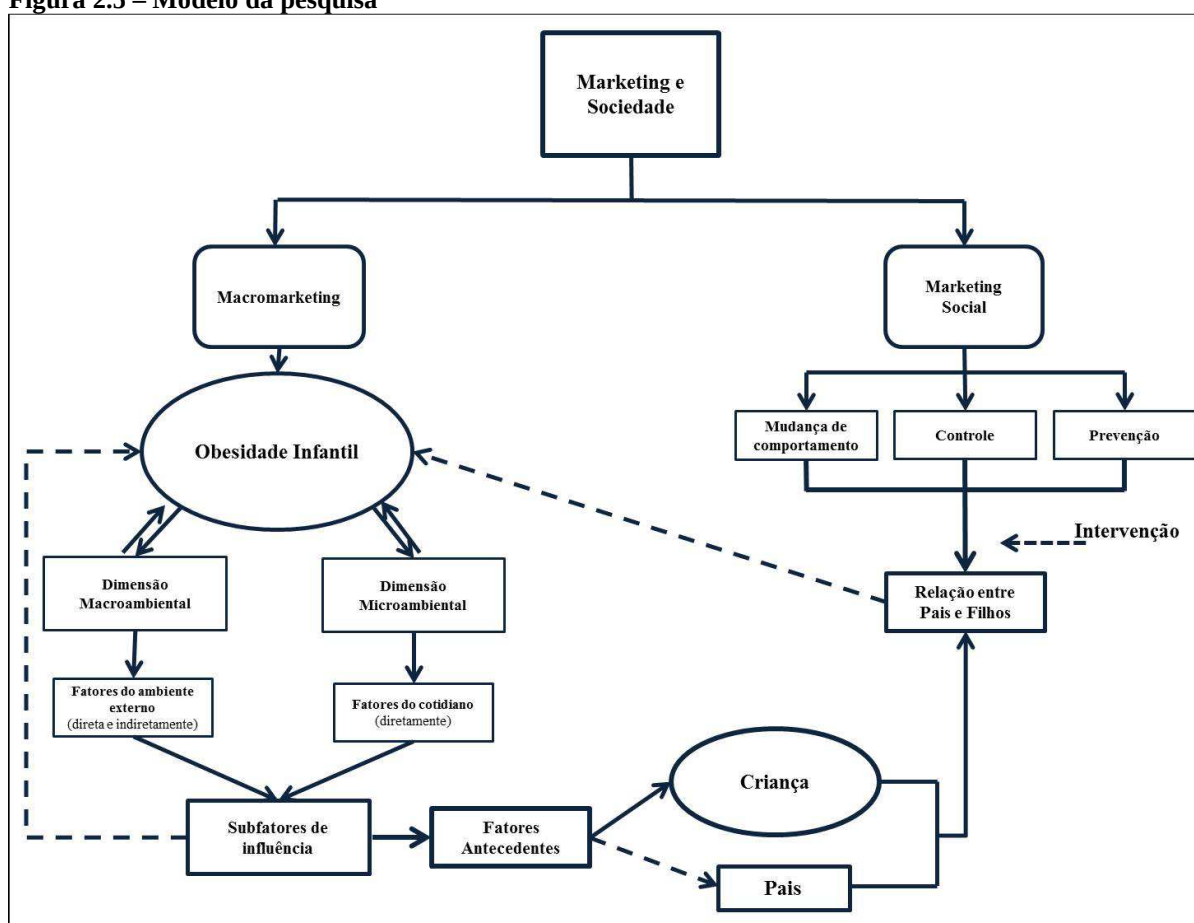
Desta forma, a pesquisa considerou todos os fatores em seu escopo para compreender como eles se relacionam e influenciam na relação entre pais e crianças com sobrepeso ou obesidade infantil no combate a doença e adoção de comportamentos positivos de forma voluntária para mudança desta realidade na percepção dos pais.

Esta pesquisa preconiza que a obesidade infantil é um problema social de saúde pública que afeta o bem estar da coletividade desde os seus custos econômicos até os custos sociais, sendo assim, abordado pelo escopo dos estudos para o provisionamento da sociedade, o macromarketing, em prol de uma melhoria das condições de vida pelos indivíduos. Entendemos que em decorrência das ações incisivas de marketing comercial de incentivando

o consumo alimentar direcionadas ao público infantil, o sobrepeso e a obesidade na infância cresceram, atingindo um grande número de crianças em torno do mundo, sendo responsabilidade de marketing intervir de forma eficaz para reversão do problema. Para esta ação de intervenção no contexto brasileiro, sugerimos o marketing social que se utiliza dos princípios estratégicos e planejados de marketing comercial para vender produtos sociais que beneficiem os indivíduos e a sociedade. Nestes termos, constituímos assim o modelo conceitual da pesquisa que fundamenta a fase empírica, como pode ser analisado na Figura 2.6.

O modelo apresenta o macromarketing como o contexto de base do estudo onde serão mediadas as ações de marketing comercial incentivadora do consumo desregrado (BAKER *et al*, 2005) e prejudiciais ao bem estar coletivo (HASTINGS, 2007), no papel da criança, e as ações de marketing social contra a este tipo de promoção e a favor da mudança dos comportamentos (KOTLER; ZALTMAN, 1971) incentivados pela consumismo mercadológico observado nas práticas comerciais.

Figura 2.5 – Modelo da pesquisa



Fonte: Elaboração própria (2015).

Macromarketing refere-se ao sistema agregado de marketing e o impacto que produz na sociedade (WILKIE; MOORE, 2012), suas questões centrais envolvem as proeminentes interações entre a tríade mercado, marketing e sociedade (WITKOWSKI, 2010), e compreende plenamente os benefícios que os sistemas modernos de comercialização podem trazer, bem como, os malefícios, sendo necessária uma vigilância constante de suas ações, pois, segundo Witkowski (2010), o macromarketing tem o propósito de salvar o mundo, salvar o mundo do marketing e salvar marketing de si mesmo.

Nesse sentido, a obesidade infantil, que é vista como um problema inserido nas demandas de macromarketing (WITKOWSKI, 2007) em consequência das iniciativas comerciais de marketing na sociedade, desenvolve-se, entre outros aspectos, pela prática de comportamentos e hábitos degradantes e de contribuição para o predomínio da doença no organismo, decorrentes de escolhas incorretas, falta de orientação e adoção de comportamentos negativos voluntariamente, os quais podem sofrer intervenção por parte do marketing social no sentido de mudar esta realidade social epidemiológica.

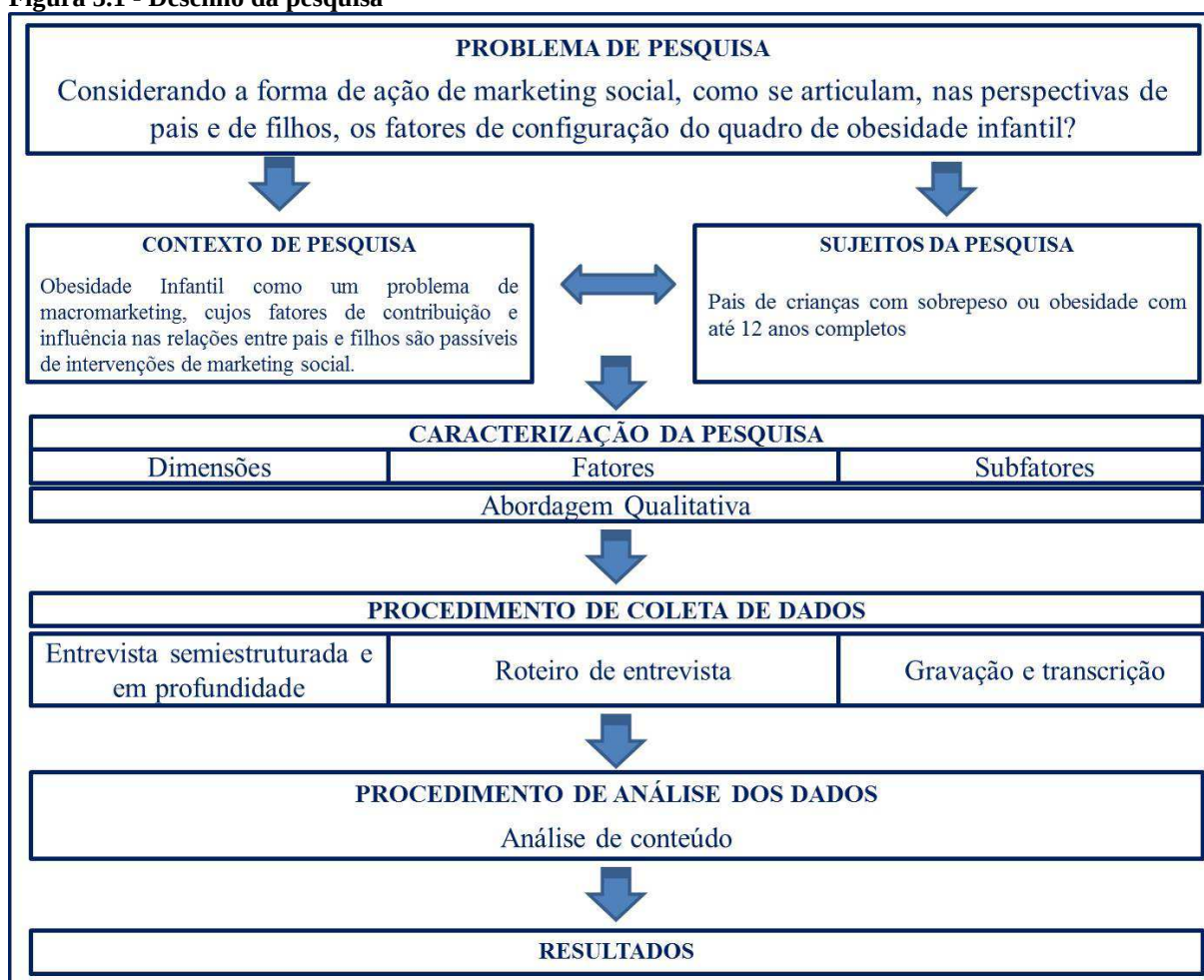
Assim, marketing social é agente de mudança na sociedade (ANDREASEN, 2003), sendo preciso utilizá-lo de forma estratégica baseada nas lacunas existentes no mercado. Para tanto, nos propomos a compreender os fatores de influência da obesidade na infância como forma de fundamentar as ações de marketing social, contribuindo para sua eficácia na conscientização e combate, bem como na prevenção da doença, que segundo Dietz(2010), é a melhor solução para controlar e reduzir o número de crianças afetadas. Deste modo, marketing social é sobre fazer os indivíduos perceberem a necessidade de mudança por parte dos sujeitos que adotam os comportamentos a serem modificados, apresentando o desafio de sobrepor o interesse pessoal em prol do ganho da coletividade (SZTOMPKA, 2005).

Dessa forma, relacionando os conceitos abordados e suas interrelações para aprofundamento e estudo da problemática de marketing apresentada na pesquisa, o capítulo sobre referencial teórico dar-se por concluído, sendo possível o delineamento dos métodos de pesquisa utilizados para alcance dos objetivos propostos.

3.PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O objetivo deste capítulo é detalhar os procedimentos metodológicos utilizados para esta pesquisa. Primeiramente, a definição da pesquisa é apresentada, seguida pelos sujeitos da pesquisa, a delimitação dos fatores analisados com relação à abordagem da temática proposta, os procedimentos de coleta dos dados que foram discutidos, e por fim, como se configurou a análise dos resultados. Estes procedimentos estão descrito por completo na Figura 3.1 a seguir.

Figura 3.1 - Desenho da pesquisa



Fonte: Elaboração própria (2015).

3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Conforme indicado na introdução, o estudo objetiva investigar o problema da obesidade infantil sob uma perspectiva de Macromarketing, buscando compreender os fatores que contribuem para a doença e como influenciam nas relações entre pais e filhos. A pesquisa possui **caráter exploratório**, a partir do objetivo de delinear como se configuram os comportamentos contributivos para o crescimento da obesidade infantil no Brasil, com o intuito de basear intervenções eficazes em uma abordagem de marketing social para promover a mudança. A pesquisa exploratória ajuda no diagnóstico das dimensões dos problemas que envolvem o contexto estudado, proporcionando uma visão mais assertiva de como estabelecer prioridades para as soluções a serem implementadas (ZIKMUND, 2006).

Nesse contexto, a **abordagem qualitativa** “lida com falas ou palavras em vez de números, isso não significa que seja destituída de mensuração ou que não possa ser usada para explicar fenômenos sociais” (POPE; MAYS, 2009, p.13). A pesquisa qualitativa analisa os significados atribuídos às experiências das pessoas no mundo real, interpretando-os por meio de questionamentos relacionados à como as pessoas compreendem os fenômenos sociais em seu ambiente natural, podendo ser investigados a partir de diversos métodos instituídos qualitativos (POPE; MAYS, 2009).

Desse modo, para esta pesquisa, utilizamos o método de entrevista semiestruturada em profundidade, que se aprofunda nas experiências de vida, atitudes e valores do sujeito, sendo centralizada sobre um tema, categorias e fatores, aliada à exigência de aprofundamento da manifestação dos fatores e de seu alcance para o mundo da vida do sujeito (SILVA; GODOI; BANDEIRA-DE-MELO, 2010). Assim, acreditamos que o método proposto atende as necessidades demandas pelos objetivos da pesquisa.

3.2. SUJEITOS DA PESQUISA

Com o propósito de atender aos objetivos do estudo, os sujeitos da pesquisa são pais e/ou responsáveis de crianças com sobrepeso e/ou obesidade. Segundo a Lei nº 8.069, criança é a pessoa até doze anos de idade incompletos (BRASIL, 1990), no entanto a pesquisa considerou crianças com 12 anos completos a partir do pressuposto que a diferença de alguns meses não implicaria diferentes visões para os pais e filhos no campo da pesquisa. Para o estudo foram entrevistados, meninas e meninos de 2 a 12 anos, sendo a maioria entre as idades de 8 a 12 anos. Conforme Lobstein, Baur e Uauy (2004), na segunda infância, as crianças tendem a iniciar a inserção de alimentos gordurosos e industrializados, inclusive

motivados por lanches disponíveis na escola e é nesta fase em torno dos 5 anos que as crianças começam a se tornar consumidores primários, realizando decisões de compras juntamente a outrem (MCNEAL, 2000), após esta fase eles iniciam o processo de se sentirem capazes de realizar compras sozinhos e persuadir os pais de suas decisões, inclusive alimentos básicos das refeições domésticas (MCNEAL, 2000).

Nesse contexto social, este estudo decidiu investigar a obesidade infantil e seus fatores de contribuição nas relações entre pais e filhos na visão dos pais, tendo em vista que a participação destes agentes se faz necessária para a mudança de comportamentos, porque o ambiente familiar é um dos fatores que exercem maior influência nas escolhas alimentares, além disso, os pais podem determinar comportamentos dos seus filhos sobre diferentes aspectos: influências sobre disponibilidade e acessibilidade de alimentos, estrutura de refeição, práticas de socialização, seu próprio peso corporal, nível socioeconômico, nível cultural, preferências alimentares, prática de atividades físicas, quantidade de tempo em frente à TV, estrutura familiar e com suas atitudes em relação a seus filhos (KUMANYIKA, 2007; TABACCHI *et al.*, 2007).

O recorte utilizado foi pais ou responsáveis de crianças até 12 anos completos com sobrepeso ou obesidade. Na escolha dos entrevistados não foram analisados critérios como condição socioeconômica de acordo com a renda, desta forma, pesquisamos sujeitos cujos filhos eram oriundos de escolas particulares e públicas. A pesquisa teve respondentes em cidades da Paraíba - João Pessoa (13), Guarabira (1), Salgado de São Félix (1), Sapé(1) - e um respondente na capital de Pernambuco - Recife (1). As entrevistas ocorreram todas na cidade de João Pessoa, sendo 14 entrevistas realizadas e gravadas presencialmente e 3 entrevistas coletadas via questionário *online* pela ferramenta Google Docs.

Segundo Crouch e McKenzie (2006), na pesquisa qualitativa, os entrevistados são selecionados com base em ser ou ter sido exemplos da realidade estudada, assim, o número relativamente reduzido de respondentes não desmerece a validade dos conteúdos coletados, uma vez que proximidade entre pesquisador e pesquisado reflete um melhor desenvolvimento conceitual. Nesses casos, devido à profundidade em que os relatos são analisados, é mais importante que a pesquisa seja intensiva a nível conceitual do que extensiva para que seja convincente. (CROUCH; MCKENZIE, 2006).

Nesse contexto, cabe ressaltar que os conceitos e proposições levantados constroem a validade da pesquisa porque denotam sentido aos conteúdos, uma vez que cruzam os conhecimentos adquiridos dos relatos com os conceitos teóricos pré-existent (CROUCH; MCKENZIE, 2006). Isto pôde ser constatado no decorrer dos relatos a partir das

semelhanças das experiências, sentimentos e opiniões, tendo em vista que as entrevistas começaram a demonstrarem-se semelhantes e condizentes com os fatores analisados e emergentes da pesquisa. Esta constatação proporciona margem para inferir, na pesquisa, o princípio de saturação proposto por Glaser e Strauss (1967 apud SILVA; GODOI, BANDEIRA-DE-MELO, 2010), no qual à medida que o pesquisador vai vivenciando casos similares, adquire confiança empírica de que não se encontram mais dados adicionais que possam contribuir para o desenvolvimento da pesquisa, além disso, este critério de saturação imprime rigor ao processo de amostragem qualitativa (SILVA; GODOI; BANDEIRA-DE-MELO, 2010).

Posto isso, cabe ressaltar que para o contato com o público alvo da pesquisa, utilizamos a técnica bola de neve, onde as redes sociais naturais dos sujeitos servem para encontrar novos sujeitos dentre os amigos, parentes, contatos pessoais e conhecidos, que pertençam ao público necessário para a operacionalização do estudo, tornando-se assim, acessível ao pesquisador (SILVA; GODOI; BANDEIRA-DE-MELO, 2010). Além disso, contamos com o apoio efetivo de uma professora da UFPB (Universidade Federal da Paraíba) que é médica do Hospital Universitário Lauro Wanderley e particular com especialidade é Endocrinologia pediátrica e, além de desenvolver trabalhos relacionados à diabetes e obesidade em crianças, faz o acompanhamento dos pacientes, tornando possível estes contatos.

Outras mães foram contatadas, mas desistiram de participar da pesquisa ou responder ao questionário *online*. Algumas justificaram ser falta de tempo ou de interesse e outras não atenderam mais aos chamados da pesquisadora. As mães respondentes foram identificadas pela letra “E”, um ponto de final e o número que identifica sua entrevista, como exemplo: “E.2”.

3.3.DESIGN DA PESQUISA

Com base na leitura sistemática da literatura referente à obesidade na infância, diversos fatores puderam ser apontados como frequentemente destacados pelas pesquisas sobre a problemática como os antecedentes principais e influenciadores do desenvolvimento da doença. A compreensão da configuração destes fatores na realidade vivida no cotidiano dos sujeitos da pesquisa é essencial para o entendimento, delineamento e discussão da epidemia dentro do contexto proposto de macromarketing.

É imprescindível ao estudo constatar se estes fatores estarão presentes na realidade dos respondentes analisados, bem como se estes ocorrem e se se encontram de acordo com o exposto pela literatura para alcançar uma intervenção eficaz de marketing social baseada na realidade de pais e filhos com a doença. Apesar de os fatores terem sido identificados mediante pesquisa bibliográfica realizada pela autora, sua veracidade precisa ser confirmada para a população pesquisada.

Com o intuito de compreender plenamente a realidade pesquisada, é importante considerar o contexto social, pois os relatos são analisados baseados em situações que pressupomos existirem independentemente da experiência do respondente, assim, esta experiência está sobreposta em um meio social anterior aos relatos dos respondentes (CROUCH; MCKENZIE, 2006), tornando-se relevante compreender sua relação com o contexto estudado.

Posto isso, ao longo da pesquisa, percebeu-se que as variáveis constituem-se em microambientais, fatores próximos aos sujeitos e passíveis de mudança, e macroambientais, ao pertencem a modificações ocorridas no ambiente que influenciam a vida das pessoas, mas que não podem ser controladas por elas, as quais foram denominadas de **dimensões**. Em cada dimensão é possível encontrar diversificados **fatores** que abarcam as influências que impulsionam o desenvolvimento da doença, apontadas pela literatura. Estes fatores são amplos e constituídos de **subfatores** que demonstram como esses fatores podem se estruturar e agir positiva e negativamente nos ambientes da criança (Ver Quadro 2.4).

Contudo, é importante delimitar que a pesquisa se deterá aos fatores comportamentais que condicionam a obesidade infantil e que possam sofrer intervenções de ações de marketing social voltadas à mudança, tendo em vista o controle e a prevenção da doença. Desta forma, o estudo não contemplará aspectos relacionados à fisiologia humana, haja vista que este segmento transborda os limites das ciências sociais aplicadas adentrando no campo da saúde.

Nesse sentido, enfatizamos que a pesquisa se limitará a estudar os fatores condicionantes na figura dos pais, contemplando de forma ampla as variáveis microambientais elencadas na pesquisa, exceto o fator genético como especificado acima, assim como, as variáveis macroambientais, em uma abordagem menos aprofundada, mas buscando compreender sua relação e estímulos para o quadro de obesidade nas famílias brasileiras. É importante destacar que estas variáveis se sobrepõem de maneira interdependente, mantendo uma relação de influência mútua, de forma que todas elas relacionam-se em algum momento a atuação dos pais. Os questionamentos do instrumento de

coleta foram feitos com base nestes fatores e subfatores apontados.

3.4. PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS

A pesquisa possui cunho qualitativo e visa estudar as pessoas em seus ambientes naturais e não artificiais ou experimentais, examinando a compreensão subjetiva das pessoas a respeito da sua vida diária, envolvendo a aplicação de métodos lógicos, planejados e meticulosos para coleta de dados e análise rigorosa (POPE; MAYS, 2009). Nesse contexto, como estratégia para atingir aos objetivos da pesquisa, optamos pela entrevista semiestruturada e em profundidade.

De acordo com Flick (2009), a entrevista é um dos métodos predominantes em pesquisas qualitativas, ocorrendo através de uma reunião com o participante após um contato prévio solicitando a sua contribuição à pesquisa. Assim, para o estudo foram utilizadas entrevistas, cujo foco é a experiência individual dos participantes, que é considerada relevante para entender a experiências das pessoas em uma situação semelhante (FLICK, 2009).

Posto isso, as entrevistas ocorreram com os pais mediante utilização de um roteiro com perguntas semiestruturadas, sendo conduzidas com base em uma estrutura flexível de questões abertas que definem a área a ser explorada, em que o entrevistador ou o entrevistado podem prosseguir com ideias ou respostas com maior detalhamento (POPE; MAYS, 2009). Além disso, questionamentos adicionais foram inseridos com base nas respostas dadas pelos entrevistados para esclarecem e detalharem melhor o entendimento, caracterizando-se desta forma, também como entrevistas em profundidade (POPE; MAYS, 2009), possibilitando que a pesquisador coletasse informações mais sólidas e claras, bem como pudesse reformular as perguntas para um melhor entendimento por parte dos entrevistados. Entretanto, o roteiro conteve perguntas fundamentadas nas dimensões, fatores e subfatores do estudo (conforme Apêndice A), sendo responsável pelo direcionamento das entrevistas realizadas.

Quadro 3.1 – Relação Temas X Questões do roteiro de entrevista

TEMAS		QUESTÕES
Microambiental	Família	7; 8; 9; 22; 23; 24; 25; 28; 32
	Dieta alimentar	19; 20; 27; 29; 30; 31; 35;
	Prática de atividades físicas	17; 18; 21;
	Interações sociais	33
	Escola	15; 16;
Macroambiental	Marketing de alimentos	26; 34
	Políticas públicas	36
	Mudanças culturais e econômicas	Todas

Fonte: Elaboração própria (2015).

As entrevistas foram realizadas face a face e de acordo com a disponibilidade dos sujeitos, exceto três entrevistas que foram *online* devido à indisponibilidade de horários das entrevistadas. Os áudios oriundos dos contatos foram gravados pelo gravador de voz do celular e por um programa de computador (WennyFreeAudio Recorder), para posterior transcrição e análise dos dados.

As entrevistas foram gravadas em diversos lugares, em casa de familiares como avós, casa da família nos mais diferentes bairros de classe baixa, média e alta, locais de trabalho como repartições públicas e escritórios particulares, no HU da UFPB e na sala de informática do colégio da criança (com permissão da coordenação). Os pais se mostraram a vontade nos locais escolhidos por elas para realização das entrevistas, exceto uma mãe que estava com horário reduzido, entretanto suas contribuições não foram prejudicadas tendo em vista que seguiu a média de tempo das demais. A duração e data de cada entrevista pode ser observada no Quadro:

Quadro 3.2 – Data e duração das entrevistas

Entrevistado	Data da entrevista	Duração da entrevista
E1	08/11/2014	65 min e 34 seg
E2	09/11/2014	46min
E3	11/11/2014	36min e 51 seg
E4	11/11/2014	32 min
E5	13/11/2014	35min e 23seg
E6	14/11/2014	52min e 27seg
E7	12/11/2014	57min e 51seg
E8	19/11/2014	26min e 38seg
E9	14/11/2014	29min e 24seg
E10	14/11/2014	24min e 38seg
E11	27/11/2014	26min e 32seg
E12	27/11/2014	34min e 53seg
E13	01/12/2014	46min e 03seg
E14	02/12/2014	28min e 07 seg
E15	04/12/2014	<i>Online</i>
E16	11/12/2014	<i>Online</i>
E17	13/12/2014	<i>Online</i>

Fonte: Elaboração própria (2015).

Vale ressaltar que, em algumas entrevistas, foram necessárias paradas para cuidar de filhos menores, atender a cliente e até telefonemas, mas que nenhuma destas ações prejudicou os dados disponibilizados, apenas prolongou o término da entrevista.

As transcrições das entrevistas foram realizadas de maneira literal, sem retirar qualquer fala das mães e participantes e, ainda, destacando reações e entonações por meio de sinais da língua portuguesa. Estes dados foram sistematicamente organizados e analisados

com base nas categorias definidas como descrito no tópico seguinte.

3.5. PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

Segundo Cappelle, Melo e Gonçalves (2011), a transformação de dados coletados, ainda no seu estado bruto, em resultados para uma pesquisa envolve utilização de determinados procedimentos para sistematizar, categorizar e tornar possível sua análise por partedo pesquisador. Os autores destacam que técnicas na análise de comunicações por meio de entrevistas têm sido utilizadas de maneira frequente entre pesquisas da área de ciências sociais.

Deste modo, para o estudo a análise de conteúdo, que utiliza procedimentos sistemáticos e visa a descrição do conteúdo das mensagens foi selecionada como método. Conforme Rocha e Deusdará (2005), trata-se da sistematização, da tentativa de conferir maior objetividade a uma atitude que conta com exemplos dispersos, mas variados, de pesquisa com textos.

Posteriormente à gravação e transcrição dos áudios oriundos das entrevistas, de acordo com Bardin (1986) o primeiro passo é uma análise categorial, tornando a totalidade de um texto em itens de sentido, sendo uma espécie de rubricas significativas que permitem a classificação dos elementos de significação construtivos da mensagem. Silva, Godoi e Bandeira-de-Melo (2010) afirmam que esses elementos são chamados unidades de codificação ou registros. Os códigos servem para identificação dos conteúdos extraídos dos textos após a transcrição, tendo em vista que a pesquisa preza pela confidencialidade dos dados, agindo de forma ética sem expor o respondente.

A análise de conteúdo possui dois objetivos principais: a ultrapassagem da incerteza e o enriquecimento da leitura (ROCHA; DEUSDARÁ, 2005; SILVA; GODOI; BANDEIRA-DE-MELO, 2010). O primeiro objetivo diz respeito ao “que eu julgo ver na mensagem estará lá efetivamente contido, podendo esta visão, muito pessoal, ser partilhada por outros? Por outras palavras, será minha leitura válida e generalizável?” (BARDIN, 2002, p. 29 *apud* SILVA; GODOI; BANDEIRA-DE-MELO, 2010, p.353). O segundo princípio refere-se à “descoberta de conteúdos e estruturas que confirmam (ou informam) o que se procura demonstrar a propósito das mensagens (BARDIN, 2002, p. 29 *apud* SILVA; GODOI; BANDEIRA-DE-MELO, 2010, p.353).

Assim, as entrevistas foram sistematicamente organizadas, considerando as

categorias previstas no estudo, por meio o *software* QSR Nvivo 10, cujas funcionalidades permitem a codificação das categorias (denominadas “nós”). O software facilita a agregação dos relatos e seus fatores correspondentes, este mecanismo ocorre quando, na entrevista transcrita, o pesquisador seleciona os trechos relevantes e sinaliza ao programa que aquele pertence ao “nó” codificado na base de dados. Isto permitiu uma visão global dos relatos e uma visão restrita ao demandar do programa apenas a categoria desejada. O programa também dispõe da elaboração de gráficos e modelos que não foram utilizados na pesquisa por não serem necessários para alcançar os objetivos propostos.

Durante o processo de reconhecimento dos temas nas análises dos dados, emergiram novos fatores (categorias) que acreditamos contribuir para o aumento da obesidade e influenciar na relação entre pais e filhos, e por isso inserimos ao estudo os novos fatores: ansiedade por comida, uso de remédios, agressividade e *bullying*. Além dos fatores pesquisados (Quadro 2.4), estes emergiram no estudo e contribuíram para a configuração das influências nesta relação familiar importante para o controle ou aumento da obesidade em crianças. Vale ressaltar que estes fatores poderiam ser inseridos nas dimensões e fatores pesquisados, pois se relacionam aos contextos empreendidos, contudo, pela influência que exercem na vida dos entrevistados e por não terem sido amplamente explorados na literatura utilizada, dedicamos uma seção para explorá-los brevemente.

Desta forma, cabe destacar que a técnica de análise de conteúdo refere-se ao estudo tanto dos conteúdos nas figuras de linguagem, reticências, entrelinhas, quanto dos manifestos (CAMPOS, 2004). Esta técnica varia entre extremos da investigação científica: o rigor da objetividade e a fecundidade da subjetividade, os quais podem proporcionar a elaboração de indicadores quantitativos e/ou qualitativos, conduzindo o pesquisador a uma releitura da comunicação, baseado na dedução, na inferência. A nova compreensão dos significados textuais visa a revelar o que está escondido, latente, ou subentendido na mensagem (CAPPELLE; MELO; GONÇALVES, 2011). A partir disso, os relatos das entrevistas demonstram, em alguns momentos, reações dos entrevistados, mas limitam-se a analisar os conteúdos expostos pelos envolvidos no contexto estudado e evidenciar sua convergência ou divergência com a literatura, adicionado aos apontamentos e conclusões para marketing social da autora, como pode ser observado nos resultados no capítulo seguinte.

4ANÁLISE DOS RESULTADOS

Este capítulo traz a análise dos resultados da pesquisa empírica, buscando caracterizar e compreender os fatores preponderantes para a obesidade na infância e como esses se configuram nas relações entre pais e filhos e no ambiente vivenciado por estes atores. A pesquisa focou em fatores relacionados ao cotidiano dos pais e das crianças – dimensão microambiental – e referentes ao ambiente social externo – dimensão macroambiental, com o intuito de delinear suas influências na doença, bem como quais comportamentos, passíveis de mudança, são fatores de influência mais realçados pelos os entrevistados.

A análise foi dividida em três seções. A primeira caracteriza os entrevistados a partir do seu perfil sociodemográfico. A segunda seção refere-se às evidências encontradas em campo relacionadas às categorias definidas no estudo (ver Quadro 2.4), seus relatos e suas consequências para marketing social, bem como uma explicação geral do contexto estudado e encontrado com destaque para informações importantes emergidas do estudo. Por fim, a terceira seção mostra fatores de influência nas relações entre pais e filhos no caso da obesidade infantil que emergiram dos relatos da pesquisa.

4.1. PERFIL SÓCIO DEMOGRÁFICO E ANTROPOMÉTRICO DOS PAIS E DOS FILHOS

Foram entrevistados pais de crianças que estivessem com sobrepeso ou obesidade para entender quais eram os comportamentos e hábitos adotados por esta díade – pais e filhos – responsáveis pela aquisição, manutenção e aumento do peso de forma desregada comprometendo a saúde e a vida social desta criança, comportamentos estes, passíveis de mudança a partir de intervenções e ações de marketing social, com o objetivo de auxiliar na transformação da crescente realidade de crianças obesas em todo o Brasil.

Foram entrevistadas 17 mães de crianças até 12 anos cujos perfis estão caracterizados no Quadro 4.1. Todas as entrevistas foram concedidas pelas mães das crianças e, em algumas ocasiões, familiares próximos e residentes da mesma casa participaram com relatos sobre os hábitos e os comportamentos adotados.

O perfil sociodemográfico dos respondentes foi composto por um percentual de 47,1% com idade entre 31 e 40 anos, seguido por 35,3% entre 41 e 50 anos, 11,8% entre 21 e 30 anos e apenas uma respondente acima de 50 anos (5,9%). A renda familiar mensal da amostra se mostrou bem distribuída, com 23,52% para as faixas de Até R\$ 1.000,00 reais, de

R\$ 1.001,00 – R\$ 3.000,00 reais, de R\$ 3.001,00 – R\$ 5.000,00 reais e acima de R\$ 8.000,00 reais, enquanto que a faixa de R\$ 5.001,00 – R\$ 8.000,00 reais apresentou percentual de 5,9% com apenas uma entrevistada. Com relação ao nível de escolaridade, a maioria indicou Superior completo ou incompleto com 47,1%, seguido por 23,35% com Pós-graduação completa ou incompleta, 17,64% com Ensino médio completo ou incompleto e 11,8% com Ensino fundamental completo ou incompleto.

No que tange ao estado civil das mães entrevistadas, as E1, E13 e E17 são divorciadas ou solteiras, a E6 é viúva e mãe adotiva da criança com obesidade, as E7 e E12 são divorciadas dos pais das crianças com obesidade e casadas com outro parceiro, e as demais mães entrevistadas são casadas com os pais das crianças. As mães E1, E3, E9, E10 e E14 não trabalham fora de casa, a E14 faz um curso que a afasta de casa no período da manhã, apenas.

Já as demais mães trabalham fora de casa, fator de impacto no controle e acompanhamento dos comportamentos dos filhos (exceto a E7 que trabalha apenas um período, justamente o que a filha está na escola). Quanto à localidade, uma mãe é natural de Pernambuco, a E17, e 16 mães são do estado da Paraíba, sendo a E9 de Salgado de São Félix, a E10 da zona rural próxima à Sapé, a E15 de Guarabira e as demais da capital, João Pessoa.

No que se refere às crianças, foram alvo da pesquisa 12 meninos (66,67%) e 6 meninas (33,33%), sendo a maioria de escola privada com 72,22% e 27,78% de escola pública. As idades das crianças foram variadas oscilando desde 2 anos até 12 anos, com maior incidência entre as idades de 8 anos à 12 anos.

Com base nos propósitos da pesquisa, buscamos delinear os perfis relacionados à obesidade e ao sobrepeso dos pais e dos filhos entrevistados, calculando¹ os IMC's (Índice de massa corpórea) dos entrevistados e de seus respectivos filhos, além do levantamento de alterações e consequências à saúde causadas pelo excesso de peso nas crianças e o histórico de aumento de peso dos pais. Assim, no Quadro 4.2, podem ser observados os IMC's dos entrevistados apontando para uma maioria com excesso de peso, em que 38,9% encontram-se com sobrepeso, igualmente 38,9% apresentam obesidade classe I e 5,56% apresentam obesidade classe III, em detrimento de um percentual de 16,67% dos pais apresentando peso normal (tomamos o valor de referência a tabela disseminada pelo Programa Telessaúde Brasil do Ministério da Saúde do Governo Federal (ver Quadro 1.2).

Quadro 4.1 – Caracterização da amostra

Entrevistado	Parentesco	Idade do Entrevistado	Nível de escolaridade do Entrevistado	Gênero da Criança	Idade da Criança	Tipo de Escola da Criança	Renda Familiar	Participantes da entrevista
E1	Mãe	33 anos	Médio Incompleto	Feminino	8 anos	Pública	Até R\$ 1.000,00 reais	Criança e Avó materna.
E2	Mãe	43 anos	Médio Completo	Masculino	10 anos	Pública	Até R\$ 1.000,00 reais	Pai e irmã mais velha da criança.
E3	Mãe	37 anos	Superior Incompleto	Feminino	8 anos	Privada	R\$ 1.001,00 – R\$ 3.000,00 reais	-----
E4	Mãe	38 anos	Pós-Graduação Completa	Masculino	2 anos	Creche privada	Acima de R\$ 8.000,00 reais	-----
				Masculino	5 anos	Privada		
E5	Mãe	35 anos	Pós-Graduação Completa	Masculino	9 anos	Privada	Acima de R\$ 8.000,00 reais	-----
E6	Mãe adotiva	55 anos	Superior Completo	Masculino	8 anos	Pública	R\$ 5.000,00 - R\$ 8.000,00 reais	-----
E7	Mãe	43 anos	Superior Completo	Feminino	11 anos	Privada	R\$ 3.001,00 – R\$ 5.000,00 reais	-----
E8	Mãe	39 anos	Pós-Graduação Completa	Masculino	11 anos	Privada	R\$ 3.001,00 – R\$ 5.000,00 reais	-----
E9	Mãe	39 anos	Fundamental Completo	Masculino	12 anos	Pública	R\$ 1.001,00 – R\$ 3.000,00 reais	Criança
E10	Mãe	42 anos	Fundamental Incompleto	Masculino	6 anos	Pública	Até R\$ 1.000,00 reais	Criança
E11	Mãe	38 anos	Superior Completo	Feminino	8 anos	Privada	Acima de R\$ 8.000,00 reais	Pai
E12	Mãe	29 anos	Superior Incompleto	Masculino	5 anos	Privada	R\$ 3.001,00 – R\$ 5.000,00 reais	-----
E13	Mãe	43 anos	Superior Completo	Feminino	9 anos	Privada	R\$ 3.001,00 – R\$ 5.000,00 reais	Criança
E14	Mãe	29 anos	Médio Completo	Masculino	12 anos	Privada	Até R\$ 1.000,00 reais	-----
E15	Mãe	41 anos	Superior Completo	Masculino	10 anos	Privada	R\$ 1.001,00 – R\$ 3.000,00 reais	-----
E16	Mãe	44 anos	Superior Completo	Feminino	11 anos	Privada Integral	Acima de R\$ 8.000,00 reais	-----
E17	Mãe	39 anos	Pós – Graduação Completa	Masculino	7 anos	Privada	R\$ 1.001,00 – R\$ 3.000,00 reais	-----

Fonte: Dados da pesquisa (2015).

A pesquisa buscou identificar se os pais das crianças possuíam ou já haviam possuído sobrepeso ou obesidade com o objetivo de compreender o ambiente vivenciado cotidianamente por esta criança e os hábitos dos pais, e a maioria dos pais respondeu “Sim, somente um de nós dois” (47,1%), seguido por “Sim, tanto eu quanto o cônjuge” (41,2%) e apenas 2 responderam “Não, nem eu nem meu cônjuge”(11,7%). Estes resultados expõem uma realidade presente na vida dos pais e, conseqüentemente, das crianças, vinculada ao excesso de peso constatado a partir do percentual de 83,36% dos pais apresentando sobrepeso ou obesidade e apenas 11,7% dos entrevistados alegarem que nenhum dos pais das crianças sofreu ou sofre com algum tipo de problema relacionado ao peso.

O quadro de sobrepeso encontrado nos pais reflete diretamente no peso, hábitos e comportamentos dos filhos, pois os filhos reproduzem os comportamentos dos pais que servem de exemplo, justamente isso é o que este estudo demonstra ser um dos fatores de influência direta e preponderantes na obesidade infantil, como pode ser analisado a partir dos IMC's das crianças (ver Quadro 4.2). Além disso, o fator genético e a utilização de remédios neurológicos controlados, apontados nos relatos analisados, não podem ser ignorados, pois são tidos como antecedentes e estimulantes da doença.

A partir dos questionamentos sobre o histórico de excesso de peso dos pais, fator relevante na compreensão do ambiente micro de convivência da criança, emergiram relatos dos dias atuais e da infância que retrataram este cenário de sobrepeso observado:

“Não, no meu caso é obesidade mesmo. Já e é... Como é que se diz? O grau grave já. Sou bem avançado porque é muito peso, mais de 50 kg acima do meu peso, eu era pra pesar 60kg, no máximo e eu peso 108kg”. (E.14)

“ Eu já fui bem gorda, já pesei 105kg. Perdi com regime, com problema de doença também de doença que apareceu, diabete, essas coisas, aí o regime foi emagrecendo”. (E.2)

“Eu fiz bariátrica, eu e o pai dela, os dois, né grave? [...] Sou gêmea, dividi uma mesma barriga com a outra irmã e nós duas nascemos já gordas, tu acredita? Gordas não, peso normal pra gêmeas, uma pesava 3.250kg e a outra pesava 3.150 kg, a gente sempre foi bebê gordinha, sempre foi criança gorda, sempre foi pré-adolescente gorda, toda vida eu fui gorda, a vida inteira, as poucas vezes que eu fui magra na minha vida, foi porque eu fazia muita dieta e a vida inteira eu pratiquei esportes, mesmo gorda, mas eu sempre pratiquei esportes, toda qualidade de esporte a gente praticava, tanto eu como minha irmã. [...] É o pai dela, ele não é casado comigo, porém ele também, eu não sei se ele era criança gorda, mas ele toda vida ele foi gordo, **é tanto que ele fez redução e hoje ele tem o mesmo peso de quando ele se operou, ele já engordou tudo novamente.**” (E.13)

“Já, na adolescência, eu era gorda. Era bem gordinha. Era gorda, com 15 anos eu tinha 70 e poucos kg. Era bem gordinha, depois que eu comecei a perder, comecei a fazer dieta. **Eu fiz muita dieta, não perdia e dobrava.** Fiz a reeducação alimentar pela minha cabeça, fui tirando o açúcar... refrigerante.” (E.6)

“Eu sempre fui cheinha desde criança, na infância também e o pai começou a ter sobrepeso após os 25 anos”. (E.11)

“É, **eu tive na infância e tenho e estou**, na realidade, meu peso era pra ter 60kg, to com 7 kg a mais. É...nós temos questão de hábito alimentar, ainda não estamos lá na....(sinal para cima), mas isso é um grande problema na minha casa. Meu marido também, tá um pouquinho acima, assim, pouca coisa, mas se considera né?” (E.12)

Desta forma, é possível perceber que grande parte dos pais entrevistados possui problemas relacionados ao aumento de peso, muitas vezes, em decorrência de seus hábitos; em algumas vezes, alegam ser resultado do fator genético. De acordo com a pesquisa, os fatores relacionados ao ambiente familiar são os que mais afetam e influenciam no fato de a criança obter obesidade. Com o intuito de investigar o histórico das crianças, pudemos observar esta influência nitidamente retratada nos IMC que se mostraram acima do desejado na infância. Com base nos cálculos do Programa Telessaúde Brasil e nos valores da OMS, utilizados como referência no site, todas as crianças estão acima do peso, das quais 11% (2) estão com Sobrepeso e 89% (16) estão com Obesidade¹.

Além disso, às mães entrevistadas foi perguntado a respeito do histórico de ganho e aumento de peso das crianças, como pode ser analisado a seguir:

“Ele nasceu com o peso normal, **mas depois de um mês já foi aumentando, sempre foi acima do peso**, um mês dois meses, ele sempre foi acompanhado no HU, mas agora que acompanho ele na CEDIP, mas ele sempre foi. Ele mamou até quatro anos, e sempre foi assim com sobrepeso”. (E.14)

“Aí quando ele nasceu, **ele já nasceu um menino, um bebê GIG**. Quando ele nasceu lá no HU, **consideraram ele um bebê GIG, que ele nasceu com 5kg**. Ai teve que fazer todo tipo de exame pra saber se a minha diabetes gestacional tinha nele, mas, graças a Deus, ele não tinha problema nenhum. **Só que ele nunca perdeu peso, ele sempre foi gordinho. Ele sempre, desde que nasceu, ele foi gordinho**. Só passou um período numa creche que ficou magro que nem meu neto. Ai quando saiu da creche, não sei o que aconteceu que o menino engordou, acho que ele não comia bem lá.” (E.2)

“Não, ele nasceu com peso normal, 3,430kg, não foi peso demais e, na realidade ele nasceu, sempre, nunca foi magro, **ele já nasceu com um peso bom, 3,430 kg**. Então assim, foi um peso normal, normalíssimo, 48cm, mas nunca perdeu peso, **nunca foi uma criança de perder peso, ele sempre aumentou de peso, 3 kg, 4, 5, 6, 7, e sempre foi assim, nunca foi uma criança magérrima, né, magrinha, aquela criança que você: Ah! como é magrinha. Não, nunca foi**. Sempre teve um peso, agora depois de 2 anos de idade, que foi na época que eu me separei do pai dele, que hoje tenho esposo, mas não é pai, a gente convive junto.” (E.12)

¹ Todos os IMC foram calculados online por meio de calculadoras de IMC do Portal Telessaúde Brasil e BVS APS, uma iniciativa do Ministério da Saúde do Brasil e BIREME/OPAS/OMS em parceria com as instituições do Programa Nacional Telessaúde Brasil, pelo site: <http://www.telessaudebrasil.org.br/apps/calculadoras/index.php>.

Quadro 4.2 – Perfil e índices antropométricos dos pais e filhos

E	IMC Entrevistado	Classificação	Entrevistado ou cônjuge ou pai da criança tem ou teve problemas de sobrepeso?	IMC Criança	Classificação	A criança possui alguma doença ou dificuldade em consequência da obesidade? Qual?
E1	26,85 Kg/m ²	Sobrepeso	Sim, somente um de nós dois. (E1 refere-se ao Pai da criança).	36,03 Kg/m ²	Obesidade	Sim. Taxas alteradas (não especificadas)
E2	27,04 Kg/m ²	Sobrepeso	Sim, somente um de nós dois. (E2 refere-se a si no passado).	30,10 Kg/m ²	Obesidade	Não
E3	29,40 Kg/m ²	Sobrepeso	Não, nem eu nem meu cônjuge.	28,40 Kg/m ²	Obesidade	Sim. Colesterol alto.
E4	22,03 Kg/m ²	Peso normal	Sim, somente um de nós dois. (E4 refere-se ao cônjuge).	20,19 Kg/m ²	Obesidade	Não.
				21,48 Kg/m ²	Obesidade	Sim. Triglicerídeos alto.
E5	22,75 Kg/m ²	Peso normal	Sim, somente um de nós dois. (E5 refere-se ao cônjuge).	20,07 Kg/m ²	Sobrepeso	Sim. Colesterol elevado.
E6	24,08 Kg/m ²	Peso normal	Sim, somente um de nós dois. (E6 refere-se a si no passado).	19,51 Kg/m ²	Obesidade	Não.
E7	29,21 Kg/m ²	Sobrepeso	Sim, tanto eu quanto o cônjuge.	24,88 Kg/m ²	Obesidade	Sim. Dificuldade de correr e ronca bastante ao dormir.
E8	31,23 Kg/m ²	Obesidade classe I	Sim, somente um de nós dois. (E8 refere-se a si).	25,59 Kg/m ²	Obesidade	Não
E9	33,20 Kg/m ²	Obesidade classe I	Sim, somente um de nós dois. (E9 refere-se a si).	33,38 Kg/m ²	Obesidade	Sim. Diabetes tipo II
E10	27,12 Kg/m ²	Sobrepeso	Não, nem eu nem meu cônjuge.	31,46 Kg/m ²	Obesidade	Sim. Gordura no fígado.
E11	32,04 Kg/m ² (Mãe)	Obesidade classe I	Sim, tanto eu quanto o cônjuge.	25,44 Kg/m ²	Obesidade	Sim. Colesterol alto e dificuldade para correr (cansaço).
	31,67 Kg/m ² (Pai)	Obesidade classe I				
E12	26,17 Kg/m ²	Sobrepeso	Sim, tanto eu quanto o cônjuge.	28,72 Kg/m ²	Obesidade	Não.
E13	30,48 Kg/m ²	Obesidade classe I	Sim, tanto eu quanto o Pai.	23,55 Kg/m ²	Obesidade	Não.
E14	42,18 Kg/m ²	Obesidade classe III	Sim, tanto eu quanto o cônjuge.	27,68 Kg/m ²	Obesidade	Sim. Pré-diabético.
E15	31,58 Kg/m ²	Obesidade classe I	Sim, tanto eu quanto o cônjuge.	22,52 Kg/m ²	Obesidade	Não.
E16	25,51 Kg/m ²	Sobrepeso	Sim, somente um de nós dois.	21,09 Kg/m ²	Sobrepeso	Não.
E17	30,48 Kg/m ²	Obesidade classe I	Sim, tanto eu quanto o cônjuge.	26,62 Kg/m ²	Obesidade	Sim. Taxas alteradas.

Fonte: Dados da pesquisa (2015).

“Ele tinha começado a engordar mais ou menos a partir dos 4 anos e meio que até então ele era bem magrinho e começou a engordar depois de um tratamento para alergia e quando a gente foi ver estava com esta alteração de colesterol, então a gente começou a se preocupar com isso em casa, a endocrinologista dele disse a princípio disse para procurar uma nutricionista mas que não fizesse nenhum tipo de alarde porque a criança era muita pequena, ela melhor ele está um pouco gordinho do que acontecer o contrario do que ele ficar sem comer”. (E.5)

“Ele começou com 1 ano e 6 meses depois que ele começou a tomar remédio controlado, só que com 6 meses ele começou com um problema dele, [...]. Com 1 ano e 6 meses desde que começou a tomar remédio controlado começou a obesidade dele, a ansiedade e fome que não tinha *comer* que matasse a fome dele”. (E10)

Os dados foram analisados com o propósito de compreender melhor o contexto em que estas crianças estão inseridas e que hábitos e comportamentos poderiam ser modificados para uma qualidade de vida, de forma que marketing social pudesse se apoderar deste conhecimento para incentivo da sociedade em prol do bem estar das crianças.

Por isso, este estudo se preocupou em analisar todos os fatores apontados pela literatura, não restringindo apenas as relações familiares, mas buscando aprofundar-se no contexto complexo em que esta doença se instala e como esses fatores que a influenciam refletem e impactam nas relações entre pais e filhos, ajudando-os a combatê-la ou impulsionando seu desenvolvimento, como pode ser explorado no detalhamento da seção que segue.

4.2 ANÁLISE DOS FATORES

Esta seção objetiva analisar detalhadamente cada fator estudado, buscando compreender sua relação com a obesidade infantil e como marketing social pode contribuir para modificar este cenário. Em cada fator, analisaremos os subfatores que o compõe por meio de relatos que o evidenciam no cotidiano dos pais e filhos.

4.2.1 Dimensão microambiental

A dimensão microambiental refere-se aos fatores internos que contribuem para o aumento da obesidade em crianças, fatores estes presentes no convívio familiar e na rotina dos pais e filhos, como o ambiente escolar, os amigos e os meios de comunicação, por exemplo. De acordo com Kapetanaki *et al.* (2014), a teoria das redes sociais de Wasserman e Faust (1994) explana como comportamentos podem ser transmitidos por meio da influência das redes sociais, com destaque para os efeitos que as redes como a família, cônjuges, amigos e

colegas têm sobre as ações das pessoas.

Deste modo, os fatores do microambiente estão relacionados à rede de contatos mais próxima que exerce influência na vida da criança diariamente e que, geralmente, podem sofrer intervenções para a mudança de comportamentos, a exceção do fator genético (este fator não foi abordado na análise deste bloco, por não ser afetado de forma direta em uma ação de marketing social).

4.2.1.1 Fator *Família*

De acordo com Baur e O'Connor (2004), programas de tratamento contra a obesidade infantil devem considerar a influência da família nas escolhas alimentares e o nível de atividade física das crianças, considerando que a manutenção da perda de peso no longo prazo tem reconhecendo a importância de hábitos alimentares alterados dentro de toda a família, além do apoio às crianças e os elogios dos pais para o comportamento alimentar alterado e atividade física. A partir desse entendimento, podemos observar diversos relatos relacionados à constituição deste núcleo, às dificuldades que assolam o controle sobre os comportamentos adotados e os sentimentos que afligem os pais no cuidado com os filhos. Vejamos alguns relatos resultantes da pergunta sobre a culpa e responsabilidade com relação ao excesso de peso dos filhos:

Me sinto. Às vezes eu fico, oh meu Deus do céu... Porque o pai pega no meu pé, essa menina tá gorda, não sei o que, não sei o que, sabe? O que é que eu faço agora? Ai fica, fico encucada com aquilo ali, que ela tá... (E.3)

...Muuuuuito (prolongando o advérbio de intensidade) e culpada como toda mãe.(E.5)

Muito. Me sinto altamente responsável. Me cobro e fico altamente angustiada! (E.7)

Com certeza, a gente é 80%... (E.11)

..... Então pronto, porque todo mundo tá dizendo, o que tá fazendo, tá me engordando (o filho dizendo a mãe), aí ele já começou com aquele negócio, obesidade, obesidade e os meninos falando. Não, o que tá engordando vocês, vocês estão tomando refrigerante todo dia, toddynho todo dia, chega lá (na empresa de bolos e lanchonete da família) come docinho, come sobremesa, come... aí não adianta, tem que ficar uma bola mesmo. [...] (comentando dos 2 filhos mais velhos com sobrepeso, além do menor – alvo da entrevista) ... agora que eu fiz uma aposta com eles, só que eles não estão enfrentando não, tão dando bofeira, aí eu prometi a ele: “se os dois perderem (peso), forem pra o peso normal, eu deixo de fumar, só que tão dando bofeira.... (E.6)

Os pais reconhecem que são essenciais na construção dos hábitos dos filhos, além de serem exemplos para suas escolhas e condutas. Por isso, a grande maioria se declarou

culpada do excesso de peso dos filhos, apesar das dificuldades encontradas neste controle devido aos demais fatores que influenciam na obesidade, utilizando-se até de trocas para bem estar da família para incentivar a mudança na vida dos filhos, como a E.6.

É... restringir a alimentação, conversar, “não pode filho, porque vai acontecer isso e isso, você sabe você tá vendo que não pode”.. às vezes entra na memória, mas às vezes... É uma luta diária né, é.... (E.9)

Mas ela está entrando já na linha da obesidade. Ela tá engordado ainda e é impressionante, de setembro para cá ela vem engordando dois quilos, a cada mês ela engorda dois quilos. Então tá muito rápido, sabe? (E.7)

Eu sinto assim, às vezes eu me sinto até culpada, porque era pra evitar tudo, mas assim eu acabo cedendo por essas coisas, salsicha que não pode, mortadela que não era pra eu dar a ele, mas ainda assim eu dou com pena, porque ele não quer comer outra coisa. (E.14)

Às vezes, claro, é como diz, ele é criança, infelizmente é difícil ele ver as outras crianças comendo, às vezes, porque os pais fazem, não tem como não fazer o gosto. Tá bom! Almoça a semana toda, quando é no final de semana, vamos comer uma besteira. E como ele é criança, às vezes a gente faz, mas não faz toda vez não. É tanto que ontem, foi, ontem, ele tava: “mamãe, me dá dinheiro que eu quero comprar bombom, compra bombom pra mim, mamãe, compra chocolate”...não sei que. E eu fico evitando pra não comprar, justamente por causa do sobrepeso dele. (E.12)

As entrevistas mostram que os responsáveis precisam lidar com outros aspectos relacionados ao ambiente, além das cobranças sociais devido ao estereótipo que deve ser alcançado, os familiares e ciclo de convivência como escola e colegas questionam o excesso de peso, sendo este um fator que dificulta o cotidiano dessas crianças. Ademais, as preocupações que rodeiam essas famílias estão relacionadas à saúde e ao futuro adulto que esta criança será, tornando-se ainda mais complexo devido ao fato de a pessoa que sofre as consequências destes problemas e restrições é apenas uma criança que necessita de liberdade para aprender e interagir com o ambiente.

Com o intuito de detalhar as análises dos resultados, o fator *Família* foi dividido e analisado por meio dos seus subfatores, como demonstrado na subseção seguinte.

- Pais

As crianças passam a maior parte do seu tempo em casa na presença dos pais e familiares, sendo este o ambiente onde elas comem a maioria de suas refeições. O ambiente doméstico define fortemente quais alimentos e oportunidades de atividade física estão disponíveis para o aprendizado e formação dos hábitos (BRUG *et al.*, 2010). Isso influencia diretamente nos comportamentos das crianças, em especial nas menores, e, por consequência, na questão da obesidade. Os pais têm consciência da importância de seu papel no controle da obesidade dos filhos, como pode ser observado nos relatos:

A gente sabe que as crianças também têm as preferências que já são enraizadas de casa, de tudo né, que eles convivem.(E.4)

Assim, porque eu sou uma pessoa consciente, a gente não pode assim... Pelo grau de instrução, por tudo, então a gente tem acesso a tudo e a gente hoje tá com muito sobrepeso, na obesidade, de certa forma porque quer. A gente sabe que não é pra comer, mas a gente vai e come. (E.11)

Entre 5 e 7 anos, foi uma fase bem que queria o(*McDonald's*), e foi quando a gente voltou pra João Pessoa também. Passamos dois anos em Sousa (cidade do interior da Paraíba) então, não tinha nada disso (risos), era um mundo a parte. Quando voltamos para João Pessoa, ele tinha 5 anos, foi bem nesta fase de redescobrir o *McDonald's*, porque a gente já tinha morado em natal antes, então o redescobrir o *McDonald's* ele ficou nessa de pedir, então teve muitas vezes que a gente comprou vários bonequinhos, era um lanche e 5 brinquedos, para evitar que ele ficasse pedindo para voltar lá, unicamente em função de comprar novamente o sanduíche para ter o brinquedo. Quando era uma coleção bonitinha, 4 bonequinhos e a gente sabia que era um desenho que ele gostava muito, a mãe dava um, o pai dava outro, a tia, né? Sempre alguém dava um para evitar ir ao *McDonald's*, assim, já tem a coleção, então não precisa ir. (E.5)

Todavia, existe uma gama de aspectos que envolvem o alcance de um acompanhamento diário do estilo de vida da criança e um controle efetivo da alimentação e dos hábitos cotidianos que contribuem para o aumento. O trabalho consome bastante tempo dos pais. Nos dias atuais as jornadas de trabalho são intensas tanto em carga horária quanto em exigência profissional; assim, além da ausência no ambiente doméstico, os pais demandam energia para enfrentar os pedidos, questionamentos, agressividades, ansiedades e tristezas característicos do quadro de sobrepeso vivido pelos filhos, e esta energia, na maioria das vezes, foi utilizada no dia de trabalho, como exposto nos trechos a seguir:

Quando eu to em casa eu me preocupo, agora o problema é que eu nunca to perto, eu trabalho, eu chego 6h da noite. Quando eu to perto eu dou limite a ele, eu digo: Não, filho, já tá bom, você já comeu, é essa quantidade aí, não peça mais, já vou botando no prato e dizendo, entendeu? **Quando eu to perto, agora o problema maior é que quem bota a comida dele, quem bota é ele**(E.2)

Eu sei que eu tenho todas as dietas dela, mas eu não estou conseguindo fazer. Primeiro que para fazer dieta saudável demanda dinheiro. **E eu não estou em condições de manter uma dieta saudável.** Não estou. Não vou mentir para você. Então demanda dinheiro, para você manter. Não é só um mês, você tem que manter vários tipos de frutas, você tem que ter peixe, e tempo para fazer também né? Hoje eu trabalho de sete da manhã até às duas da tarde. Eu não tenho. Ela chega da escola, como é que ela vai comer? Eu deixo a vasilhinha dela para ela esquentar no microondas. Aí, por isso eu me sinto culpada. Poderia deixar já pronto no dia anterior, mas eu me sinto culpada porque eu não deixo. **Aí hoje ela comeu miojo!** (E.7)

Não, **porque assim a gente come comida de restaurante**, como a gente passa o dia todinho trabalhando, eu vou compro comida, essas coisas. Mas ele também vai, quando não sou eu é ele (*referindo-se ao pai*), a gente não tem tempo, tô trabalhando. (E.8)

Na realidade, ele convive mais com minha mãe, no dia a dia, do que comigo. Comigo é mais final de semana, a noite quando ele tá comigo e quando eu chego em

casa, assim, na maioria das vezes, ele já deve ter jantado. Então assim, eu pego, venho me encontrar com ele. Saio de manhã 7:30 da manhã de casa e chego 7h da noite, 6:30h, 6h. Então dia mesmo ele não passa comigo, mas eu questiono minha mãe muito com isso, que eu acho que ela cede demais. **Ele chora por alimento e ela dá.** Eu até evito assim, eu digo: “mainha, não dê, não dê”. Fico evitando, dizendo a ela...(E.12)

Além disso, as mães se mostram em uma posição complexa, em que precisam controlar e conscientizar seus filhos dos danos de hábitos incorretos e, ao mesmo tempo, necessitam manter uma relação próxima sentimental com as crianças em meio a tanta turbulência. O ambiente em que vivem torna-se estressante e difícil, porque todas as ações desenvolvidas pela criança se relacionam a seu estado obeso, desde a alimentação até a prática de atividades físicas ou o sedentarismo diante das programações atrativas da televisão.

[...] e eu acho assim, eu passo tão pouco tempo com ela, entendeu, aí justamente, eu passo 1h com ela na hora do almoço, não é 1h, é 20 minutos, pra sentar na mesa, almoçar e sair pra deixar ela na escola. Então assim, só aquela reclamação, reclamando, reclamando, aí vai ficar até uma coisa chata pra gente. Agora, apesar que eu sempre falo, mas, eu sempre falo que tem que fazer uma dieta, que tem que diminuir, que eu tenho certeza que só em diminuir pra ela, ela perderia muita coisa, só em diminuir, ela não precisava retirar nada.(E.13)

As mães expuseram suas aflições em tentar conscientizar seus filhos diante das situações de excesso de peso em que se encontram. Apesar de se mostrarem licenciosos em alguns momentos e incentivarem diretamente hábitos que conduzem ao quadro obesogênico como inatividade física, por exemplo, os pais demonstram uma preocupação com a realidade de seus filhos e, por vezes, momentos de estresse ao exporem suas atitudes extremas ao buscar formas de controlar a rotina das crianças:

Tô tentando conversar, mas não tem jeito. É difícil... **É, a gente já falou, eu falo até de uma forma que não devia falar,** “Tu quer ficar aleijado? Tu quer ficar cego?” Ele já tem um grau de miopia muito alto, ele usa dez. Aí eu pergunto: “tu quer ficar cego?” Aí ele diz: “eu me mato, mas eu quero morrer de barriga cheia!”...aí só Jesus, é assim...(E.14)

E a mãe dela já disse: quando chega no final do ano a gente sempre engorda, porque a gente para de caminhar, então **a gente passa 2 meses comendo, despreocupada,** na beira mar, aí a mãe dela sempre tem um cuidado um pouquinho antes, pelo menos perder alguma coisinha. O ano passado ela foi com 5 quilos a menos, não foi? Só que esse ano eu não consegui! **O ano passado a gente lutou, lutou assim de setembro até novembro, ela tinha perdido uns 5 kg,** só que esse ano eu não consegui perder, tentei, mas morri na praia. **Porquetá teimosinha, eu acho que agora ela tá ficando mais difícil** (E.13)

Os pais e familiares próximos representam modelos para formação dos padrões de comportamento alimentar das crianças. Assim, as famílias que buscam qualidade de vida deve evitar o excesso de peso desde a infância e incentivar a adoção de comportamentos saudáveis (GAHAGAN, 2004). Desse modo, o comportamento dos pais possui forte influência em seus

filhos, especialmente em atividade física e consumo alimentar, os maiores antecedentes da obesidade, sendo essencial moldar o comportamento apropriado na frente de seus filhos e incentivar um estilo de vida fisicamente ativo em vez de promover comportamentos sedentários (BRUG *et al.*, 2010). Posto isso, a seção seguinte busca aprofundar a análise na questão comportamental que envolve os pais e filhos contra a obesidade infantil.

-Comportamento de exemplo dos pais relacionado à alimentação, atividades físicas e tamanho do corpo

O ambiente familiar é um dos fatores chaves que influenciam a maioria das escolhas alimentares e comportamentos das crianças, servindo de exemplo (TABACCHI *et al.*, 2007; GIBSON *et al.*, 2007). Os comportamentos alimentares dos filhos podem ser determinados pelos pais, sob diferentes aspectos: através de influências sobre a disponibilidade e acessibilidade dos alimentos, a estrutura de alimentação, práticas de socialização comida, seu próprio peso corporal, nível socioeconômico, nível cultural, preferências alimentares, atividade física, estrutura familiar e as atitudes para com seus filhos (TABACCHI *et al.*, 2007). Nesse sentido, a partir dos relatos, é possível constatar a influência dos pais nas ações dos filhos e a consciência destes do poder que possuem sobre as escolhas das crianças:

Muito, muito, muito mesmo (*questionada a influência dos pais na obesidade infantil*). **Porque tudo que a gente faz, a gente transmite para eles. Tudo o que eles sabem, aprenderam com a gente.** Então, a questão da atividade física, a questão da alimentação, a questão do eu como isso, aquilo e não como isso. Realmente o que os pais não comem os filhos também não comem. Eu como de tudo, minha filha come de tudo. Só que na minha época era diferente, a gente não ficava sentada dentro de casa, brincava na rua, oito horas da noite cansada de brincar. E ela só conhece essa vizinha aqui e essa (*apontando para as casas*) (E.7)

(*Fala da mãe*) Sedentarismo né...não fazer esporte, aí esse... (*Fala do Pai*) **os hábitos, até as comidas também. Que ela come tudo que a gente bota, o que a gente come ela come também,** só na parte de não tomar refrigerante que ela toma. **Mas aí ela vai pegando hábitos do pai e da mãe e ela vai sendo a mescla disso aí, ela é o reflexo da gente.** Fica naquela questão de quando é pequeno, se for muito magra ser gorda, ser cheinha, ser cheinha e vai passando né..(E.11)

Nesse contexto, os filhos seguem os pais, e estes, por sua vez, podem influenciar o peso de seus filhos com seus próprios comportamentos, que são fatores que elevam ao seu próprio peso. Diversas mães possuem sobrepeso e doenças em decorrência do excesso de peso corporal. De forma geral, segundo Ebbeling, Pawlak e Ludwig (2002), a diabetes têm sido vista como uma condição atribuível à epidemia da obesidade na infância e adolescência, embora o fator genético e o estilo de sejam considerados como risco para sua obtenção,

condições exógenas detêm a maior responsabilidade por sua aquisição. Ainda, de acordo com os autores, o surgimento de diabetes tipo 2 em crianças representa um desenvolvimento alarmante, tendo em vista as possíveis sequelas macro vasculares (doença cardíaca, acidente vascular cerebral, amputação de membros) e microvasculares (insuficiência renal, cegueira) (EBBELING; PAWLAK; LUDWIG, 2002). Ainda como dizem as mães:

Não, sabia não, eu descobri que tinha diabetes junto com ele, eu desconfiava, mas tinha medo do diagnóstico, aí eu mesma fui cortando as coisas, fui cortando o açúcar, as massas, entendeu? Aí depois pra incentivar ele foi que eu levei no postinho, que eu desconfiei porque ele começou a perder muito peso, ele perdeu muito peso, era muita sede e muito xixi, aí levei no posto e pra incentivar ele e furei o meu também, aí quando chegamos o médico disse. Fui fazer os exames de laboratório pra comprovar e pronto (*Mãe e filho possuem diabetes*). (E.9)

Nenhuma taxa alterada, por enquanto, a gente, até hoje, nunca descobriu nada não, apesar de que eu morro de medo que ele tenha diabetes, porque eu sou diabética tipo I e aí a gente fica...a cautela é maior, principalmente com relação a doce e tudo, né? Já tem a questão do sobrepeso, que já é um fator predominante pra desencadear a diabete, e ainda a genética. Ai junta uma coisa e outra e acaba que a gente... (E.12)

Os questionamentos a respeito da relação entre pais e filhos tangenciaram todos os fatores apontados como contributivos para a obesidade. Apesar de as respostas se mostrarem diversificadas e relacionadas a diferentes aspectos, em essência, conduziram à conclusão que os pais dão exemplos negativos para seus filhos no que se refere a atividades físicas, alimentação, restrições e tamanho do corpo. Isso não anula a possibilidade de os pais darem exemplos positivos ou determina uma relação com negligências e condutas incorretas, apenas indica que atitudes negativas advindas dos pais são replicadas pelos filhos, bem como atitudes positivas, como será observado no Subfator *Incentivo direto*. Sobre atividades físicas, os pais comentaram:

Então imagina como é que a gente como mãe se sente? Completamente impotente porque quer mudar, mas eu não tenho condições de mudar. Até porque eu também não tenho o hábito de uma atividade física, não tenho. Quando a gente faz aquela atividade que a gente caminha, que chega em casa cansado, ela mesma fala: ai mãe, foi tão bom. **Eu falo: Filha, então me incentiva que eu te incentivo, vamos amanhã, vamos!** Aí quando vai dando uma hora dessas assim, aí a gente vai desanimando, a gente janta, toma banho e não vai. Mas é assim. (E.7)

Assim, eu tentei duas semanas a caminhada, só que bateu uma fraqueza, não continuei, mas **ela me pede sempre pra caminhar**, pra fazer. Nas praças, não tem aqueles exercícios pra fazer? **Eu que não incentivo ela a ir.** Só caminhar juntas, agora vou ver se nas férias agora eu pego pra valer. Espero, se Deus quiser. (E.3)

Não, Não (risos). É...eu frequentei uma academia durante 6 meses, eu devo ter ido, três meses salteados assim. Paguei 6 meses, devo ter ido 3. Desisti. E tentei fazer pilates, na verdade eu fiz 1 ano, depois parei, voltei esse ano, só fiquei 2 meses, porque eu tive um problema no joelho seríssimo e abandonei, precisei parar. **E meu marido, jamais fez, jamais, jamais.** (E.5)

Eu. Nunca mais, nunca gostei na minha vida. Academia tenho verdadeiro horror.

Eu não tenho paciência não, academia. Tava fazendo fisioterapia, aí to agora fazendo meus exames pra ver se eu vou começar Pilates, se eu vou ter paciência, porque nem piscina, nem hidroginástica, não gosto, nunca gostei, desde adolescente. (E.6)

Não, no dia a dia mesmo que nós moramos no interior aí pronto, não tem água encanada não tem... Tudo é difícil, tudo tem que ser a gente. Nada, a gente se levanta de 5h da manhã, cuidando de bicho, de água, aí pronto. **Não deixa de ser uma atividade física né (risos), é, não é uma caminhada, mas a gente não para.** (E.9)

Com base nos relatos podemos constatar que a inatividade física está presente no cotidiano dos pais e, conseqüentemente, dos filhos, tanto na questão de comportamento de exemplo como no papel incentivador que estes atores possuem. As mães alegam os mais diferentes motivos, mas, na maioria das vezes, revelaram as principais razões: falta de vontade e falta de interesse ou atratividade. Na verdade, às mães parece faltar persistência diante da necessidade de melhorar a qualidade de vida da família em detrimento de um esforço físico diário, onde tudo dificulta sua continuação.

Vale destacar que E.9 coloca a falta de estrutura básica habitacional, despendendo maiores esforços físicos durante o dia para suprir as necessidades da família, como dificuldade para realizar atividades físicas em prol da saúde. Contudo, estes esforços não têm se mostrado eficazes para a perda de peso e cuidados com a saúde ou, pelo menos, suficientes, tendo em vista que a mãe e o filho se encontram obesos e com diabetes. Em consonância com a literatura, os relatos coletados na pesquisa demonstram que a ato de alimentar-se e alimentar os filhos incorre no maior número de escolhas e ações incorretas que resultam em hábitos que serão absorvidos e replicados por toda a vida. O grande problema está no fato de que estes hábitos alimentares incorretos são responsáveis pelo aumento de peso e alteração em taxas, podendo desenvolver-se para alguma doença crônica não transmissível.

- *Licenciosidade*

A reeducação alimentar, a mudança de hábitos e comportamentos, a prática de atividades físicas e o controle para reger suas escolhas em meio a tantas informações e opções disponíveis no ambiente não são tarefas fáceis. Os adultos sofrem com as restrições, mesmo tendo consciência plena de suas conseqüências, desse modo, ao voltar à atenção para o público infantil, a complexidade do autocontrole e da mudança de hábitos torna-se ainda maior. Nesse sentido, os pais são responsáveis pelos filhos, pelas suas escolhas, atitudes e ações contra ou a favor de sua própria saúde e bem estar, tendo como papel orientar, vetar e incentivar comportamentos negativos e positivos dos filhos.

Os pais precisam preparar o ambiente familiar para agir contra a doença e, ainda,

se preparar para os fatores do ambiente cotidiano de convivência da criança fora a família, como escola e amigos, e com o ambiente externo, que tenta introduzir na criança produtos e desejos de consumir algo que, muitas vezes, não é necessário ou prejudicará o plano de combater a obesidade, como pode ser observado nos relatos que seguem.

Eu não gosto de levar não porque senão ela detona (*referindo-se ao supermercado*), então, assim... Só quando eu tô muito cansada e tô sem paciência aí eu **“vem mulher, vem pra cá e ver o que tu quer levar”, mas ela vem com as mesmas coisas** (risos). (E.11)

McDonald's (risos), *Bob's*, deixa eu ver mais. Agora ele sempre, **a gente sempre vai**, eu acho que é menos calórico, que é aquele... *Subway*, menos calórico ainda. **Ele gosta também, outras coisas de comida não**(*pedidos do filho*), **é mais esse negócio de sanduíche**. (E.8)

Associados à licenciosidade encontram-se os estilos parentais identificados por Birch e Fisher (1995), como autoridade, autoritário e permissivo. Estes estilos estão relacionados aos hábitos alimentares das crianças (BRUG *et al.*, 2010) e funcionam como mecanismos por meio do qual as preferências e os padrões de consumo de alimentos das crianças podem ser moldados, representando a forma de abordagem dos pais com a finalidade de manter ou modificar os comportamentos das crianças no que diz respeito à alimentação (PATRICK *et al.*, 2005).

O estilo de autoridade é constituído pelo alto grau de afeto e responsividade em busca de desenvolver autonomia na criança e autocontrole (HUBBS-TAIT *et al.*, 2008). Este estilo de autoridade é caracterizado por uma elevada participação dos pais, com rigor e carinho, e está associado a comportamentos positivos de saúde, incluindo maior ingestão de frutas e vegetais (BRUG *et al.*, 2010). O estilo autoritário diz respeito à disciplina rigorosa, podendo ser insensível às necessidades emocionais da criança e pode resultar em crianças motivadas por fatores do macroambiente (HUBBS-TAIT *et al.*, 2008). Segundo Bruget *al.* (2010), este estilo é caracterizado pela alta rigidez e baixo envolvimento. Por fim, o estilo permissivo é caracterizado pelo baixo controle e baixo envolvimento (BRUG *et al.*, 2010), possuindo dificuldade em definir limites para a criança (HUBBS-TAIT *et al.*, 2008). De acordo com Patrick *et al.* (2005), este estilo pode ser denominado de "negligência nutricional", a partir do pressuposto que a criança possui permissão para ingerir o que desejar e na quantidade que preferir, nestes casos, não são oferecidas estruturas de controle e apoio às crianças, limitando as escolhas alimentares ao que estiver disponível. Vejamos o que dizem os entrevistados:

Só que gosta...só que ela **gosta de comer** muito assim...**muita besteira, muita coisa doce, lanche, é muita coisa doce**. Principalmente chocolate, nescau com leite e açúcar, essas coisas, então já percebi que não tá fazendo bem pra ela, que tá

ofendendo a ela. **Aí, às vezes, eu não deixo, ela se “malcria”, ela fica com raiva, então assim, qualquer coisinha que ela tem, ela só vê na frente comida, assim...** (E.1)

Ele pede pra ir pro...lanche às vezes no shopping, ou então naqueles sanduíche... Sanduíche ele comeu a primeira vez agora, não tem costume, umas 2 vezes que a gente saiu pra comer sanduíche com essa idade toda que a gente tem. **Ele come pouco essas coisas, ele gosta muito de batatinha, batatinha frita final de semana.** (E.4)

Acho que essa liberação. **Ele e a ansiedade e eu, com pena, soltei, soltei, deixei ele comer assim mesmo.** Aí agora eu tô cortando devagar e mostrando a ele e ele tá entendendo e tá evitando. **Chegava os toddynhos na geladeira, botava, tirava essas coisas tudinho na sequência.** Epa, quem foi? Aí ele fica calado. Já sei que foi você. Aí agora já, biscoito... (E.6)

É, meio difícil por causa disso, **quando eu saio agora, com certeza, ele vai comer bolacha recheada, e sempre que a gente vai pra o supermercado ele sempre pega as coisinhas dele que ele mesmo escolhe.** E se eu não trouxer com certeza vai dar um jeito de comprar com o pai dele, um ajuda e o outro destrói. (E.8)

Então assim, eu acho que a escola assim, foi bom nessa parte, quando ela tava “pequeninha”, que aí como eu já dava em casa e ela comia, na escola aí que ela colocava pra comer esse tipo de comida, **mas hoje não, hoje ela já tá com opinião dela, o gosto dela então ela mesma vai escolher, e ela só tem um dia na semana que come porcária, que é a na sexta. A famosa coxinha ou empada e o guaraná que ela pede, pronto, o restante não..** (E.11)

(Fala da mãe) Refrigerante na nossa casa é proibido, é só no final de semana. (Intervenção da filha, discordando da mãe) **Não é proibido não.** (E.13)

Minha mãe reclama tanto comigo ...“mulher, tu quer matar teu filho?”, porque ele não gosta, porque ele almoça carne, aí jantar ele não quer comer carne, no jantar, ele não quer comer ovos, ou carne de hambúrguer, **ele gosta dessas coisas.** (E.14)

Os trechos das entrevistas demonstram que os pais oscilam entre os estilos parentais de controle na alimentação. As mães sofrem com os pedidos dos filhos e dividem-se na forma de atendê-los. Algumas entrevistadas assumem que cedem aos pedidos por falta de opção, paciência ou sensibilidade com a condição infantil dos filhos; contudo, demonstram evitar a ingestão desregrada de alimentos. Todavia, é possível identificar trechos em que as mães assumem uma liberdade alimentícia nas relações com seus filhos, sendo possível, por vezes, atestar estilos permissivos na conduta dos pais.

Justamente, estas atitudes licenciosas não podem ser admitidas nas relações entre pais e filhos, por isso, se faz necessário um equilíbrio nas trocas entre os lados envolvidos. Assim, é essencial que os pais desempenhem suas funções com foco no controle da doença e no auxílio a seus filhos. Incentivar o consumo de alimentos, a inatividade física e dar poder a seus filhos para realizarem escolhas sem estarem preparados para tal tarefa representam erros que incorrem danos à vida da criança, no futuro adulto que será e no núcleo familiar, que sofrerá as consequências conjuntamente. O incentivo direto a comportamentos negativos é

um fator que contribui para o aumento da obesidade na infância e será aprofundado na seção seguinte.

- **Incentivo direto**

O contexto de apresentação do alimento é algo importante para a sua aceitação e experimentação. Por exemplo, se um alimento for apresentado como recompensa para uma criança, isto aumenta a sua preferência por ele; entretanto, com o passar do tempo, isto produzirá efeito negativo sobre escolha de outros alimentos, ainda mais se esta relação for entre um alimento calórico como recompensa e a posterior introdução de alimentos saudáveis (TABACCHI *et al.*, 2007). Por isso, é importante que os pais estejam conscientes de sua influência na construção do hábito alimentar dos filhos e o seu incentivo em experimentar algo é diretamente proporcional à aceitação por parte da criança, constatados nos relatos:

[...] Domingo eles tomam (*refrigerante*), o pequeno (*filho*) não toma, mas o grande (*filho*) toma no almoço na casa dos avós, **eles sempre tomam**. O Suco de fruta todo dia ele toma em casa, e também leva o outro de caixinha (*para a escola*). [...] Eles saem, porque às vezes comem papinha, eles ficam manhosos, eles querem papinha da vovó, às vezes quer suco natural, mas não tem, só tem refrigerante, a gente quer fazer uma dieta assim, aí já fico com medo, bote a verdura que ele come em casa, lá não, ela (*a avó*) afasta a verdura como se ele não gostasse e diz que “criança não gosta de verdura”...**bote a verdura, os pedaços grandes para ele vê que está comendo, não gosto de esconder não.**(E.4)

Não, a gente dá alguma coisa como recompensa, claro, porque a gente tem que incentivar. Muitas vezes ela pede comida (risos).Chocolate, ir pra o japonês...(fala do pai)**Ela vai desde pequena, que a gente gosta, é um hábito que passa de pai pra filho.**(E.11)

Esta atitude parental não se restringe a hábitos alimentares, mas a comportamentos adotados em geral, principalmente aqueles relacionados à obesidade como a prática de atividade física e tempo de exposição à televisão. O incentivo direto diz respeito ao estímulo ao consumo desregrado ou incorreto, bem como a abstenção de atividades e interações que proporcionam bem estar à vida da criança e melhorias ao seu estado obeso. Nos trechos extraídos das entrevistas com as famílias das crianças encontramos relatos de atitudes positivas e negativas incluídos no escopo de incentivo direto.

A E.1 relatou momento de incentivo positivo: “Tipo assim, eu fazia, gostava de fazer mousse, às vezes comprava leite condensado pra fazer alguma coisa, final de semana. **Mas aí eu deixei, deixei de comprar essas coisas porque ela vai, abre,** quando eu vou olhar tá lá aberto e ela tá comendo.”(E.1). Mas, também, a E.1 expôs ação de incentivo direto negativo: “Mesmo tendo lá, aí às vezes ela fala assim, “mainha, hoje é isso e eu não gosto, eu não vou comer” **aí eu até coloco, um suco, ou então refrigerante, aqueles refrigerantes**

pequenos, que nem é bom né? Mas eu ainda sou teimosa e coloco.(E.1).

De fato, as mães demonstraram a todo o momento, em suas falas, a tentativa de ajudar os filhos no combate ao excesso de peso, mas, muitas vezes, acabam cedendo e até incentivando o consumo inapropriado por fatores de relacionamento e por seu uma criança. Verdadeiramente, nota-se que as entrevistadas têm receio em restringir demasiadamente a vida dos filhos em questões alimentares, principalmente, devido ao medo de causar problemas psicológicos.

Da mesma forma, naE.13 a criança participou de alguns momentos da entrevista e explicou que tipo de incentivo direto positivo recebia: “Aí essa menina(*referindo-se a pessoa que trabalhava em sua casa*) ela triturava, aí depois botava com o molho do arroz, o arroz ficava verde, fazia: (*nome da pessoa*)(*pedindo*) “arroz do Hulk!!”, eu falava quando era pequenininha. Aí eu: (*nome da pessoa*), bota arroz do Hulk pra mim? **Que eu nem sabia que era de brócolis.**” (E.13). Esta prática de colorir e associar comidas saudáveis ao imaginário infantil é recomendada e incentivada pelos médicos e pesquisadores, pois ajuda a criança a aceitar e experimentar novos cardápios, além de ser a estratégia utilizada pelas grandes indústrias para atrair as crianças, ou seja, é uma forma comprovadamente eficaz no incentivo direto para crianças.

O incentivo negativo também foi exposto pela filha na E.13, como pode ser observado: (*fala da criança*) **Eu aprendi a comer biscoito recheado, que eu só como um por causa dela,** que ela diz: “come um biscoito, come alguma coisa!”; (*fala da mãe*) **Ela tem que comer alguma coisa** (E.13). Ademais, apesar de em outros momentos mostrar o estímulo ao consumo de alimentos saudáveis e a prática de exercícios, E.13 demonstrou aflição em tentar alimentar sua filha de algo comum entre crianças em diferentes momentos da entrevista, incentivando-a de forma insistente em consumir produtos industrializados e sem benefícios à saúde da sua filha com excesso de peso. Esta atitude contribui para a manutenção da doença e, dependendo do estágio em que se encontra, para o seu desenvolvimento. Vejamos os relatos:

Eu boto ela na frente da prateleira assim pra ver se eu consigo que ela traga um lanche, mas o lanche pra ela é isso. E se não tiver, melhor que seja... Se der um prato de macarrãozinho pra ela trazer, um potinho assim, ainda é melhor, ela gosta. Então assim, mesmo... **Então assim, é difícil até pra mim de, por exemplo, de um refrigerantezinho, eu mando aqueles pequeninhos que eu já compro, porque assim, abre os olhos de uma criança,** o dela não abre, ela dá dois golinhos, acabou-se. Aí tem um toddynho light, um Nescau light, que ela só toma se for aquele light. **Então assim, é uma coisa muito reduzida pra ela fazer de lanche, mesmo você botando como bota de frente pra as prateleiras, pra ver se ela escolhe alguma coisa para lanche.** (E.13)

Então assim, aqui na cantina (*da escola*), por exemplo, ela só tem uma opção de

lanche muito pequeno pra ela porque ela só gosta de um biscoitinho, que eu digo a ela que é **biscoito(recheado) de pobre, treloso de brigadeiro, bem casado, é o único que eu ainda consigo comprar pra trazer pra cá** (E.13)

Nas entrevistas os mais diferentes relatos surgiram, referindo a distintos fatores de influência no aumento do peso em crianças.

Eles sempre levam de casa (para a escola), laranja, às vezes é abacaxi cortado, suco leva sempre, barra de cereal. Às vezes, é como eu falo, tem duas semanas que eu não to indo pra supermercado né, porque eu gosto de comprar lanche do mês todo, aí tem duas semanas que eu não fui ao supermercado, aí eu fico indo na padaria, no supermercado, antes de ir pra o colégio pra comprar lanche, aí às vezes... **Essa semana mesmo eu comprei um pippos, aí quando é nessas agonias assim e pronto, as vezes eu pego, compro é pão, assim, se for pão francês, o pequeno.** Eu tiro todo o miolo que tem dentro, boto com uma fatia de queijo, eles levam. Sempre levam de casa, eles nunca compram lanche na escola, não compram. (E.3)

Quando ele leva recheado (*biscoito*), eu compro recheado diet. **Eu já compro diet ou então eu mando o integral, o recheio normal e o biscoito normal ele não tá comendo não,** quando come é o integral e quando recheado o diet.(E.9)

Nas entrevistas, muitas mães se mostraram na defensiva em relação ao cuidado com seus filhos, elas expuseram suas rotinas e opiniões, mas sempre deixavam claro que sabiam que eram erradas suas atitudes ou justificavam com frases nas quais envolviam o fato de os filhos ainda serem crianças. Estas passagens podem ser observadas no relato E.12. A E.12, assim como as demais entrevistadas, expôs momentos de incentivo positivo e negativo, respectivamente, com destaque para as frases em defesa de seus atos.

[...] Inclusive, no supermercado, eu nem gosto de levar ele no supermercado, quando tem a questão do lanche semanal, que a gente tem que enviar pra escola. Na escola, eu tento enviar pra ele biscoito salgado, aqueles biscoitos *club social*, suquinho, às vezes até um biscoito integral. Mas aí na escola, **o lanche dele eu tento evitar o máximo esse biscoito recheado. Eu, na verdade não envio, eu tento não, eu não envio.** (E.12)

Ontem eu disse: (*nome da criança*), a gente vai comer pizza hoje à noite. Eba!, não sei que. Porque ele adora pizza, né? Só que a gente pediu em casa, pra comer em casa, aí ele: “Ah, mamãe, eu quero, eu quero pizza”. Então se comporte. Então assim, não é sempre, mas a gente, **uma coisa leva a outra, a gente acaba conversando, falando isso, mas eu não fico (incentivando o consumo de alimentos em troca de bom comportamento), não é rotina. Até porque eu não posso fazer isso, se eu fizer isso eu vou tá piorando ainda mais a situação dele com relação a alimento.** (E.12)

Algumas entrevistas foram mais intensas e demonstraram um maior número de detalhes a respeito dos hábitos dos filhos e sua relação com os pais. A E.7 detalhou os acontecimentos relacionados ao excesso de peso da filha.

Tento, mas eu erro muito (com relação a quantidade de comida). Tem hora que ela fala: “mãe, eu não como isso muito não”, mas eu fico com a sensação assim: “Ah, eu acho que ela vai ficar com fome”. Talvez eu tivesse que reduzir a porção, mas eu não tenho muita noção da quantidade que ela vai ficar satisfeita. (E.7)

Ela gosta muito do *Subway* e **eu também gosto**, aí às vezes chega assim uma sexta-feira, aí eu tô cansada, ela tá cansada, não tem almoço em casa aí eu pego ela na escola, a gente vai no *Subway*. Aí eu falo: “Vamos ali!”. E ela: “Aonde você vai?” E quando chega ela: “Ahh!!” (reação de surpresa). **Então ela não chega a pedir, eu faço um gosto, porque sei que ela gosta e eu também gosto e a gente vai.** Mas eu jamais iria, por exemplo, almoçar no *McDonald's*. **Mas um *Subway* que, assim, entrelinhas a gente pensa que é mais saudável, aí eu vou, mas eu não cedo. Aí, eu quero pizza, eu quero, eu não cedo.**(E.7)

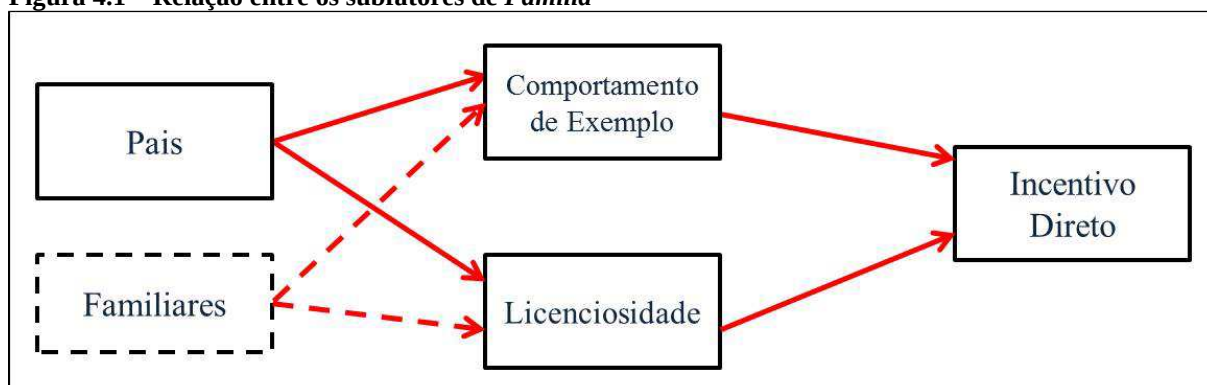
Não. Não, não gosto (com relação à prática de exercícios físicos juntamente à filha). O maior problema é esse. Porque eu não gosto, não tenho costume. Acho altamente necessário, mas uma vez por semana eu coloco meu tênis e vou caminhar, com a promessa de que vou continuar todos os dias. **Aí eu vou com ela. Aí no outro dia eu estou cansada, aí no outro dia tem outra coisa para fazer, aí no outro dia eu não continuo. Toda semana eu faço isso com ela.** (E.7)

As crianças imitam as escolhas alimentares dos seus pais, principalmente, na primeira infância, e são eles, os pais, que controlam os ambientes alimentares dos filhos, escolhendo quais alimentos serão comprados, preparados e oferecidos. Eles relatam que querem que seus filhos consumam alimentos saudáveis e bebidas nutritivas, mas precisam perceber que possuem os fatores chaves para alcançar isso: o modelo dos pais, a ingestão dos pais e a disponibilidade de alimentos em casa, os quais são associados ao consumo infantil(HARRIS; RAMSEY, 2014).

- Esquema explicativo

Com base na análise dos resultados acima, pudemos compreender que há uma relação de influência entre os subfatores de cada categoria, de forma que estes contribuem para o desenvolvimento do subfator seguinte. A relação encontrada entre os subfatores que formam o fator *Família* pode ser observada na Figura 4.1.

Figura 4.1 – Relação entre os subfatores de *Família*



Fonte:Elaboração própria (2015).

Pelo que vemos, no fator *Família*, o subfator preponderante e iniciador do

processo de influência é *Pais*, pois, além de seu papel primordial no combate a obesidade infantil, eles são responsáveis pelos filhos e, assim, permitem ou proíbem comportamentos não saudáveis (estas ações de controle referem-se à *Licenciosidade*). Nesse contexto, podemos inserir a presença e influência de outros familiares na realidade estudada, como avós e tios (as), destacando sua importância, mas justificando que não foram contemplados nas análises por uma questão de foco do escopo da pesquisa. Corroborando para adoção de hábitos incorretos ou corretos, dependendo das ações e escolhas feitas pelos pais, estão os *Comportamentos de exemplo*, nos quais os pais são referência para os filhos que irão replicar os comportamentos observados no ambiente doméstico e em interação com o social para obter uma vida saudável. Esses dois subfatores associados vão determinar os comportamentos adotados pelas crianças, caracterizando-se como um *Incentivo direto* a práticas saudáveis ou não, neste subfator também são consideradas ações de estímulo ao consumo incorreto, desempenhadas pelos pais com relação a práticas físicas, interacionais e alimentares.

4.2.1.2 Fator *Dieta alimentar*

Os hábitos e comportamentos relacionados à alimentação representam fatores primordiais na compreensão e combate à obesidade em crianças, sendo este, um fator comumente apontado pelos autores como preponderante para a manutenção ou controle da doença. Nesse contexto, os pais influenciam o ambiente familiar, expondo os membros da família à dieta alimentar e, ao fazerem isso, estabelecem normas sociais sobre comida e o ato de comer, influenciando a iniciação e manutenção de hábitos alimentares regulares das crianças. (CRUWYS *et al.*, 2015).

Com base nesses pressupostos, investigamos a dieta alimentar da família, separadamente, analisando o cardápio alimentar dos pais e, posteriormente, dos filhos. O objetivo foi criar uma visão geral dessa alimentação com relação ao consumo de nutrientes e ingestão de alimentos deletérios, bem como suas quantidades por semana. A tabela nutricional foi baseada na pirâmide nutricional, na qual os alimentos da base devem ser consumidos com maior frequência (cereais, tubérculos e raízes; hortaliças; frutas; leguminosas, carnes e ovos – moderadamente; e, leite e derivados), enquanto os demais devem ter o consumo moderado (óleos e açúcares – bebidas açucaradas e fermentadas), devido à contribuição nutricional para o ser humano (BRASIL, 2014). Além disso, adicionamos à tabela de coleta questionamento sobre refrigerantes, sucos de polpa de fruta e sucos de caixinha, comum a alimentação

cotidiana das crianças.

Desse modo, a Tabela 4.1 mostra os percentuais apontados pelos respondentes a respeito do seu consumo alimentar e de seus filhos. De acordo com os resultados, os pais e filhos possuem uma dieta alimentar equilibrada, tendo em vista a ingestão diária de alimentos indicados pelos nutricionistas e rico em nutrientes, diferentemente do consumo de alimentos calóricos e açucarados que representam percentuais menores no cardápio dos entrevistados.

Podemos observar que em *cereais, pães, tubérculos e raízes*, a alimentação dos pais e filhos apresenta indícios de semelhança quando ambos os inserem em sua dieta semanal, basicamente, com a mesma frequência. Nesse tópico, as mães argumentaram que possuem dietas similares às dos filhos e que, geralmente, comem os mesmos produtos, devido ao fato de compartilharem o ambiente doméstico e a feira da casa. Isso reforça a teoria de que os pais são responsáveis pela alimentação dos filhos, tanto em permitir o contato com algum alimento como bani-lo do cotidiano da criança.

Distintamente, o grupo de *hortaliças* indicou uma diferença entre a alimentação dos pais e de seus filhos. Entre os pais, 75% afirmou alimentar-se de hortaliças todo dia ou até 3 vezes na semana e 0% nunca insere este grupo alimentar na dieta, enquanto que para os filhos, os percentuais foram de 43,8% para todo dia ou até 3 vezes na semana e 18,8% para os que nunca comem hortaliças na semana. Esta diferença demonstra a necessidade de maior incentivo direto dos pais na tentativa de experimentação e reeducação alimentar dos filhos, já que se alimentam diariamente deste alimento, mesmo considerando que os relatos expressam que os pais insistem nesta escolha por parte dos filhos, mas sem sucesso.

O grupo 3 das *frutas* evidenciou que sua ingestão por parte dos pais é quase o dobro da dos filhos para a frequência de todo dia e até vezes na semana somadas, onde 81,3 % dos pais as consome todo dia e até vezes na semana contra a 43,8% dos filhos. Além disso, 18,8% dos filhos só consomem frutas uma vez na semana e 31,3% dos filhos quase nunca consomem frutas. Estes dados são desanimadores diante de uma realidade de pais e filhos com sobrepeso ou obesidade, a partir da premissa que a ingestão de frutas é essencial para o equilíbrio da dieta alimentar. Neste grupo vale ressaltar que muitas mães destacaram que seus filhos possuem uma pequena variedade de frutas em seu cardápio, pois não gostam dos sabores: “Mas assim, **fruta ela já não gosta, não gosta, não adianta**, ela prefere comer com água, tu acredita, e não toma um copo de suco. Olha..., uva, maçã, abacaxi, banana, melancia, meu Deus! quase nunca” (E.13).

Tabela 4.1 – Consumo alimentar dos entrevistados

GRUPO ALIMENTAR/ LÍQUIDO	Pais/ Filhos	Todo dia	Até 3 vezes na semana	Uma vez na semana	Quase nunca	Nunca
Cereais, pães, tubérculos e raízes. (Ex: arroz, pão, milho, batata, beterraba, massas, mandioca.)	Pais	62,5%	31,3%	6,3%	0%	0%
	Filhos	50%	37,5%	12,5%	0%	0%
Hortaliças (Ex: alface, tomate, cebola, cenoura, acelga)	Pais	50%	25%	18,8%	6,3%	0%
	Filhos	25%	18,8%	12,5%	25%	18,8%
Frutas (Ex: uva, maçã, abacaxi, banana, melancia.)	Pais	56,3%	25%	6,3%	0%	0%
	Filhos	37,5%	6,3%	18,8%	31,3%	6,3%
Leguminosas (Ex: feijão, nozes, ervilha, soja, lentilha.)	Pais	68,8%	18,8%	12,5%	0%	0%
	Filhos	68,8%	12,5%	18,8%	0%	0%
Carnes e ovos (Ex: aves, ovos, carne vermelha, peixe.)	Pais	75%	25%	0%	0%	0%
	Filhos	62,5%	31,3%	6,3%	0%	0%
Leite e produtos derivados (Ex: Leite, queijo, iogurte)	Pais	56,3%	31,3%	12,5%	0%	0%
	Filhos	75%	18,8%	6,3%	0%	0%
Óleos e gorduras (Ex: Manteiga, óleo, azeite.)	Pais	56,3%	18,8%	18,8%	6,3%	0%
	Filhos	31,3%	12,5%	31,3%	18,8%	6,3%
Açúcares e doces (Ex: chocolate, torta, sorvete, biscoito recheado, balas.)	Pais	6,3%	12,5%	37,5%	31,3%	12,5%
	Filhos	12,5%	31,3%	25%	25%	6,3%
Refrigerantes	Pais	6,3%	25%	37,5%	25%	0%
	Filhos	12,5%	18,8%	25%	31,3%	6,3%
Sucos de fruta	Pais	31,3%	37,5%	6,3%	18,8%	0%
	Filhos	18,8%	43,8%	6,3%	12,5%	12,5%
Sucos de caixinha (lata)	Pais	12,5%	6,3%	6,3%	18,8%	50%
	Filhos	31,3%	12,5%	12,5%	0%	37,5%

Fonte: Dados da pesquisa(2015).

Com relação ao grupo 4 das *leguminosas*, os percentuais, em sua maioria, referem-se ao consumo diário de feijão com 68,8% para ambos. No grupo das *carnes e ovos*, podemos destacar o consumo de frango, primeiramente, e carne vermelha como os mais citados, enquanto peixe obteve pouca menção. Já o grupo dos *leites e derivado*, apontou um alto consumo entre as crianças todo dia e até 3 vezes na semana, sendo relacionado a ingestão de iogurtes e queijos, bem como os pais apresentaram percentuais consideráveis. Para os *óleos e gorduras*, a referência foi a utilização de azeites e manteiga, sendo destaca pelas mães como ingrediente necessário no preparo dos alimentos. Isso proporcionou altos percentuais a este grupo para consumo diário, os pais também explicaram que consomem bastante azeite

juntamente a saladas.

Nos *açúcares e doces*, os percentuais foram distribuídos ao longo da frequência de consumo, para os pais o maior percentual de 37,5% ficou para uma vez na semana, enquanto para os filhos destaca-se 31,3% para até 3 vezes na semana. Ambos os percentuais são significativos, a partir do quadro obesogênico atestado com os IMC. Da mesma forma, encontramos percentuais relevantes para o consumo de refrigerantes, onde 25% dos pais consomem até 3 vezes na semana e 37,5% dos pais uma vez na semana, já os filhos apresentam que 18,8% consome até 3 vezes na semana e 25% uma vez na semana. Apesar de menores os percentuais para filhos, os dados demonstram que ambos têm um consumo regular deste tipo de bebida rica em calorias e açúcar. Ao mesmo tempo, 25% das mães alegaram que quase nunca consomem refrigerantes e 31,3% dos filhos também quase nunca consomem.

Por fim, os sucos de polpa de fruta, comum nos lares, apresentaram percentual de 68,8% dos pais ingerido todos os dias e até 3 vezes na semana, ao passo que 62,6% dos filhos os consomem todo dia e até 3 vezes na semana e 12,5% nunca toma sucos de polpa, de forma que é preciso um maior incentivo a ingestão de sucos naturais. Os sucos de caixinha vêm sendo consumido em larga escala devido a facilidade de serem carregados para lugares como escolas e passeios, assim, os filhos apresentaram percentuais de 43,8% de ingestão diária somada a até 3 vezes na semana e 37,5% nunca tomam este tipo de bebida açucarada.

A partir dos resultados da tabela, é possível perceber que a alimentação entre pais e filhos é semelhante e demanda cuidados e controle, bem como incentivo para melhoria do cardápio saudável e opções disponíveis em casa. Apesar de demonstrar uma alimentação balanceada, em detrimento dos IMC, a maioria dos pais destacou que seus filhos não comem alimentos prejudiciais à saúde e que causam excesso de peso na grande parte das vezes, mas sim que exageram na quantidade de comidas de panela e de massas, como o macarrão, alimento citado por todos os entrevistados como preferido dos filhos. Os relatos relacionados aos subfatores comprovam e reforçam os resultados da Tabela, como pode ser visto nos tópicos seguintes.

-Tipos de alimentos disponíveis em casa (pais)

Em geral, os pais são responsáveis por escolher e proporcionar a alimentação doméstica, e, desse modo, conseguem controlar os tipos de alimentos que entram em casa e, conseqüentemente, no prato de seus filhos. Nos relatos pudemos perceber que os pais se colocaram na posição de defesa, demonstrando que entendem que devem realizar as compras com base nas necessidades e não vontades dos filhos, mas cedendo, em alguns momentos, a

pedidos do filho que é criança e atendendo as tendências do mercado, bem como buscando facilidades que auxiliem no cotidiano corrido da sociedade contemporânea, como nos trechos destacados:

É, até a feira mesmo, doce eu não compro, eu não gosto muito de doce, não sou muito chegada a doce, ele já gosta e ela também. Ela, formiguinha, e é doce daqueles que...bananada, goiabada, caseiro...se eu trazer dois, come os dois, se eu trazer um, come um todinho, ela e ele, são loucos por isso. **Aí o que é que eu faço? Não compro no meio da semana, no final de semana tudo bem, mas na semana eu tento não dá. É a única coisa que dá pra fazer. Pra controlar né? Na feira, porque sou eu que faço aí controlo** (E.11)

Nem gosto de comprar, assim, alimento calórico pra casa, eu evito, eu não compro biscoito recheado, eu compro biscoito doce, mas sem recheio, como eu te falei. Eu dou preferência a biscoito maisena, biscoito rosquinha, rosquinha não tem recheio, mas aí eu tenho esse grande probleminha com relação a minha mãe. (E.12)

Nós costumamos comer sobremesa...sim, o mal né? **Geralmente é Doce ou sorvete. Em casa, sorvete? Ahamram, sim.**(E.5)

Os trechos identificam maneiras de controle dos pais com relação à dieta alimentar dos filhos, além de ser uma forma de incentivo a diminuição da alimentação não saudável. Da mesma forma, algumas mães discorreram sobre momentos em que disponibilizam em casa uma alimentação saudável:

(fala da criança) O único macarrão que ela fez foi domingo passado.
(fala da mãe) E era de soja e comeu sem saber e achou uma delícia. (E.13)

Agora não é muito de comer guloseima assim, porque eu tenho diabetes, aí quando eu faço feira eu não compro doce, eu não compro biscoito recheado, eu não tenho costume de comprar essas coisas assim. Às vezes ele diz assim: mãe, a senhora deixa eu levar um biscoito pra escola? Eu sempre substituo por uma fruta, sempre eu boto uma maçã, leve uma maçã, leve banana, entendeu? Mas assim, negócio de guloseima não é muito não, é mais comida grossa mesmo. (E.2)

Mas meus meninos não é de ficar comendo recheado, essas coisas não. Eles comem, mas assim, não é negócio de todos os dias não. **Pronto, agora comeu um biscoito recheado que o amigo ofereceu, mas assim, pra mim comprar lá em casa pra ter assim, não compro.** (E.3)

As pesquisas atuais afirmam que as crianças imitam seus pais na alimentação, ou seja, seguem a mesma ingestão dos pais, sendo um forte preditor do consumo, por isso os alimentos disponíveis em casa são importantes para incentivar uma dieta saudável. De acordo com Harris e Ramsey (2014), a disponibilidade de alimentos saudáveis em casa é um fator de contribuição para a redução do consumo e da disponibilidade de alimentos não saudáveis, diminuindo a probabilidade da ingestão de bebidas açucaradas por parte das crianças, esta visão pode ser confirmada pelos relatos expostos pelas entrevistadas:

Eu acredito que os próprios produtos que entram em casa já fazem a monitoração por mim, eu sei que lá em casa não tem biscoito recheado então eu sei que ele não

vai comer biscoito recheado no lanche, **vai ter que optar por comer um cookie, porque é o que tem lá, um cookie, um biscoito integral, alguma coisa que...vai ter que fazer essas substituições.** (E.5)

(*fala da mãe*)Você abre a minha geladeira, tem mamão, tem pera, tem maçã, tem ameixa, todo santo dia, você pode abrir a minha geladeira que tá lá, banana, aí eu digo a ela: filha, come um pedacinho de banana hoje ou então, come um pedacinho de mamão, come um pedacinho de melão, amanhã você come um pedacinho, mas não adianta.

(*fala da criança*)Eu não sei por que ela insiste eu comer banana porque eu não sei o que eu tenho, eu não como banana desde bebê.(E.13)

A gente, assim, vai pra fruta. Eu sempre na minha casa assim, pronto, amanhã é dia, eu compro assim, 10 abacaxis, manga. Eu sempre deixo tudo cortado na geladeira ou então laranja. Eles vão lá, o mais velho descasca laranja e ela pede pra descascar, vão pegar laranja.(E.3)

A criança necessita do apoio dos pais e do seu ciclo social, estar disponível para uma criança influencia diretamente nos seus hábitos e comportamentos e prediz especificamente o seu consumo (HARRIS; RAMSEY, 2014). Os hábitos alimentares possuem relação direta com os alimentos disponíveis no ambiente doméstico, pois a rotina alimentar que irá ditar quais as escolhas e preferências dos filhos, bem como diversificar ou restringir seu cardápio.

- Hábitos alimentares e hábito de comer fora de casa

Os hábitos alimentares das crianças são desenvolvidos nas idades 2 a 3 anos. Para o desenvolvimento destas preferências e hábitos, reforços positivos e negativos e a disponibilidade de alimentos em casa são fundamentais no ambiente familiar (GAHAGAN, 2004).Nesse sentido, as mães relataram as experiências cotidianas que traduzem os comportamentos dos seus filhos com relação à dieta.

O que ela gosta é comida de panela, ainda bem, comida de panela, mas assim, é comida de panela e coisa doce é com ela mesma.(E.1)

Ela é gordinha de comer comida mesmo, de panela...é, de casa, aí ela come, se tiver ela derruba brigadeiro, mas dizer assim que quer lanche biscoito de chocolate, não. Ela substitui tranquilamente por uma fruta, tem esse lado bom também, por isso que é tão sadia, que essa daí nunca levou uma injeção na vida. Ela é. (E.11)

Percebe-se que os relatos reforçam que as crianças comem comida de panela e em grande quantidade, sendo este um erro apontado pela maioria das mães. Ademais, a E.4 cita sua aflição pelo hábito alimentar incorreto que pode influenciar nas preferências dos seus filhos:

O pequeno, infelizmente, tem outro erro, que passa no liquidificador ainda, **eu vejo ele chega dá agonia em mim,** porque já era pra ter tirado esse hábito, e como eu não estou dando, não que eu seja a solução do problema, **mas é que às vezes a mãe**

tem mais paciência de insistir, então ele come rapidinho, não demora muito não, ele tá sem mastigar por conta disso, é outro erro. Aí ele come mais.... (E.4)

Às vezes ele pega, mas não é o tempo todo comendo olhando (a TV). [...] Aí o que tiver. **Se ele não encontrar biscoito, se ele não encontrar suco, se ele for no fogão e tiver arroz, feijão, ele bota e come, é, ele bota e come.** Copo de leite, é tão interessante, ele toma leite puro sem nada, ele bota, toma o copo de leite, pronto. **Ele não tem diferença, não tem um horário pra ele comer, é comida é com ele mesmo.** (E.6)

É muito ansioso, o almoço eu coloco pra ele numa medida e meia de arroz, uma medida de feijão. **“Ah, mãe isso é pouco demais pra encher a barriga, pra quem só vai comer agora de 15h na escola”.** Aí dependendo da glicose dele aí eu dou um pouquinho a mais, sempre eu dou um pouquinho a mais à noite porque assim, sempre tem a hora de jantar e fazer um lanchezinho antes de dormir, só que ele não lancha, ele dorme cedo e não acorda mais, e nem vou acordar pra dar comida de noite. **Aí sempre à noite eu dou um pouquinho a mais, uma medida a mais por conta que ele dorme e não lancha mais.** (E.9)

Após a adoção, o filho da E.6 não conseguiu acostumar-se com a abundância de comida, e por isso exagera na alimentação, podendo comer as comidas do almoço como lanche. E, a E.9 destaca que incentiva diretamente o hábito alimentar do filho em comer a mais no horário da noite, antes de dormir, por causa do receio de que o mesmo tenha fome durante a madrugada.

As interações entre pais e filhos e o ambiente doméstico podem afetar os comportamentos relacionados ao risco de obesidade. Estudos sobre as rotinas alimentares descobriram que crianças com IMC alto tomam menos café da manhã e mais no jantar das crianças magras, estas crianças com ingestão calórica mais baixa no café da manhã e no lanche da tarde são mais propensas a apresentarem aumento de peso, porque anular esta refeição está associado a escolhas alimentares mais pobres em nutrientes durante o resto do dia, aumentando assim, o risco de obesidade na infância (GAHAGAN, 2004) e a quantidade de comida ingerida nas próximas refeições, como indicado nos relatos:

[...] **Passa direto pra o almoço. Aí aumenta a quantidade do almoço, aí, consequentemente, no jantar é da mesma forma, entendeu?** Então assim, não é de chegar, sentar e beliscar, não, de jeito nenhum. [...] **Eu já cheguei a fica ligando lá pra casa pra acordá-la pra ver se ela comia, tu acredita?** Mas eu não consigo, aí consegue um dia, dois dias, aí no terceiro dia já desanda tudo. (E.13)

[...] **que ele não toma café de jeito nenhum, o organismo não aceita.** Ai quando ele vai comer de 11 horas, ele não come um pouquinho né, come muito. (E.2)

Às vezes, ele toma café, às vezes não toma. Tomou seu café? Não, nem tomei, não quero não. Não, pois você quer, você tem que tomar seu café da manhã antes de ir pra escola. Aí não. Tem que tomar, pegue um suco, o pão, sanduíche, alguma coisa e come. (E.6)

Além do costume de sair de casa, que ocasiona uma maior ingestão de alimentos

não saudáveis, os pais relataram que mesmo em casa preferem pedir comida ou levar algo da rua por pedidos dos filhos, preguiça de cozinhar, comodidade e até pela vontade de experimentar algo diferente. Este hábito pode ser prejudicial, ao passo que incentiva o consumo em maior quantidade de calorias e açúcares alimentos diretamente relacionados ao aumento de peso. Dificilmente uma família irá escolher uma refeição composta apenas de alimentos saudáveis como frutas e vegetais, principalmente quando existem crianças entre eles, como pôde ser observado nos relatos. As famílias optam por refeições gordurosas que agradem e satisfaçam os desejos alimentares de todos, desestimulando o consumo saudável.

- Insuficiência de frutas e verduras

Com as transformações na sociedade, a disponibilidade de alimentos ricos em gordura aumentou, tornando-se acessível a todos, principalmente para as crianças ocidentais. A grande oferta juntamente à preferência inata do ser humano por alimentos com alto teor energético, ou seja, alimentos densos e calóricos causadores da atual epidemia da obesidade no mundo. De fato, entre as crianças, os alimentos preferidos são os ricos em açúcar e gordura, enquanto os alimentos saudáveis com baixa densidade energética, como frutas e vegetais, são esquecidos, sendo necessário que os pais incentivem e ensinem o sabor saudável destes alimentos (BRUG *et al.*, 2010).

Nas entrevistas, as mães relataram como é o cotidiano na tentativa de introdução de frutas e vegetais na dieta alimentar dos filhos:

Ai tem o grave problema que (nome da criança) não come salada é o mal dessa criança, não come salada, a única fruta que ele come é banana e só, e maçã quando vai ao dentista e ela diz que tem que ele tem que comer maçã, aí ele passa um mês comendo, esquece e para.(E.5)

Ele não aceita um legume ou verdura, fruta de qualidade nenhuma. Só gosta de comida mesmo, fruta ou verdura não aceita de jeito nenhum. Às vezes, em casa, eu compro laranja, maçã, “filho, come um pedaço de maçã com mamãe” aí ele responde: “**não, mãe, não desce não**”. Come uma uvinha: “**mãe, tu não tá vendo que eu não gosto, eu não quero não**”. Ele não come não, não aceita. **Tento introduzir na alimentação dele uma folhinha de alface, um pedacinho de tomate, se eu fizer ele comer um pouco ele vomita.** (E.9)

Na escola tem esse dia de alimentação saudável, que são só frutas. Me esqueci do nome que eles dão lá... [...] **Eles levam, aí tem que levar um alimento saudável, mas ele não gosta. Ele não come nada de fruta [...] uma maçã ele ainda come, meio com nojo, descasca assim, mas é raramente.**(E.14)

De acordo com os trechos expostos, além de frutas e vegetais não estarem inseridos na alimentação das crianças, eles ainda possuem certa aversão a este tipo de produto alimentício, comum aos três casos colocados, que denota um preconceito com relação a estes

alimentos. Segundo Wofford (2008), os pais podem utilizar de estratégias para ensinar o gosto por frutas e verduras, essas estratégias voltadas à formação dos hábitos saudáveis possuem relação tanto com a nutrição quanto com a prática de atividades e incorrem em resultados estáveis, mas de longo prazo. Assim, o aumento da ingestão de frutas e hortaliças deve ter como foco uma mudança para um comportamento positivo e como prevenção para o bem estar no longo prazo.

Contudo, ainda assim, algumas mães afirmaram ter experiências positivas com seus filhos com relação a este consumo:

E ele pede muito salada, ele agora tá vendo que ele tá gordinho, ai agora ele tá pedindo muita salada: “mãe, faz salada pra mim”, ele tá...[...] Ai agora, eu faço vinagrete de noite, vinagrete com arroz. (E.2)

Gosta de doce, gosta de salgado.**Ela gosta de todos os alimentos, inclusive de salada. Que eu faço e ela come. Não é a paixão, mas come.** Ela só não come cenoura cozida, mas a cenoura crua ela come e não tem muitos amores por beterraba, que ela acha estranho, só. **Mas, o restante ela come, todas as saladas verdes.** (E.7)

Ele gosta de tudo, beterraba, batata, cenoura, acelga, ele gosta. É porque aqui tá junto. **Pronto, ele come tomate, cebola, todo dia ele come,** [...] o alface, acelga, eu como, só quem gosta de acelga sou eu, eles não gostam não. (E.6)

Apesar de tantas crianças não considerarem incluir alimentos saudáveis de baixa densidade energética, como verduras ou frutas, os relatos acima demonstram o oposto ao atestar que os filhos possuem o hábito de ingerir estes alimentos em seu cotidiano. O incentivo dos pais e insistência para a repetição diária de consumo desse tipo de alimento são medidas necessárias e eficazes no controle da obesidade.

A insuficiência de ingestão de frutas e verduras é um subfator que pode estar associado ao poder econômico das pessoas, tendo em vista o aumento do preço destes grupos alimentares, e, após as tendências de levar uma vida saudável característica deste século, a procura por estes alimentos tem aumentado implicando variações nos preços. O recorte econômico não foi amplamente investigado nesta pesquisa, portanto, apesar de compreender a possibilidade de existência de uma relação entre a condição socioeconômica dos pais e a insuficiência na ingestão de frutas e hortaliças, este estudo se aterá a pesquisar sua influência na relação entre pais e filhos, contribuindo de forma positiva ou negativa para o aumento da obesidade infantil, desconsiderando, portanto, o teor econômico.

Desta forma, o consumo exacerbado de calorias e açúcares tem se tornado, cada vez mais, um ponto chave para intervenção em prol da mudança deste comportamento negativo, que não gera benefícios ou supri a necessidade nutricional do indivíduo. Nesse sentido, o tópico seguinte aprofunda a discussão sobre a ingestão de alimentos com alto teor

energético.

- Aumento da ingestão de alimentos calóricos e bebidas açucaradas

O aumento do consumo de bebidas açucaradas tem sido proporcional ao crescimento da prevalência do sobrepeso e obesidade em crianças. Os efeitos disso podem ser observados, em longo prazo, no peso corporal do público infantil, pois este consumo é identificado como um fator preditivo da obesidade na infância devido à compensação imprecisa e incompleta para a alta dose de energia consumida na forma líquida durante o seu consumo (LUDWING *et al.*, 2001).

Além das bebidas açucaradas, os alimentos calóricos, com alto teor de gordura e valor energético, merecem atenção por parte da sociedade. O consumo de doces e guloseimas atrai as crianças nos mais diversos ambientes, em casa, na escola, nas festinhas dos colegas e na mídia. Segundo Gibbset *al.* (2010), as crianças podem perceber a ingestão de *fastfood* e refrigerantes como dieta aceita no país e se recusarem a comer alimentos saudáveis, por isso o envolvimento dos pais no cuidado da saúde do filho é essencial para conduzir modificações de comportamentos em seus filhos.

O que ela mais gosta de comer é....dessas comidas é...essas besteiras, toddynho, biscoito recheado, pipoca, bombons, essas coisas. Besteira mesmo, doces, chocolates, tudo isso. Ela gosta demais de refrigerante, tudo isso, coisa que a gente sabe que não faz bem, e eu sinto que toda vez que ela come, aí quando ela diz “eu tô com dor de cabeça” eu digo “tá vendo?” é alguma taxa que tá alterada(E.1)

Agora, gosta de um sorvete empurrado, pronto, sorvete você pode botar de caixa. Eu sento com ela, eu não tomo porque eu não gosto de sorvete, acho que eu sou a única pessoa na vida que não gosto, tomo um sorvete a força, mas ela ama, da Friberg, tem que sentar, tomar um milk-shake ou tomar um daquele de 3 bolas. (E.13)

Como pode ser observado, as crianças criam hábitos alimentares que devem ser controlados pelos pais. Nos casos expostos, os filhos possuem preferências não saudáveis que são permitidas e oferecidas pelos pais, apesar de reconhecerem as consequências que estas escolhas ocasionam na vida de seus filhos. Crianças tornam-se donas do poder na família, direcionam as compras de alimentos e as decisões de atividades a serem desempenhadas, isso ocorre devido a licenciosidade dos pais que não firmam seu poder nas escolhas de seus filhos (GIBBS *et al.*, 2010). Os relatos que seguem indicam estas escolhas e permissões dos pais:

Ele toma MID (bebida açucarada que dissolve em água), todo dia, Guaraná.... Quando faz a feira, agora daquele ali minha filha, traz de muito. Compramos de lote no Atacadão, né? Compra muito, 10 sabores, 20 sabores...(E.2)

Suco de caixinha? Sim, Ades. Acho que todos os dias ele toma, leva para a escola,

todo mundo na escola.(E.5)

Açúcar e doce, chocolate, torta, se deixar ele come todo dia, ele come, algum desse ele come. Refrigerante agora ele diminuiu muito. Eu to botando, mas ainda não tá não uma vez por semana. (E.6)

Outra coisa que eu acho assim, um crime, por exemplo, refrigerante. Eu tomo. Muito difícil, mas eu tomo. Às vezes eu sinto uma vontade imensa de tomar, aí eu tomo, mas não tenho costume. **Ela adora refrigerante.** Meu marido adora refrigerante, então aqui em casa só entra refrigerante no domingo. E assim contra a minha vontade. **Aí quando eles vão comprar eu faço: “compra só de um litro”, aí ele faz assim, mas se a gente comprar de três litros sai mais barato.** Aí eu falo: “pra que que você quer de três litros se não vai tomar tudo?”. Não, mas a gente toma. **Então essa quantidade de sair mais barato eu acho isso assim um crime. A gente sai, não, pode comprar só uma latinha, eu não quero. Não, vamos comprar uma de quinhentos que sai mais barato. Eu acho assim um crime, sabe? Essas vendas casadas não constroem de jeito nenhum.** (E.7)

Agora o refrigerante minha filha, não tem quem tire. É todo dia. Eu ainda faço suco uma vez ou outra, **mas ele adora refrigerante,** aí eu tô comprando agora o zero, né? Pra ver se diminui pelo menos o açúcar, mas dizem que diminui no açúcar mas aumenta no sal né? Não sei se você tá sabendo?.(E.8)

É notório que os pais se mostram permissivos, demonstrando atender aos pedidos e preferências alimentares dos filhos, independente de sua natureza. Nesse contexto, detentoras das informações de preferências alimentares e ações que atraem o público infantil encontram-se as marcas de alimento representadas pelo forte mercado de empresas *fast-food*, as quais são responsáveis por diversos fatores relacionados ao ambiente externo de influência na manutenção da obesidade na infância.

- Aumento da ingestão de fast-food

Os padrões de consumo e a dieta alimentar influenciam na obesidade os países do ocidente, bem como as mudanças nas práticas alimentares ocorridas com o tempo. O aumento da disponibilidade de alimentos *fastfood* com suas enormes porções, muita gordura e acompanhada por um refrigerante está diretamente associado ao estudo da obesidade em crianças. A menor frequência de refeição em família e pular refeições também estão relacionados à obesidade (KATZMARZYK *et al.*, 2008). Vejamos alguns relatos que se referem a este fato:

Não, por ela ia pra essas porcarias aí, mas eu não gosto não. **Ela pede muito pra ir pra McDonald's** sim, mas é mais pra ganhar aquele negocinho, **o brinquedo né.** (E.11)

Ele não pede muito porque a gente já não tem costume de ir, se ele fosse, mas se a gente levasse mesmo eu acho que com certeza ele ia pedir, porque a gente não é habituado a levar. (E.4)

Ele gosta de *Subway* é o que ele mais gosta... **Ele já pediu porque viu na**

propaganda...Só essas coisas, Bob's, sanduíches que passa ele quer, **fast-food no caso**, é. (E.14)

Nós saímos para comer *fastfood* uma vez por semana, todo fim de semana...(E.15)

Comemos *McDonald's* uma vez por semana...(E.17)

Não saímos muito pra comer fora. Acho que umas 3, 4 vezes no máximo. Preferimos *Fast-food*.[...] Não, na realidade, é o mais fácil, digamos assim, é o mais prático. Às vezes a gente, não, vamos pra o shopping, aí no shopping sempre a gente termina comendo alguma coisa. Não, vamos comer alguma coisa, aí como tá ora de lanche mesmo, que a gente geralmente tá no shopping de tarde, ou vai, sei lá, vai passear na praia, alguma coisa. Não, vamos no *McDonald's*, vamos no *BOB's*, né, vamos comer uma pizza, **sempre é assim, sempre, quando é pra escolher, sempre escolhe um negócio mais calórico, difícil a gente escolher uma coisa...**acho que até nem tem opção assim tanta opção, tem o que? Tem assim né, mais saudável deve ter o que? Na realidade, eu sinto até falta, eu juro a você, de um lugar que você paga e diga assim, não, hoje eu vou comer isso que não é tão calórico, pra lanche, eu não lembro de nenhum agora. (E.12)

A maioria das entrevistas cita o *McDonald's* como referência para o consumo de alimentos *fastfood*, justamente por esta empresa estar direcionada ao público infantil, incentivando a ingestão de comidas calóricas e refrigerante por meio da associação do alimento a personagens e brinquedos infantis. Ao passo que as crianças aumentam de idade, são capazes de reconhecer logotipos de marcas de alimentos, enquanto que as crianças com obesidade estão mais predispostas a reconhecerem restaurantes *fastfood* em detrimento de outras logomarcas, pois elas lembram os detalhes da exposição às marcas por preferirem sal, açúcar e gorduras em suas dietas, sendo este reconhecimento um preditor do aumento no IMC (Índice de massa corporal) (KRAAK; STORY, 2015). Esses alimentos densos em valor energético e pobres em nutrientes encontram-se mais acessíveis e baratos no mercado, ao contrário dos alimentos saudáveis, incentivando o seu consumo (KATZMARZYK *et al.*, 2008).

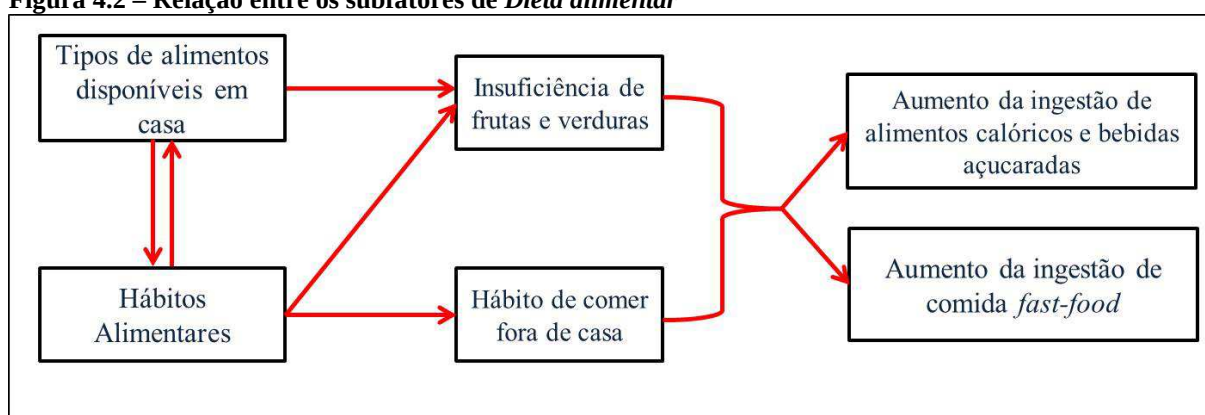
- **Esquema explicativo**

No que se refere à dieta alimentar das crianças e a influência deste fator na relação destes com seus pais, a pesquisa investigou os subfatores relacionados à ingestão de alimentos, o que possibilitou um entendimento aprofundado das relações de influência entre eles, como disposto na Figura 4.2.

A partir dos relatos, entendemos que os *Tipos de alimentos disponíveis em casa* estimulam e são estimulados pelos *Hábitos alimentares* da família, dando início ao processo nas escolhas da dieta alimentar. A *insuficiência de frutas e verduras* é influenciada pelos tipos de alimentos que a família coloca em casa e pelos hábitos alimentares que cultivam, ou seja, se há incentivo direto e comportamento de exemplo na ingestão de alimentos saudáveis ou se

os pais são permissivos e deixam as crianças escolherem baseados nas influências que sofrem do ambiente. A tendência de *comer fora de casa* tornou-se um hábito da sociedade contemporânea que é impulsionado pelos hábitos e alimentos disponíveis do ambiente doméstico que, se incentivado, resulta em alimentação desregrada e, geralmente, sobrecarregada de calorias. A associação das relações de influência entre os subfatores mencionados impactam diretamente no *Aumento da ingestão de alimentos calóricos e bebidas açucaradas e fastfood*, devido aos comportamentos cotidianos adotados no ambiente doméstico, comprovando, mais uma vez, a importância da atuação dos pais nas escolhas da vida dos filhos e sua referência na adoção de hábitos saudáveis.

Figura 4.2 – Relação entre os subfatores de *Dieta alimentar*



Fonte:Dados da pesquisa (2015).

Nesse sentido, vale compreender mais profundamente como se constituem as influências nas relações entre pais e filhos influenciadas pelas práticas regulares de atividade física, no tópico seguinte.

4.2.1.3 Fator *Prática de atividades físicas*

A prática regular de atividade física aumenta a eficiência dos exercícios realizados (MAFFEIS; CASTELLANI, 2007). Nesse sentido, o estilo de vida implica no desenvolvimento e manutenção da obesidade, sendo a realização de atividades sedentárias, como jogos de *videogame* e assistir televisão, a ausência de atividade físicas, alimentação rica em calorias e hábitos alimentares incorretos, como não tomar café da manhã, estão associados à obesidade na infância (LIMBERS *et al.*, 2008). Analisamos, portanto, também esse fator.

- Espaços físicos disponíveis para prática de exercícios

O incentivo à prática de atividades físicas, dentre outros fatores, pode ser influenciado pelos espaços físicos abertos e disponíveis à população. Conforme Ebbeling *et al.* (2002), diversas comunidades não investem adequadamente em ambientes urbanos que propiciam a realização de atividades físicas, essas atividades podem ser limitadas devido a ausência de pavimentos adequados, ciclovias, *playgrounds* e parques públicos e seguros nos bairros e na cidade em geral.

[...] Aí ele diminuiu um bom peso. Ai o peso baixou, mas só que era aqui no R7, ai o clube acabou, fechou. Ai como eu não tenho tempo de levar, o povo diz que tem no DED, tem não sei aonde, mas é longe pra ele ir de ônibus sozinho.(E.2)

Ao mencionar espaços públicos, o assunto violência e segurança entram em pauta, e a exposição à violência urbana pode ser considerado um fator que distanciou os pais e filhos de ambientes abertos de recreação e prática de exercícios. Quando os pais não podem arcar com os custos de uma atividade física supervisionada, as crianças podem permanecer na ausência da inatividade física (KUMANYIKA, 2008).

Não, ela não pratica, mas ela gosta. Não pratica por quê? **Eu tosuper apertada financeiramente**, ai paga 6 meses e esse ano não deu pra colocar ela mas, assim, ela adora fazer. (E.3)

Desse modo, podemos notar que os espaços públicos são importantes componentes para o incentivo da prática de atividades físicas no ambiente de interação das famílias, além de serem necessários no combate à obesidade em adultos e crianças. As entidades governamentais, responsáveis pelas políticas públicas, devem proporcionar este tipo de espaço visando a recreação e a prática regular de exercícios em prol do bem estar e da saúde dos cidadãos, em articulação com uma política de segurança mais eficiente.

- **Participação em atividades esportivas**

O apoio dos pais e das pessoas do ciclo social à criança está fortemente relacionado com a sua participação em atividades físicas (EBBELING *et al.*, 2002). A maioria dos relatos afirmou que as crianças pesquisadas não praticam esportes ou, pelo menos, não querem por diversos motivos, como preguiça, desinteresse, entre outros, descrito nos relatos:

Ela nunca fez assim, ela fez natação aí parou. Aí começou a fazer basquete, até que se interessou mas inventou pra o vôlei, aí ninguém foi e ela não foi mais. Não tem ninguém no basquete, no vôlei nem nada. (E.11)

Só que tem “Maria preguicinha” (referindo-se à filha) que começa as coisas e não quer terminar. Por exemplo, ela já participou da natação, mas ela enjoa muito fácil. Ela toma gosto e depois ela desiste, então a gente... Ela foi matriculada duas vezes na natação. [...] Ah, ela fazia ginástica rítmica, que era uma benção também. Mas mesmo assim, ela sempre manteve o corpinho dela, por isso eu digo a você que é mais genético o que ela traz. (E.13)

A atividade física na escola eles tem a educação física, que é leitura, educação física é assim: Vamos jogar vôlei! Aí eles, quem quer jogar vôlei joga, quem não quer fica lá sentado, conversando. **Eu não sei este ano, ela é a presidente da disciplina educação física. Por ela ser a presidente, ela não faz nada. Ela comanda. Isso é uma escolha, que votaram nela, e ela deve ter gostado, porque ela não gosta de fazer atividade física.** Então, deveria ser assim: mais um incentivo já que ela é presidente, a professora deveria perceber que ela precisa fazer uma atividade física e me chamar, conversar comigo. Olha, ela é presidente, mas eu vou puxar mais dela. **Porque eu percebo que ela precisa fazer, eu percebo que ela não gosta, então eu vou puxar mais dela. Mas não! Ela não faz.** Ela organiza as camisas, ela organiza as coisas, e não faz.(E.7)

Tem, lá tem, tem o futebol, futsal e tem basquete, ele já tentou fazer os dois, **mas uma coisa ou outra ele mesmo que desestimula, começa a faltar**, o professor não vem, aí saiu. Tava chovendo muito, **“não mãe, eu vou sair, eu venho todos os dias e o professor vem, e ainda tem a chuva molhando o pátio”**, mas aí no próximo ano vou colocar de novo. (E.8)

O aumento da regularidade na prática de atividades físicas é um componente relevante em ações de combate ao excesso de peso em crianças obesas (BAUR; O’CONNOR, 2004). Por isso, é importante o incentivo a esta atitude em prol da mudança de comportamento e, conseqüentemente, o alcance do controle da obesidade na criança. Nesse sentido, há relatos que demonstram o contrário dos anteriores, nos quais as crianças praticam e são incentivados:

Vamos tentar controlar a alimentação, que é ela bate muito na tecla, esporte, questão de atividade física que **ele faz, já tem quase 2 anos que ele faz natação. Quando começou a fazer tinha 3 aninhos ,hoje já tá com 5, então tem 2 anos que ele pratica natação, 3 vezes na semana** (E.12)

Faz esporte, futebol, e ele também perdeu peso jogando futebol, toda vez que ele chega do colégio vai jogar na rua com os amigos, foi o que ajudou ele a perder mais peso, porque ele era gordo, gordo, gordo. (E.14)

[...] **Ele tem aula de educação física e ele faz futsal e natação fora da escola**, mas a escola não incentiva muito não. (E.17)

Futsal e vôlei na escola e natação em uma academia fora da escola, como eu disse que acho que o da escola é só recreação brincadeira 50 minutos e **na natação não, assim também são 50 minutos, mas são 50 minutos puxados.**(E.5)

As entrevistas demonstram que os filhos praticam diversificadas atividades físicas, muitas vezes, mais de uma modalidade esportiva, tendo em vista a necessidade de movimentação regular para redução de peso e risco de saúde. Por exemplo, a E.5 explica que o filho realiza duas atividades recreativas na escola, cuja prática proporciona a movimentação e interação com os colegas, e que, para atingir um grau mais exigente no exercício, combina esta recreação a uma atividade em outro local especializado.

A interação com os colegas em atividades físicas de grupo ou individuais, como

companhia, podem trazer benefícios e incentivar a criança a permanecer e não desistir nos primeiros meses ou dificuldades. Contudo, cabe aos pais fiscalizarem este tipo de interação para que esta não seja negativa, no sentido de a criança cessar a prática esportiva por falta de interação com amigos. Observemos nos relatos dos entrevistados:

Esse é um ponto, o colégio oferece muita coisa de esporte só que ela se recusou a fazer, esse ano né...ano passado ela fez basquete direitinho, mas esse ano ela não aceitou fazer nada, “vou fazer o vôlei”, matriculei, não foi um dia. **Eu deixei, mas ela já sabe que no ano que vem ela tem que fazer alguma coisa. Ela disse que foi porque as colegas nenhuma da turma ficou, aí ela se sentiu...não quis ir.** (E.11)

Não ir pra atividade física, porque os outros jogam bola, aí um dá canelada no outro, xinga o outro, aí ele não é muito disso. Aí ele “Mãe, eu não vou não” aí eu pergunto “Por que(*nome da criança*)?” aí ele diz: **“porque os meninos brigaram e disseram que fui eu”. Como ele é muito parado, aí acaba sobrando pra ele.** (E.9)

As crianças que possuem apoio e incentivo estão mais propensas a continuarem com a prática de exercícios físicos no longo prazo, tornando-o seu estilo de vida, principalmente se, ao invés de realizarem exercícios aeróbicos programados, puderem escolher a atividade que mais as agrada. Nesse contexto, os pais devem estar envolvidos no processo de formação do hábito saudável do filho, reforçando positivamente ao passo que a criança tornar-se mais ativa fisicamente e controlando, simultaneamente, por meio da determinação de limites para a visualização de televisão, atuando como exemplo de comportamentos positivos e oferecendo alternativas ao comportamento sedentário (BAUR; O’CONNOR, 2004).

- Sedentarismo

O crescimento do número de crianças obesas pode ser atribuído, em parte, às modificações ocorridas no ambiente social, as quais causam redução na energia dispendida e, em contrapartida, impulsionou o aumento do consumo de energia por meio de comidas com alto valor energético, característico da falta de tempo e correria da sociedade na atualidade (LIMBERS *et al.*, 2008). Essas atitudes combinadas à falta de prática de atividade física incentivam comportamentos sedentários observados em crianças e adultos obesos.

O sedentarismo é apontado com um fator contributivo para o aumento de peso em crianças, auxiliando na manutenção da obesidade em suas vidas, além disso, sabe-se que este comportamento é altamente prejudicial à saúde e ao bem estar a qualquer indivíduo, independente de possuir alguma doença ou não. Algumas mães relataram atitudes dos seus filhos que caracterizam o sedentarismo, impulsionam sua continuação na rotina da criança e, ainda, demonstram aversão a atividades físicas, como pode ser constatado nos trechos das E.9

e E.7. Na E.7 é possível verificar que apesar de envolver-se com trabalhos manuais e artísticos ser uma atividade importante para o desenvolvimento da criança, a preocupação da mãe baseia-se no fato de que a filha restringe seu dia apenas a atividades deste tipo, cuja realização não demanda movimentação e, por isso, não auxiliam na manutenção e aumento do peso.

Ele tem muita restrição (*quanto a exercícios físicos*) porque ele mesmo não gosta, na escola tem, mas ele mesmo não gosta de ir, porque assim, ele é um menino muito assim... **Mais caseiro, ele é muito de casa, aí vai pra escola aí os outros começam a interferir, começam a brigar, acaba ele se agitando mais ainda, ele prefere não ir.** (E.9)

[..] Agora arte, bota ela sentada aqui **que ela fica a tarde toda com caneta, com cola, com tinta, com pincel, com régua, com papel, adora. Mas, eu fico totalmente angustiada com isso, porque quando eu chego está ela sentada ali na sala, cheia de coisas ao lado dela e suando assim, prostrada sem ter o que fazer. E a TV ligada, o celular do lado. Nem uma música, pra desligar a TV e dizer, não, vou curtir uma música, ela não curte.** (E.7)

No contexto de sedentarismo, muitos autores destacam a televisão como fator incentivador deste comportamento. De acordo com Limberset *al.* (2008), houve um aumento significativo no número de televisores nos quartos das crianças, atitude preocupante, tendo em vista que isso incentiva o sedentarismo e desestimula a movimentação física por parte das crianças. Vemos isto também nas entrevistas, como mostrado a seguir:

[...] Pra escola, de 11:30 chega, aí de 11:30 chega aí fica em casa sozinho, porque sai eu, sai ela, sai meu marido, sai todo mundo pra trabalhar, ele fica só. Aí, faz miojo, faz pipoca no microondas, vai assistir televisão, faz sanduíche, tá entendendo? (E.2)

[..] Por incrível que pareça, o que ela mais gosta é um programa de culinária, que é aqueles chefes mirins. Agora eu estou sem TV a cabo, mas com a TV a cabo são os chefes mirins, não sei se você já viu. São eles que cozinham. Uma faixa de idade até uns 14 anos, no máximo. Se tiver muito mesmo. **E aí eles fazem tortas, bolos, salgados, doces, tudo confeitado, tudo arrumado. Pratos salgados. Comidas não saudáveis.** Aí, ela acha o máximo a idade deles cozinhando e ela adora assistir isso. (E.7)

Os relatos E.7 e E.13 explicam as tentativas das mães em incentivar a prática de exercícios físicos em detrimento de atividades sedentárias com insucesso. Nos casos, as crianças colocam diversos empecilhos para realizar a movimentação fundamental à sua saúde, como exposto nos trechos que seguem:

(*fala da mãe*) [...] Porque a babá dela, ela vem da academia de manhã cedo, então queria que ela descesse, pelo menos, uma volta no DED, porque uma volta não é nada, entendeu? Eu sei, é só 1km, uma volta. **Mas, se ela conseguisse dar uma volta todo dia, na outra semana ela ia dar uma volta e meia e, assim, ela ia melhorando, já que ela não quer fazer os exercícios.**

(*fala da criança*) Mas, por mim, é porque eu não gosto de caminhar, eu prefiro correr na esteira, na sombra do que andar, caminhar.

(*fala da mãe*) Faz hoje, amanhã, faz depois de amanhã mas, aí depois não quer, ela não tem persistência nas coisas. E daí eu termino sendo a chata. (E.13)

Já fomos para a academia. Já fui com ela e pagamos dois meses de academia, já levei ela para o “DED”, já caminhamos dois, três meses, mas assim; vai num dia, não vai no outro. **Não gosta, não quer se levantar, não quer ir. E chora, quando chega lá para fazer: porque dói aqui, dói ali. Porque dói, porque dói, porque dói e a cabeça dói, a unha dói tudo dói. Ela é muito difícil.** (E.7)

O envolvimento de pais e filhos em programas de mudança de comportamento para o controle do peso, muitas vezes, demonstram dúvidas e resistência quanto às mudanças propostas como melhoria de hábitos alimentares, realização de exercícios físicos regulares e limite do tempo gasto em atividades sedentárias (LIMBERS *et al.*, 2008). Contudo, é importante perceber que estas mudanças beneficiarão as crianças e as famílias em curto e longo prazos. O tópico seguinte aprofunda a análise na exposição a aparelhos eletrônicos como contribuição a prevalência do sobrepeso em crianças.

- Tempo de exposição a aparelhos eletrônicos (vídeo game, tablete, computador e celular)

O sedentarismo pode ser impulsionado por diversos fatores, dentre eles podemos destacar o uso excessivo de aparelhos eletrônicos que induzem a inatividade física e aguçam a vontade de alimentar-se enquanto estão entretidas, desta forma, as crianças comem em maior quantidade. Segundo Limbers *et al.* (2008), o número de crianças que possuem televisão em seu quarto tem crescido, sendo este um dado preocupante relacionado ao número de horas que a criança fica parada e a diminuição do gasto de energia. Isto pode ser analisado nas falas dos entrevistados:

Ele gosta muito de brincar. Ele anda de bicicleta, anda de patinete, brinca muito, **mas, assim, assiste também, muita televisão, mas nada que ele pare e fique o dia todo só na televisão.** Ele estuda pela tarde aí pela manhã ele fica assistindo os desenhos que tem na TV, mas ele fica. **Quer dizer, na verdade, pela parte da manhã, o horário mais que ele fica, porque ele não tem ninguém pra brincar, filho único, fica só com minha mãe em casa, então fica umas 2h, 3h de frente pra TV.**(E.12)

Fica, em média, **5 horas na TV Cultura e SBT** (E.15)

Se ele puder ele assiste umas 3h só que, assim, como eu implico demais com ele, aí eu fico implicando ele, **aí ele sai com raiva, aí se eu vacilar de novo ele entra de novo e vai assistir.** A gente chama: **(nome da criança), tem que almoçar, ele almoça e vai jogar de novo.** É. Mas quando eu vejo que tá demais eu levo os controles na bolsa.(E.2)

A manhã inteira, ele acorda de umas nove horas, é, **umas três horas, de nove ao meio dia.** (E.14)

O pequeno tá passando bastante tempo, porque a menina que me ajuda ela vai fazer as coisas em casa de tarde, aí ela bota ele na televisão, tá passando um bocado de tempo. Acho que umas 4 horas, juntando o dia, que infelizmente ele tá passando isso. (E.4)

Ah, ele passa, não tendo o que estudar, ele fica na televisão. Ele passa a manhã inteira, pronto, ele chega da escola, ele vai, começa a assistir, porque a noite agora tá igual de manhã, cheio de desenho. **Ai tava pegando até de madrugada, aí eu corte. Dormir 10h é horário máximo, pode dormir.**(E.6)

Muito tempo. A tarde toda. Umas 4 horas. TV e celular, são os dois, porque enquanto ela está na TV se ele fizer “*fiufiu*”(barulho do celular) ela tá ali.... (E.7)

Os relatos mostram que as crianças permanecem de 3 a 5 horas na exposição a televisão ou algum jogo na televisão. Além disso, vale chamar atenção para a E.7, que indicou que sua filha utiliza a televisão e o celular ao mesmo tempo, dividindo a atenção e permanecendo inativa durante todo o período da tarde. De acordo com os trechos, as crianças se alimentam e, imediatamente, voltam ao comportamento sedentário de exposição à televisão. No relato da E.2 é possível perceber que os limites são extrapolados, tendo em vista que mãe precisa levar os controles da televisão e dos jogos para o trabalho para que o filho não passe todo o dia em frente ao aparelho. Por fim, o caso da E.4 atenta para o caso das crianças que ficam sob os cuidados de terceiros, em virtude do trabalho dos pais, e que, por isso, passam horas corridas na exposição à televisão para que o responsável possa realizar outras atividades em que haja interação ou movimentação com a criança.

Além da televisão, as crianças utilizam outros aparelhos que distraem a sua atenção. O celular, um aparelho multifuncional, além dos jogos, câmera e utilidades, possui acesso à internet e as redes sociais. Igualmente, o computador e o *tablet* aparecem na lista dos equipamentos eletrônicos mais cotados pelas crianças e responsáveis pela maior parte do tempo que passam em atividades sedentárias. Vejamos nos fragmentos a seguir:

Ela passa muito tempo no celular. Se deixar ela quer ficar direto. [...] É, por aí, umas quatro, umas três, se deixar umas quatro horas é porque eu sempre tomo, mas eu tomo ela vai lá pega, aqui da minha mãe é do mesmo jeito, quando menos esperar ela já tá com o celular na mão. Ela gosta... Ela gosta, tanto é que ela pede “mainha, compra um *Tablet* pra mim, faz um *Facebook*, faz um *What’sApp*” você não tem idade pra isso ainda não, vá crescer primeiro, oito anos só, porque a gente vê muitas crianças aí, com *Facebook*, com essas coisas de *What’sApp*, eu digo “não” vá crescer, tem que acompanhar sua infância. (E.1)

De noite é a parte que ele mais fica, ele dorme na casa da minha mãe, minha mãe disse que **ele fica às vezes até duas horas da manhã, sem sono. Aí fica no celular.** (E.14)

Hoje não é mais televisão, hoje é *Tablet*. Muito pouco, muito pouco, pouquíssimo assim, pouquíssimo (*sobre o uso da TV*)Na hora que pode quer o *Tablet* (risos)...”Ei, vem pra cá, vem estudar” mas assim, ela não se recusa não, ela vem, é quando **ela tá assim de bobeira, não tá fazendo aí vai pra o tablet dela.** (E.11)

Tento, na semana não dá não, aí às vezes ele pega, vai pra um médico, aí leva, aí de noite às vezes levo pra casa da avó, aí pra ficar quieto eu levo. Mas, é... tem um tempo também, **talvez ele tenha diminuído mais a televisão mas também passando tempo com o tablete.** (E.4)

Não, televisão até que ele não é muito, o negócio dele é no computador, jogar. Se deixar ele fica o dia todo. [...] De tarde ele começa quando chega da escola, deve parar de umas 14h da tarde, eu não tô em casa né. Minha mãe diz que ele para de 14h e pouca, lá pra 16h ele para e vai brincar na rua, ou senão ele vai fazer a tarefa. **E à noite no computador... à noite fica também no computador, passa um tempinho no computador, umas duas horas.** (E.8)

Aparelhos eletrônicos lá em casa a gente tem uma regra minha, só usa no final de semana, sexta a noite, sábado e domingo, está liberado, mas a gente procura fazer atividades que o tirem do computador, na cabeça dele é assim, é livre, mas a gente vai praia, vai ao shopping, vai fazer feita todo mundo, então ele sai de junto do computador porque a gente faz outras atividades com ele.(E.5)

Os relatos afirmam que as crianças gastam muito tempo com esse ferramental tecnológico, ao invés de gastar a energia consumida. Diferentemente da maioria, a E.5 explica que restringe o uso desses aparelhos apenas ao final de semana, de maneira que seu filho tenha outras ocupações durante a semana e, ainda, que nos dias de folga criar algum tipo de entretenimento em família para evitar que ele utilize frequentemente e em muitas horas corridas os aparelhos. Esta atitude incentiva e reforça comportamentos positivos e benéficos à saúde que auxilia na luta contra o aumento de peso.

O ato de alimentar-se enquanto está distraído com estes aparelhos é um fator considerado contributivo para o aumento de peso em crianças obesas. A partir dos relatos podemos perceber que este ato é repetido pelas crianças obesas alvo da pesquisa:

Não, isso aí eu já evito, porque tem que comer na mesa. Porque quando lá ai fica comendo, comendo, comendo. Mas assim, às vezes, nas férias eu percebo que quando tá na televisão aí eles querem ficar comendo, ai eu vou, descasco fruta, abacaxi, manga, sai tudo picadinho. Quando precisa, eles vão lá na geladeira e pegam. (E.3)

Quando tá na TV, algumas vezes ele pede alguma comida, mas assim, o que é que a gente tem evitado, que almoce na frente da TV, porque eu tenho percebido que quando almoça na frente da TV ele come mais, meio que perde a noção né do que tá fazendo ou fica enrolando para não ir tomar banho, coisas da idade, e aí come mais, né? Prefere repetir o prato do que dizer: “terminei” e a gente dizer: “vá tomar banho”, fica fazendo isso. Então, a gente tem tentando comer na mesa, todo mundo junto, porque é uma forma de evitar, mas nem sempre isso é alcançado.(E.5)

Às vezes ele pega, mas não é o tempo todo comendo olhando. Aí ele come o que tiver, se ele não encontrar biscoito, se ele não encontrar suco, se ele for no fogão e tiver arroz, feijão, ele bota e come, é, ele bota e come. Copo de leite, é tão interessante, ele toma leite puro sem nada, ele bota, toma o copo de leite, pronto. **Ele não tem diferença, não tem um horário pra ele comer, é comida é com ele mesmo.** (E.6)

Come, ahh essa aí...ela geralmente pede quando vai assistir alguma coisa, ou quando tá...agora assim, antes, eu saía mais cedo não almoçava com ela, mas agora eu tô almoçando eu sento na mesa com ela, mas antes, ora... comia ali, olha (apontando pra TV).(E.11)

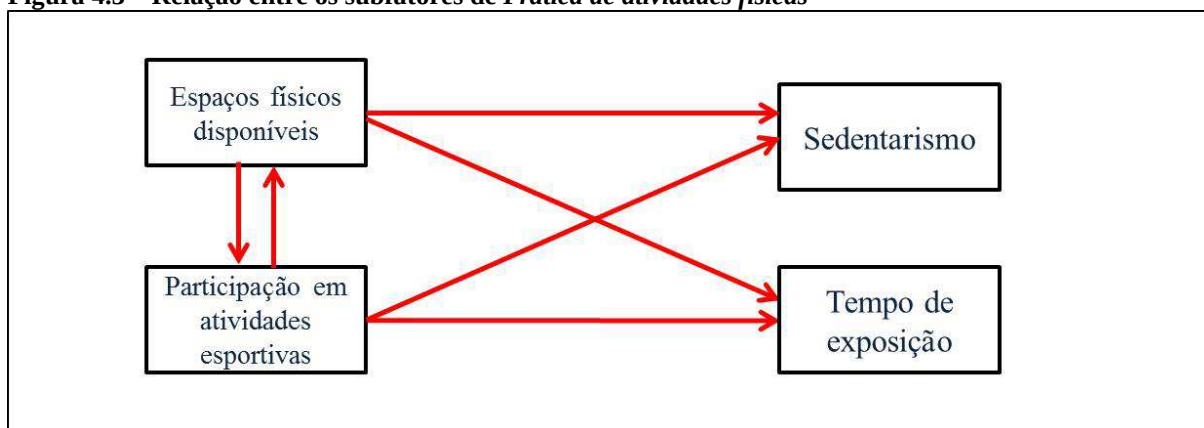
Segundo Maffei e Castellani (2007), há uma associação significativa entre a

assistir televisão e a prevalência do sobrepeso e desenvolvimento da obesidade. A recomendação é limitar a exposição a aparelhos eletrônicos em 1 hora até no máximo 2 horas. O fato de comer mais e sem perceber o que está fazendo, aumentando assim, a quantidade de comida ingerida por refeição, reforça a necessidade de controlar este tipo de exposição, principalmente se estiver associada com o ato de alimentar-se. As crianças não devem passar horas do seu dia dedicadas à exposição a este tipo de tecnologia. A utilização para o conhecimento e entretenimento é importante e normal para o público infantil, mas deve ser monitorada e limitada pelos pais para que não tenha consequências negativas à saúde e bem estar. As crianças precisam interagir entre si, pois o seu ambiente social pode auxiliar no combate a obesidade e, assim, como todos os fatores do ambiente deve ser acompanhado.

- Esquema explicativo

Para o fator *Prática de atividades físicas*, encontramos que os subfatores se relacionam conforme a Figura 4.3. Os *espaços físicos disponíveis*, sejam eles privados ou públicos, facilitam e proporcionam oportunidades de praticar regularmente exercícios físicos, como recomendado por profissionais de saúde e pesquisadores. A disponibilidade destes espaços influencia na mudança da realidade de obesidade infantil, pois impulsiona outros subfatores e possui relação mútua de influência com a *Participação em atividades esportivas*, nas quais as crianças podem perder peso e beneficiar seu bem estar, bem como participar de grupos que valorizam hábitos saudáveis, tornando-os referência nas suas escolhas.

Figura 4.3 – Relação entre os subfatores de *Prática de atividades físicas*



Fonte: Elaboração própria, 2015.

Por conseguinte, a ausência de prática esportiva estimula hábitos que prejudicam o controle e redução do peso em crianças, no caso, o *sedentarismo* e o *tempo de exposição* à *aparelhos eletrônicos*. O sedentarismo está relacionado ao ato de evitar qualquer tipo de

atividade física ou que demande movimentação, enquanto que os aparelhos eletrônicos caracterizam-se como meios de estímulo ao sedentarismo (tempo parado e sentado), a ingestão de alimentos em grande quantidade (alimentar-se enquanto está atento às telas dos aparelhos induz um consumo maior de alimentos distraidamente) e ao contato com influências externas e do mercado para consumos em geral (utilização de meios de comunicação para influenciar crianças a consumirem).

Desse modo, as relações demonstram que os pais devem incentivar seus filhos a praticarem atividades esportivas, além dos benefícios conhecidos para a saúde e o bem estar das pessoas, no caso de crianças obesas, a inserção de exercícios regulares auxilia na perda de peso e, conseqüente, controle da doença e, ainda, evita que a criança desenvolva hábitos sedentários, prejudicando sua situação. A interação proporcionada pela prática esportiva pode ser utilizada para influenciar bons comportamentos e escolhas saudáveis na vida criança, tendo em vista a referência positiva do grupo.

4.2.1.4.Fator *Interações sociais*

O ser humano é um ser social e não consegue viver isolado. Assim, os aspectos culturais e ambientais influenciam diretamente no seu modo na sua vida e na realização das atividades. A influência social, no caso desta pesquisa os envolvidos na convivência com a família, afeta as mais diferentes exterioridades humanas relacionadas à dieta alimentar e prática de exercícios físicos, bem como hábitos e comportamentos que impactam na saúde.

Nesse sentido, Cruwys *et al.* (2015) evidenciam que os hábitos saudáveis das crianças têm sido moldados por meio da interação com seus pais e/ou ciclo de convivência, conduzindo-as a adoção de comportamentos benéficos. Assim, é possível compreender que, apesar de a influência social poder atuar de forma negativa prejudicando a saúde das crianças, esforços podem e devem ser utilizados para projetar e implementar intervenções que se utilizem do poder da influência das pessoas que estão ao redor para provocar mudanças positivas na infância (CRUWYS *et al.*, 2015).

- Grupos de referência que influenciam no consumo

A comunidade que compõe o ciclo de convivência social da criança torna-se o seu grupo de referência, onde alguns comportamentos serão replicados ou repelidos e de onde sairão grande parte das informações que o influenciarão com relação aos seus hábitos. O

reforço proporcionado por um grupo na forma de incentivo para adoção e manutenção de um estilo de vida mais saudável podem ajudar a estabelecimento de um novo estilo de vida a partir do apoio da rede social (CRUWYS *et al.*, 2015).

Eu uso isso, porque no dia da alimentação, eu digo, ahh, aí ele diz, ahh fulano de tal gosta de mamão, porque eles não tem o lanche natural de frutas? **Aí ele, ahh fulano de tal gosta de mamão, aí eu aproveito, então vamos comer igual ao seu amiguinho, aí eu levei manga pra ele, aí ele comeu e gostou, ahh fulano meu amiguinho também gosta de manga, aí eu gostei mamãe, pensava que era ruim, mas era bom. Mas eles também influenciam em alimentos não saudáveis**, com certeza tem, mas como já tá sedimentado na mente que ele não pode comer Pipos, não pode comer aquilo porque ele tem alergia e fica se coçando, a gente já instruiu os professores também. (E.4)

Da mesma forma, entre os diálogos dos pais podemos perceber a presença da influencia que destrói os hábitos ensinados em casa e, com os quais os pais devem aprender a lidar, apontados nos relatos:

Eu sei que eu não posso tirar totalmente, mas, por exemplo, tento enviar fruta, ele não leva de jeito nenhum, **porque ninguém, mamãe, da minha escola, é o que ele fala, ninguém, mamãe, da minha escola, leva fruta. Meus coleguinhas levam refrigerante, biscoito recheado, pippos, só guloseima, como se diz, às vezes ele faz: mamãe, me dê, bote no meu lanche bombom, pirulito, porque meus coleguinhas levam essas coisas** (E.12)

Ele veio reclamar porque que ele tinha que levar suco e não podia levar refrigerante para a escola. Ai lá vai a gente explicar o porquê que ele não pode levar e tomar refrigerante na escola. Ai começa, ah, mas porque fulano e cicrano levam refrigerante para a escola, então há uma influência dos colegas do que os colegas consomem.(E.5)

Ela já levou lanche pra o colégio, que os amiguinhos ficaram “**eca, o que é isso?**”. Que foi fruta, não sei o que foi, eu sei que foi uma fruta que ele levou, **aí ficou achando ruim que ela levou aquilo, porque os coleguinhas, tem coleguinha que leva pippos, refrigerante.**(E.3)

(*fala da criança*) [...] (*nome do colega de sala*), quase todo dia, posso dizer? O bicho é mala, **mas ele leva quase todo dia, ele compra na escola, quase todo dia, um salgado, ele não traz de casa, todo dia ele traz, aí eu fico com aquela vontade...É, dá uma vontade, porque ele compra salgadinho, coxinha, rissole, torta de chocolate, ai dá uma vontade, aí, mas ele também, ele leva. [...]** Ele leva aquele tubinho, **ele come todinho, não dá pra ninguém, todinho.** Não, mas ele leva aquele pote, ele sobra, não tem mais nem um tubinho, ele só dá pra uma pessoa, ele sobra isso daqui (E.13)

No exposto, pudemos observar que nem sempre o filho sofre influência, mas influencia o grupo ao qual pertence: “**Não, acho que ele é quem influencia os outros (risos).**” (E.8). Algumas mães expuseram sua opinião de maneira geral, desviando o foco apenas dos hábitos alimentares e atividades físicas:

Tem os amiguinhos que são os “ídolos” dele né, no futsal e tudo, mas eu acho que...acho que sim, não deixa de ser né, **as amizades influenciam positivamente e negativamente.** Deve ser também, deixa eu ver aqui...**Ahh a mãe de fulano deixa ele assistir o desenho tal, ele diz, - mamãe nem deixa, mas a mãe de fulano deixa**

ele assistir o desenho tal.(E.4)

“Muito grande (a influência dos amigos). Os amigos gostam de falar o que fazem e escolher o que acham bom.” (E.16).

A rede social da criança tem o potencial de influenciar positivamente e negativamente nas escolhas. Posto isso, sabe-se que interagir com os semelhantes proporciona experiências e ensinamentos de como agir em defesa de si. Algumas entrevistas demonstraram a aflição dos pais ao descrever a interação dos seus filhos com os grupos que possuem como referência, necessitando modificar a forma de agir para não sofrer represália:

E com isso também tem a influência das amigas. Porque, ela está com alteração no peso. As outras amigas dela, nenhuma tem alteração no peso. **Então, se ela for comer uma coisa natural, ela é motivo de gozação, porque ela já disse pra mim. “Mãe, eu não quero. Eu prefiro não comer nada do que comer uma gelatina. Porque eu morro de vergonha, porque as meninas ficam tudo tirando onda da minha cara”.**(E.7)

(fala do pai) ela já tem uma pressão psicológica em cima dela a gente nota isso, mesmo ela tendo 8 anos **a gente nota que tem uma pressão dentro da escola, e pressão também do perfil da mulher em ser magra**, já tá indicando isso aí. Porque a sociedade, a TV, os artistas, com 8 anos já sabe que tem que ficar magra, **Às vezes chora porque é gorda, isso aí já tá embutido nela, com 8 anos...isso já tá na cabeça dela, aí tem aquela que vai fazer uma dieta, que não é compatível com a idade dela, eu acho, tá entendendo?** Esse pensamento (E.11)

Os relatos demonstram que as crianças compreendem o ambiente em que se encontram no sentido de moldar-se a ele para continuar pertencendo ao grupo. Esta informação deve ser utilizada para mudança positivas em função de uma melhor qualidade de vida, entretanto, estas abordagens devem ocorrer aos poucos e de forma adequada para causar danos psicológicos na vida das crianças.

- Interações em torno da comida

As confraternizações e os momentos de descontração entre os grupos são responsáveis por uma quantidade maior do que o normal de ingestão de comida. Este fato é cultural e ocorre, normalmente, no ambiente no qual a criança está inserido. A partir dos relatos podemos analisar como estas interações, que possuem a alimentação como motivo principal para compartilhar momentos, que podem influenciar no consumo alimentar das crianças:

Oferece muito, às vezes chegam lá em casa e tão comendo, uma pipoca, um biscoito, assim até eu já peguei acho por que ironia mesmo delas mesmas, que **as crianças, hoje em dia, estão com a mente tão avançada**, que eu vejo que no meu tempo não era assim, no meu tempo a gente aproveitou a fase de criança mesmo. Aí fazem **“olha (nome da criança), tu quer? Toma aí já sabem e dizem mulher, como é que tu vai fazer regime desse jeito?”**[...]Exatamente, mas ficam falando, “mulher

desse jeito tu não vai fazer regime nunca” aí eu digo “Porque vocês oferecem? Não ofereçam, porque, ela já sabe o que tem que comer e o que não pode comer, aí você chega e já por ironia aí vai diz isso, “não pode gente” sempre conversar com elas, mais com a mãe, com uma só, a mãe e a irmã de uma porque elas são exigentes com as crianças, geralmente são as crianças que elas sempre estão perto, que são da igreja, aí já acontece isso, aí eu disse a ela, não ofereça a ela. **Aí não me oferecem dizendo que “tô gorda e aquilo” aí você vai e não aceita, você aceita aí pronto, aí sempre chega em casa com raiva e emburrada e procurando. Fica triste mulher** (E.1)

Os amigos, que formam os grupos de interação, oferecem alimentos, mas cabe aos pais conscientizarem e preparem a criança para rejeitar este tipo de indução, tendo em vista que é necessário criar hábitos saudáveis dentro de casa e incentivá-los nos ambientes de interação. Outro fato típico deste tipo de interação é o exagero característico do consumo de crianças em ambientes repletos de guloseimas e alimentos gordurosos, como mencionado pelas mães nos trechos destacados:

[...] outra coisa, **ela tomava muito refrigerante. Muito assim, se fosse pra um aniversário, eu acho que era uns 10 copos daqueles descartáveis de refrigerante.** Em casa não, em casa só um almoço de vez em quando, assim, quando vem todo mundo, mas ela assistiu um vídeo, não sei se você já viu uma coca-cola que bola no fogo, quando mexe, mexe, mexe fica, tem esse vídeo aí. Aí a irmã de Lili viu e pediu pra ela assistir. **Desde esse dia ela disse que não ia tomar, já tem dois meses. Já foi pra duas festas. Tem refrigerante lá, tudinho assim e ela não se mexe, ela não toma de jeito nenhum,** graças a Deus (E.3)

Tem a historia das festinhas, então a própria nutricionista falou pra gente, chegou da festinha **ele pode comer o que ele quiser de doce, de bala, naquela hora, mas nunca você deve guardar a lancheirinha pra ficar comendo de pedaço, porque isso afeta muito mais o organismo** do que....é melhor dar aquela bombada ali e depois acaba, foi indicação do nutricionista que falou isso pra gente e a gente procura fazer isso.(E.5)

Assim, refrigerante eu tento controlar. **Quando a gente vai numa festa assim eu falo que ela pode comer, agora não coma três doces, três brigadeiros não. Coma um brigadeiro, pode comer.** A quantidade sem exagerar. Porque tudo que ela come com exagero depois ela vomita. Mas não é provocado, é porque ela não come muito, tem criança que come mais, mas o que falta nela é a atividade física. **Então quando ela vai, por exemplo, numa festa que ela come além, ela fica assim oh (com falta de ar) e acaba vomitando.**(E.7)

Aí refrigerante não tomou mais nunca, **domingo que foi a festa do pai dele e eu dei um copo de refrigerante pra ele porque procurei zero que a gente mora num município tão pequeno que refrigerante zero eu não encontrei.** (E.9)

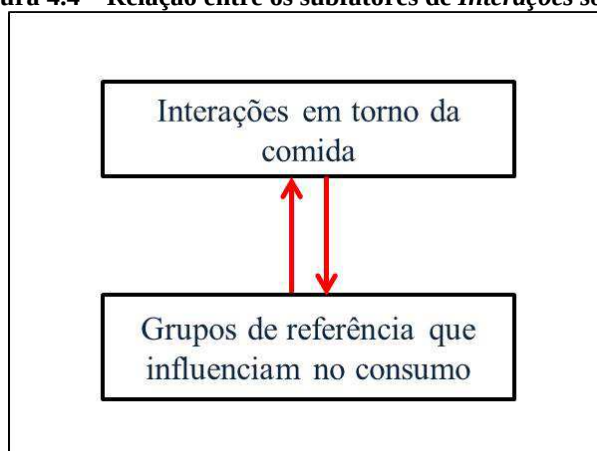
Os ambientes de interação das crianças sempre vão oferecer este tipo de comportamento que prejudica a saúde, principalmente no caso em que a doença é a obesidade. Por isso, sabendo que não se pode privar os filhos das interações naturais e necessárias ao seu desenvolvimento, a função dos pais é evidenciada mais uma vez, mostrando que o apoio, incentivo direto, comportamento de exemplo e acompanhamento das vitórias a luta contra a

obesidade são fundamentais para reduzir os danos do problema.

- *Esquema explicativo*

As interações ocorrem no ambiente doméstico, com a família e com o ambiente social, principalmente, por meio dos amigos, grupos de referência e na escola. De acordo com a Figura 4.4, os subfatores pertencentes a este fator possuem uma relação mútua, ao mesmo tempo em que as *Interações em torno da comida* impulsionam encontros entre as redes sociais destas crianças, os *Grupos de referência que influenciam no consumo* promovem interações entre os participantes que geram consumos alimentares, de hábitos saudáveis em compartilhamento e de produtos em geral.

Figura 4.4 – Relação entre os subfatores de Interações sociais



Fonte: Dados da pesquisa(2015).

Essas interações exercem forte influência nos comportamentos adotados pelos pares, pois as redes sociais das crianças modelam por completo as suas escolhas e atitudes relacionadas a práticas saudáveis. A obesidade na infância pode sofrer influência positiva ou negativa do ciclo social de convivência, incentivando o cuidado e controle da doença ou impulsionando e oportunizando o consumo incorreto e danoso. A escola caracteriza-se como um ambiente de interação considerado chave para o problema do sobrepeso na infância.

4.2.1.5 Fator *Escola*

A escola é um componente relevante do ambiente social que molda os padrões de alimentação e de atividade física das crianças e, portanto, desempenha uma função papel primordial na promoção de transformações positivas no conhecimento, atitudes e alterações comportamentais (ZENZEN; KRIDLI, 2009). Isso implica que os pais devem estar atentos às influências projetadas em seus filhos que partem do ambiente escolar, considerando que além

de contato com alimentação, exercícios físicos e interação com os grupos de referência, ainda recebem conhecimento e educação, ou seja, uma atmosfera preparada para delinear os comportamentos determinantes no controle da obesidade.

- Relações com a comunidade escolar

Segundo Jaime e Lock (2009), as escolas têm sido promovidas como um meio estratégico para implementação de políticas de nutrição com o objetivo de disseminar a alimentação saudável e combater a obesidade infantil. A partir dos relatos, podemos perceber que as escolas difundem iniciativas que visam a modificação de hábitos incorretos que ocasionam doenças:

[...] ele comentou comigo que tinha dito lá na escola. Mãe, eu fiz uma coisa que não é verdade, mas eu fiz pra ver o que a tia ia fazer. Eu disse: O que foi? **Eu disse a tia que era diabético, então a minha alimentação é diferente, ele disse a mim. Eu como mais fruta e agora a educação física também** (E.2)

[..] ela faz assim, vamos levar...vai ter um lanche coletivo, aí ela diz, **leve isso, leve aquilo, mas assim, eu acho que o lanche ela sempre colocam coisinhas mais saudáveis, um “sanduichezinho”, um suquinho**. É, mas, ele já tem também, eu noto que eles tentam fazer algo que seja mais saudável. (E.4)

Porque é onde muda também os hábitos deles. Mas eu vi no colégio que eles tentavam fazer o dia saudável, e aí a criança não podia levar outro alimento que não fosse saudável. Ou aquele que não pudesse mandar saudável, tinha na cantina para comprar. **Muitos pais eu ouvi, pais que nunca tiveram problemas de sobrepeso com seus filhos; mas o meu filho não come fruta, então ele vai levar a bolachinha recheada. Só que ele nunca pensou no outro, ele só pensa no filho dele.** Mas ele nunca acha que o filho dele pode se tornar um obeso, não é nem obesidade. **Tem gente que não é obesa e tem as taxas tudo alteradas. Mas eu ouvi, quantas vezes eu já ouvi isso: mas o meu filho não come. Não come salada, não come fruta, não come, então ele não vai comer. Vai continuar levando a bolacha recheada dele. E aí o colégio não conseguiu introduzir, que foi o (nome da escola), não conseguiu introduzir a alimentação saudável, porque os pais não permitiram.** E eu era totalmente aberta totalmente. (E.7)

Com base no trecho da E.7, a escola buscou introduzir práticas saudáveis a toda a comunidade escolar, mas esta ação foi interrompida pelos próprios pais. O incentivo à alimentação industrializada e processada aumenta os índices de obesidade em crianças a cada ano no Brasil e no mundo e, como pode ser observado, estes costumes devem ser mudados, primeiramente, no ambiente doméstico, até atingir os demais ambientes de interação social vivenciados pelos filhos.

Em nosso entendimento, a escola deve desenvolver um trabalho de conscientização e fiscalização de comportamentos considerados negativos para torna-los positivo e contar com o apoio dos pais, a criação de uma relação mútua de ajuda e incentivo poderia ser uma medida eficaz no combate ao excesso de peso infantil. Notamos a presença

desta demanda nos relatos a seguir:

[...] mas, assim, eu tenho percebido que no ultimo ano ou **neste ano eles (a escola) tem negligenciado um pouco**, eu não sei se tinha outra pessoa que orientava e talvez tenha saído da escola, mas eu to achando um pouco mais relaxado, **de vez em quando eu vejo ele pegando uma balinha, um pirulitinho, ai eu digo como assim vai levar isso pra escola? Ai ele diz ah não tem problema, então pode ser a idade ficando rebelde ou não está tendo muito este controle.**(E.5)

[...] A disciplina (*de educação física*) são duas vezes na semana. São duas aulas, que eu também acho erradíssimo. Desde o início que eu falo. São duas aulas de educação física. O que você entende? Que duas aulas de educação física obrigatoriamente, tem que ser seguido. Porque é tão curtinho 40 minutos que não dá para você dar continuidade a nada. Mas uma aula num dia e outra aula no outro dia. **Entre as aulas. Entre uma aula de matemática e uma de história. Para a criança suar, ficar morto de cansado e voltar para a aula. Eu não sei se é matemática, se é história, mas você termina a educação física e volta para a sala. Ai eu questionei porque não são as duas últimas. Ah, porque não tinha horário. A professora não podia (expressão fácil de indignação).** (E.7)

Além disso, segundo Jansenet *al.*(2015), as crianças obesas estão mais propensas a sofrerem *bullying* invés de serem os agressores e este envolvimento pode ter uma causa regular que sempre atraia este tipo de abordagem negativa. A criança que é alvo desta prática pode sofrer danos relacionados às emoções como comportamentos desajustados e comportamentos alimentares anormais, por exemplo comer demasiadamente, como defesa para enfrentar as provocações.

Todos estes relatos e autores confirmam a premissa de que o ambiente escolar é importante no tratamento contra a obesidade infantil e que, como tal, deve ser considerado para base de políticas públicas e monitoramento frequente dos pais.

- Alimentos disponíveis na cantina (políticas saudáveis)

A disponibilidade de alimentos na cantina das escolas e sua regulamentação demandam maior atenção por parte das entidades públicas, pois precisa ser considerado um problema de mercado complexo, no qual ambos os lados, fornecedores e alunos, necessitam realizar esta troca e terem os devidos benefícios (JAIME; LOCK,2009). Nesse sentido, a incidência de relatos positivos sobre os alimentos disponibilizados pelo colégio foi bem menor do que os negativos.

No colégio eu não tenho muito o que reclamar, em termos de alimentação o que reclamar não, porque **são comidas saudáveis, tem o dia que é só frutas, ela não gosta, não come.** (E.1)

Em contrapartida, a maioria dos relatos apontou a cantina da escola como um local propício ao consumo incorreto e incentivador de hábitos alimentares negativos, como

ressaltado nos relatos expostos:

[...]Só a cantina, quando ela olha, **ela se abrilhanta**. (E.13)

[...] variedade de opção de lanches negativos, pois as opções são pizza, coxinha, pastel e refrigerante (E.15)

[...] procurei saber o que eles tinham, eles não vendem refrigerante nada enlatado, **mas eles vendem massas, assim, uns salgados que eles consideram saudáveis, porque não são fritos, mas na realidade é massa, de forno e massa e gorda e massa eleva o colesterol** então assim, eu inclusive fiz esta reclamação, porque na época da matrícula eu fui informada que era lanche saudável e **ai a concepção deles de lanche saudável é uma concepção um pouco distorcida, eu conversei inclusive com a diretora da escola, mas ela reafirma que é lanche saudável porque não vende refrigerante e não vende fritura então eles têm certeza que eles têm uma cantina saudável quando na verdade não tem, então eu não deixo (nome da criança) levar dinheiro para a escola é porque eles também vendem dindin, por exemplo (risos)** e ai eu não deixo ele levar dinheiro, porque durante um período eu pagava uma cartela na escola para ele ficar lanchando lá porque o lanche era saudável , ai depois de um tempo eu comecei a perceber quando ele começava a dizer o que comia na escola e depois quando eu parei de pagar a cartela ele começou a reclamar que sentia falta do salgado, da fatia de pizza (saudável) para o lanche da tarde,e ficou reclamando mas a gente vai controlando como pode né, é isso. (E.5)

Primeiro a cantina né? Não tem nada saudável. Pode até ser que ela não comesse, mas não tem nem para incentivar. E a escola também não tem um plano, um nutricionista. No começo do ano foram lindamente as nutricionistas, dizendo que iam fazer um acompanhamento com as crianças (...) Nunca mais. Não retornaram, não deram continuidade. **A cantina é precária! Não possui um suco, uma salada de fruta, não tem nada. Tem Coca-Cola e salgado. Pipos, balinha, chiclete, só. Não tem mais nada. No começo do ano tinha (...) como é que chama aquele pão? Ricota (...) Sanduíche natural. No começo do ano tinha sanduíche natural.** Aí eu disse que eu ia fazer assim: ia pagar um mês para ela, para ela comer um sanduíche natural. Só que eu fiquei com medo de pagar um mês, e ninguém aguenta comer um sanduíche natural todos os dias. **Então é difícil. Deveria ter assim: sanduíche natural, iogurte, salada de frutas, para fazer um cardápio.** Ele deveria de obrigar e fiscalizar. Deveria de ter pessoas pra fiscalizar. Não tem o censo que passa nas casas para saber como é que tá; então passa nas escolas, fiscaliza as escolas, obriga as cantinas a pelo menos ter um padrão, pelo menos as pessoas que atendam nas cantinas sabe? Ter padrão.(E.7)

Ele reclama muito porque eu digo, **“olha filho, você tem que comer um sanduíche natural né, evitar refrigerante, açúcar”**, mas ele diz: **“minha escola não tem mãe, só tem coxinha, só tem coisa que engorda”**.É, ele tem fome né, aí leva uma fruta, mas é aquele negócio, todo dia ele não leva, tem dia que leva só o dinheiro e vai embora, e tem que comer lá porque tá com fome. (E.8)

Os pais reclamam dos tipos de lanches oferecidos aos seus filhos, geralmente frituras e guloseimas, bem como bebidas açucaradas. De acordo com Gahagan (2004), as tendências do mercado para a dieta alimentar das crianças preveem a inserção de grandes volumes de bebidas ricas em carboidratos e carboidratos processados em forma de bolachas, biscoitos recheados, iogurtes açucarados em demasia e barras de cereal.

Baseados nas preferências infantis disseminadas pelo mercado industrial, as escolas disponibilizam estes alimentos em seus ambientes para atender as demandas dos

alunos, o que facilita o acesso diário a ingestão de altos índices de calorias e incentiva o consumo por meio influencia dos grupos. É preciso que as escolas percebam a sua relevância e seu real papel no combate a doenças como a obesidade e práticas não saudáveis nas crianças de hoje e futuros adultos, sua função é orientar e promover políticas saudáveis de reeducação e modificação de comportamentos danosos à saúde infantil.

-Incentivo e infraestrutura para atividades físicas (políticas saudáveis)

As escolas representam fatores importantes na questão da obesidade infantil, elas influenciam os comportamentos das crianças a partir do seu ambiente e todos os aspectos que os compõem, por isso, devem promover políticas saudáveis e incentivar a mudança de hábitos negativos na comunidade escola.

A prática de atividades tem sido apontada como um dos principais fatores de contribuição para o controle da obesidade, desta forma, sua ausência é prejudicial à saúde dos indivíduos, em especial, os que possuem alguma doença. Os profissionais da saúde recomendam realizar atividades físicas regularmente, sendo necessário que a escola disponibilize espaços e opções para que as crianças possam aderir a este estilo de vida. A respeito do incentivo e da infraestrutura para prática de atividades físicas, as mães relataram:

A escola dele tá deixando a desejar, porque, na realidade, eu quando coloquei ele esse ano nessa escola, que ele estudava numa outra, **eu coloquei nesse ano esse ano ele nessa escola, eles eram pra ter atividade física, que seria a natação, o futsal e eles pararam, então assim, tá influenciando a não...foi, parou de ter, porque parece que a professora, a instrutora tava com probleminha de saúde e ai eles pararam, deixaram de realizar as atividades.** Mas aí ele faz atividade isolada da escola, como eu já falei, desde 3 aninhos que ele faz a natação, isolada. (E.12)

A escola dele tem várias atividades de recreativas e de esporte, mas ...eu digo que são recreativas porque só são 50 minutos, mas eles oferecem judô, futsal, vôlei e natação...É escolinha. Sinceramente? eu acho que não que não tem educação física. Eu vou dizer que não tenho certeza, mas, assim, como **ele já tem 9 anos está no 3 ano a educação física eu tenho plena convicção de que não é obrigatório, então eles fazem algum tipo de aula de recreação,** eles vão pro ginásio, fazem recreação com bola, corrida de saco e tal, mas não chega a ser uma aula de educação física, **então o que eles tem realmente são escolinha, mas escolinhas pagas por fora, então nem todas as crianças fazem porque é uma opção dos pais fazer isso.** (E.5)

A tarde é aula e de manhã eles chamam Mais Educação. E é esporte, música, é reforço. Ai tem reforço um dia, outro dia é judô, ele gosta muito de judô, aí tem bola pra brincar de bola, essas coisas, ai a semana todinha, de segunda a sexta. Aí lá eles têm um almoço e fica lá na escola até 5h da tarde (E.6)

A partir dos relatos é possível perceber que a maioria das escolas oferece infraestrutura para a prática de atividades físicas de forma satisfatória. As escolas precisam então criar políticas que estimulem a atividade física diária entre a comunidade escolar,

preparando seu ambiente para este novo etilo de vida necessário às crianças e, principalmente, as que possuem excesso de peso.

- Programas de educação para consumo (políticas saudáveis)

A escola possui um papel relevante no combate às influências ambientais que assolam crianças obesas. Nesse sentido, a pesquisa buscou identificar se os colégios promoviam alguma prática de educação para o consumo em prol de uma vida saudável. Os pais relataram que as escolas possuem iniciativas com este intuito:

Tem aula de educação alimentar na sala de aula. Eles mostram para os alunos a importância de uma boa alimentação. (E.16)

A professora de educação física sempre dá aula pra eles, o que é saudável, o que não é saudável, tem sempre que tá fazendo exercício físico, educando dessa forma.No colégio tem, assim, eles mandam um comunicado. Quem quiser ser acompanhado por um nutricionista só é assinar e a nutricionista lá faz uma pesquisa com os alunos. E essa nutricionista ela vai dar uma palestra com os pais. (E.3)

Toda segunda feira na escola eles já divulgam o dia do lanche natural, toda segunda feira a gente já sabe, tem que levar fruta, então já é uma prática da gente botar uma fruta nem que tenha outro lanche, **mas sempre levar a fruta na segunda e eu acho que eles incentivam, é...** (E.4)

Eles tentam (risos), inclusive agora eles vão ter uma semana mostra cultural é segunda feira e uma das turminhas vai falar sobre alimentação saudável que eu recebi o que cada turma vai falar e uma delas vai falar sobre esta questão da alimentação saudável e eu lembro que quando (*nome da criança*) estava no 1 ano da escola, esta mesma mostra cultural foi a turma que era responsável por explicar o lanche saudável, então eles levaram salada de frutas, pipoca sem ser de microondas, aquela mais saudável sem gordura sem muito sal, e fizeram esse trabalho com eles e eles incentivam também a não levar biscoito recheado, balas. (E.5)

Tem, a questão do trabalho didático da professora, elas estavam levantando o assunto, mas foi muito pincelado né... Não é nada muito profundo, não, profundo não, porque não focou as doenças né. Raríssimo, pronto, a escola dele tava com um projeto desenvolvendo agora pra justamente isso, ele até levou pra escola umas embalagens, pra ver se tem sódio né... Ele levou alguns rótulos.(E.8)

De forma positiva, as entrevistadas julgaram como benéfico os trabalhos desenvolvidos para reeducar e influenciar a adição de hábitos saudáveis. Contudo, algumas entrevistadas demonstraram insatisfação com as práticas do colégio. Vale destacar que as E.7 e E.12 afirmaram que iriam trocar os filhos de escola, em função de o ambiente escolar não estar preparado para tender as necessidades dos filhos, evidenciados nos relatos que seguem:

Então, assim, querendo ou não a escola está influenciando, porque existem até em algumas outras escolas particulares, eu vejo ter a semana saudável, de segunda a quinta-feira, só na sexta-feira é liberado. Na escola que ele estuda não, na escola que ele estuda não tem essa questão do lanche saudável, que é fruta, é biscoito integral e tudo. (E.12)

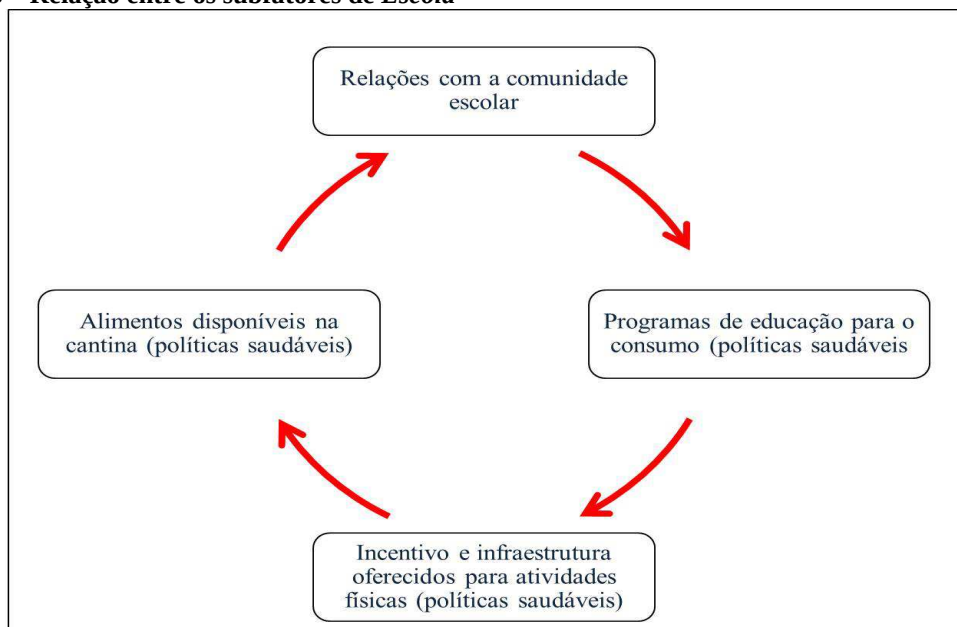
(Tem algum dia assim, na escola que seja para a alimentação saudável? – entrevistadora); (fala da mãe) **Não. De jeito nenhum. Nenhum dia.** (E.7)

Posto isso, cabe às escolas conscientizarem a comunidade escolar da importância da disposição em adotar novas maneiras de realizar as atividades rotineiras e preparar o ambiente da escola para lidar com essas novas dificuldades que vem surgindo e aumentando com o passar do tempo, pois a escola é a segunda casa de uma criança e onde ela vai aprender, reaprender e reforçar os hábitos apresentados.

- Esquema explicativo

Os subfatores do fator escola demonstram uma influência cíclica, onde todos os subfatores influenciam e são influenciados simultaneamente uns pelos outros, como pode ser constatado na Figura 4.5. Nesse esquema, diferentemente dos demais fatores da dimensão microambiental, não há um evento iniciador do processo de influência entre os subfatores. Ambos influenciam no ambiente escolar, tanto nas relações entre pais e filhos, quanto no incentivo a hábitos saudáveis. Assim, na Figura X podemos perceber a presença do subfator *Relações com a comunidade escolar* que se refere aos acontecimentos neste ambiente que influenciam positiva ou negativamente na obesidade na infância, como normas do colégio e relacionamento com professores e alunos, por exemplo.

Figura 4.5 – Relação entre os subfatores de Escola



Fonte: Dados da pesquisa (2015).

Igualmente, os *Alimentos disponíveis na cantina* da escola referem-se ao compromisso da escola em promover políticas internas de alimentação saudável, visando um

ambiente propício para o desenvolvimento de comportamentos alimentares positivos, considerando que a escola possui o papel de introduzir conhecimentos na vida da criança.

Nesse contexto, podemos destacar também o *Incentivo e infraestrutura oferecida para atividades físicas por parte da escola*, considerando que a prática regular de exercícios é necessária para uma vida saudável. Além disso, para completar a atuação influenciadora da escola na melhoria da vida de crianças obesas, a criação de *programas de educação para o consumo* dentro das escolas é importante para o desenvolvimento de uma consciência nas crianças, capacitando-as para realizarem suas escolhas de forma correta.

O trabalho para diminuir os índices de obesidade na infância deve ter a participação de todos os atores da sociedade que influenciam neste processo direta ou indiretamente a partir de suas ações no ambiente social da criança, pois além de facilitarem ou dificultarem os cuidados dos pais com os filhos, ainda representam peças-chaves para a eficácia dos programas de combate à obesidade. Nesse sentido, compreender como os fatores externos do macroambiente impactam nessas relações pode implicar em medidas efetivas para o controle do aumento da doença.

4.2.2 Dimensão macroambiental

A dimensão macroambiental refere-se aos fatores presentes no ambiente social externo que influenciam na relação entre pais e filhos e em todos os fatores da dimensão microambiental por meio das transformações que ocasiona na sociedade. Esta dimensão comporta aspectos que envolvem alcances maiores do que os analisados na seção anterior. Nesse contexto encontram-se as ações e consequências relacionadas ao marketing de alimentos, as políticas públicas e as mudanças culturais e econômicas ocorridas na sociedade mediante sua evolução.

Esta pesquisa está pautada em analisar fatores que contribuam para o aumento da obesidade com o intuito de compreender como eles se estruturam nas relações entre pais e filhos e que são suscetíveis a intervenções de marketing social que objetivam a mudança de comportamentos. Nesse sentido, os fatores que compõem a dimensão não são passíveis de ações diretas de marketing social, tendo em vista que: o **marketing de alimentos** não depende da intervenção para modificar suas ações negativas, pois é composto pela indústria alimentícia que visa a comercialização de seus produtos sem preocupações com doenças como a obesidade em crianças; as **políticas públicas** são as próprias ferramentas para a

atuação das informações e recomendações provenientes das pesquisas e intervenções de marketing social, podendo ser identificadas como a base para a transformação de comportamentos negativos; e, as **mudanças culturais e econômicas** representam o processo de evolução natural da sociedade com suas variações nas maneira de viver, mudando hábitos, comportamentos, crenças e costumes, e assim, propiciando alterações na vida das pessoas.

Apesar disso, estes fatores influenciam no problema da obesidade em crianças por meio do incentivo à alimentação desregrada (marketing de alimentos), da regulamentação, conscientização e controle dos atores de contribuição para a doença (políticas públicas) etendências e novidades que impactam nas práticas de troca e mercado (mudanças culturais e econômicas). Desse modo, para ações eficazes de marketing social a favor da diminuição da incidência de obesidade infantil no Brasil, é necessário considerar estes fatores nas estratégias adotadas.

4.2.2.1 Fator *Marketing alimentar*

Este fator tem relação com as empresas do ramo industrial alimentício, voltadas a venda de produtos não saudáveis ao público infantil, por meio de práticas mercadológicas eficazes na atração, mas incentivadoras de hábitos negativos e prejudiciais à saúde. Nesta categoria podemos encontrar aspectos referentes à *publicidade e propaganda direcionadas à criança e ao estímulo do consumo* (subfator), que invadem diariamente as casas das famílias e a mente das crianças, estimulando o consumo de produtos não saudáveis, como indicam os relatos:

[...]que mais me marcou foi aquela do iogurte, do iogurte que podia fazer um picolé, é o acho que é danone?chambinho né? **Chambinho ice, pronto, é esse. Foi a que me marcou porque era muito insistente, ai eu quero porque é muito legal, sabe? vou na feira com papai para comprar o chambinho ice. Então este foi o que mais em chamou a atenção.**(E.5)

Já, já, por exemplo, esses *Toddynhos* que tem, achocolatado que tem, às vezes passa propaganda, iogurte, *Pippos*, tem muita propaganda de *Pippos*, isso é o que ele sempre fala muito. Mãe, olha mamãe, tem *Pippos*, o *Pippos* não sei das quantas **que tem desenho, tem não sei que, tem Toddynho também passa, que tem um adesivo atrás. Mãe, esse Toddynho tem um adesivo, compra pra mim, não sei que. Então ele pede sim, com certeza, pede.**(E.12)

Da mesma forma, neste fator, encontramos também a *associação de personagens infantis a alimentos não saudáveis, nas embalagens e dentro de lanches* (subfator). Essa prática comum no mercado de empresas alimentícias, em especial as calóricas *fastfood*, necessita de maior regulamentação, justamente, por ter um impacto relevante na escolha das

crianças, as quais são iludidas pelas imagens de seus personagens preferidos nas embalagens de biscoitos recheados, iogurtes açucarados e fermentados e salgadinhos fritos artificiais. Os relatos a seguir referem-se a situações vivenciadas pelos pais com seus filhos devido a esta prática:

Ahh, tem um leitinho que ela toma do **Bob Esponja, ela pediu por causa do personagem**. Muitos e muitos, Influencia claro, vai direto, “eu quero o bolinho tal, o danone tal”, eles já vão direto nem que não presta, mas também se não prestar ela também não quer mais não. É só uma vez, ela só quer uma vez, ela só come o que ela gosta, nem adianta. (E.11)

Influencia para comprar, porque muitas vezes as crianças nem gostam do que tá ali dentro, mas aí já vai acho que por outro lado, a compra, o consumismo. Não é nem para comer (...) Aí não tá mexendo mais com a alimentação. Influencia no consumismo, muito muito mesmo. (E.7)

A utilização de canais de comunicação infantis para exposição de alimentos calóricos e produtos que impulsionam o sedentarismo configura-se como outra ação de mercado que dificulta o acompanhamento e incentivo para uma vida saudável por parte dos pais. Além de todos os fatores complexos relacionados ao cotidiano dos filhos, os pais ainda precisam estar preparados para lidar com toda a informação que os meios eletrônicos de comunicação inseriram na mente dos filhos.

Quando era menor, que eu levei ela no *McDonald's* e ela tinha visto na televisão essa propaganda, aí ela me pediu. Eu levei, até levei ela. (E.3)

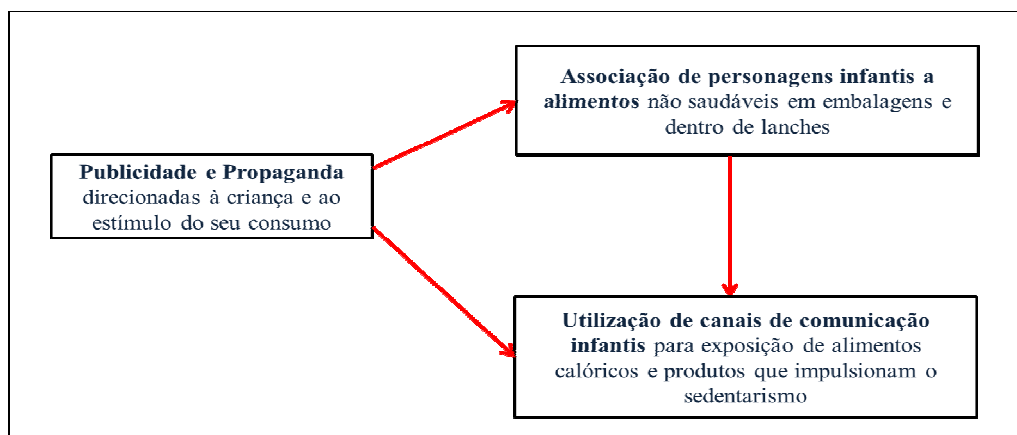
Quando ele era mais novo, pronto, viesse coisa do *Ben 10*, aí ele queria. Queria era tudo do *Ben 10*. Já chegou a comprar do *papatipatatá*, 15 suquinhos daquele pra ganhar um copo. Ele já chegou a comprar. (E.2)

Essas mensagens subliminares que tem, são muitas, que às vezes as crianças tão assim olhando a televisão, elas escutam e daí a pouco elas estão, mamãe eu ouvi isso assim, assim e assim, que eles deixam a mensagem no ar e aí a criança pega. (E.7)

Com base nos relatos, pudemos delinear as influências entre os subfatores relacionados ao marketing alimentar como observado na Figura 4.6.

A partir o esquema explicativo, pode-se compreender que o evento iniciador do processo de influência proveniente deste fator é a *publicidade e Propaganda direcionadas à criança e ao estímulo do seu consumo*, que impactam diretamente na vontade em consumir por parte da criança. Este, por sua vez, impulsiona a *associação de personagens infantis a alimentos não saudáveis em embalagens e dentro de lanches*, com o objetivo de aumentar o consumo e atrair mais fortemente a atenção das crianças para seus produtos, e também, incita a *utilização de canais de comunicação infantis para exposição de alimentos calóricos e produtos que impulsionam o sedentarismo*, como forma de ampliar a disseminação das informações sobre os produtos e instigar o seu consumo.

Figura 4.6 – Relação entre os subfatores de *Marketing de alimentos*



Fonte: Dados da pesquisa (2015).

Vale destacar que este subfator também sofre influência da associação de personagens aos alimentos, com o intuito de divulgar seus alimentos para as crianças que são vulneráveis a este tipo de abordagem. O grande problema que rodeia essas práticas é que elas são direcionadas ao imaginário infantil, deixando-os suscetíveis ao consumo, muitas vezes, não saudável e prejudicial ao seu estado obeso.

4.2.2.2 Fator *Políticas públicas*

O fator das políticas públicas refere-se às ações que são ou deveriam ser desempenhadas pelo governo para solucionar o problema crescente da obesidade. Nesse contexto, encontramos as *políticas para regulamentação de práticas publicitárias direcionadas à criança* (subfator), que a sociedade demanda das autoridades governamentais brasileiras, semelhantes as que já vigoram em outros países, como destacados nos relatos:

Eu acho que ele devia botar mais propaganda na televisão sobre o alimento saudável, e assim, não passar tanto esses... De *fast-food*, hambúrguer essas coisas pra as crianças e também na conscientização dos pais, pois a gente influencia querendo ou não, a gente compra as coisas que não são pra comprar. A começar pelas crianças de hoje né, desse século? E dos pais que não ajudam muito, e meu marido (risos). Acho que era pra diminuir, eu acho, na televisão mesmo chama muita atenção, e também *outdoor*, em todo canto, muitas coisas também, eu acho. (E.14)

O governo não faz nada, né? O governo não faz nada e ainda, por exemplo, a questão da venda casada é proibida por lei, mas como a empresa é muito forte, estilo o *Mcdonald's*, isso é feito descaradamente. Então o governo não tem agido como deveria com relação a isso.. (E.5)

Eu acho assim [...] o governo não faz nada. Eu acho que é tudo muito livre. É muito liberal para que todos façam essas propagandas. (E.7)

Nesse contexto de políticas públicas, destacamos as *políticas de controle e conscientização da obesidade infantil* (subfator), que devem ser mais efetivas e alcançar a uma parte maior da população, atingirem patamares estratégicos mais amplos para conseguir melhores resultados. A visão dos entrevistados a respeito do tema pode ser observada nos relatos que seguem:

Talvez propagandas né, na televisão ou palestras, ou até através dos planos de saúde difundir mais o assunto né..ter mais cuidado com a questão do peso, que **eu tô achando que é um problema muito comum e pouco observado, muito sutil, você nem pensa que seu filho esteja acima do peso e ele está.**(E.4)

Então eu acho assim que ele deveria combater, ir mais em cima dos *fast-foods*. Do óleo que frita aquelas batatas, fiscalizar mais. Colocar mais essas casadinhas com coisas mais saudáveis, colocar mais faixas e cartazes. Não tem no cigarro? Fumar é prejudicial e aquele monte de doença nos dentes e no estômago? Colocar também que o alimento consumido de forma irregular é prejudicial; mata. Mata do coração, tem o AVC, morre. **As pessoas também morrem de alimento, que não são consumidos adequadamente. Então, colocou no cigarro, coloca na frente dos lugares, não sei como, mas façam mais campanhas na TV, porque se não conscientizar essas crianças de hoje, eles serão adultos com saúde precária.** (E.7)

Com certeza que poderia melhorar né? É muito pouca propaganda com relação ao combate da obesidade, diabetes, das comidas que podem e que não pode. Eu acho muito pouco, a gente tem que chegar no mercado pegar um produto daquele e vê se tem glúten, o que pode, o que não pode, se tem açúcar e o que não tem. **Poderia ter uma propaganda mais esclarecida, até que a criança mesmo pudesse ver na televisão e entender que aquilo ali ele não pode, sem ser preciso o pai tá lá todo dia “filho, você não pode, não pode, não pode”. Ter um incentivo maior por conta disso.** (E.9)

Nesse cenário de atuação mais efetiva também se encontram as *políticas educacionais contra a obesidade infantil na sociedade, em escolas e junto às famílias* (subfator). Este subfator se refere aos atores apontados e analisados na dimensão microambiental e considerados essenciais para um tratamento eficaz da doença. O apoio das redes sociais das crianças como pais e comunidade escolar, monitorando e replicando comportamentos saudáveis é primordial para que haja uma mudança no comportamento deste indivíduo. Vejamos alguns relatos que evidenciam opiniões relacionadas ao tema:

E assim, se tivesse um acompanhamento também escolar, existisse na escola, na escola tivesse uma criança com obesidade e a nutricionista da escola fizesse um acompanhamento, seria ótimo, chamar a mãe, fazer a parceira entre família e escola, seria ótimo, mas nada disso tem. (E.2)

O governo poderia tá influenciando isso, com relação a tá evitando, digamos assim, a propaganda com relação a essas coisas, por exemplo, *McLanche feliz*, essas coisas que passam muito na TV e isso acaba, pra criança que já tem um hábito ou não tem o hábito, mas tem a questão da ansiedade, como é o caso do meu filho, por comida e tudo, a tá se voltando à isso. Mas, assim, eu nunca vi nada do governo com relação a: vamos fazer tal coisa por causa da obesidade infantil ou programa tal, não. Vem muito a questão do adulto, mas da criança eu nunca vi, sinceramente, que eu lembre, agora, no momento, eu nunca vi eles, como é

que eu posso falar, influenciar nessa parte de dieta ou de reeducação né? Até acredito que se o governo tivesse em cima disso, poderia tá mudando também a questão de merendas em escola pública, que não é, que a merenda escolar, eles não tem nenhuma preocupação com relação a isso, a merenda saudável. (E.12)

(fala da mãe) A gente vê mais de adulto, de criança, eu particularmente nunca vejo.
(fala da criança) **Eu nunca vi nem de adulto nem de criança, nem de bebê, nem de cachorro, nem de animal.** (E.13)

Só em programa que você vê assim, só uma matéria, que nem um comercial assim eu nunca vi. **Agora o povo tá mais assim, visando à obesidade porque tá sendo uma doença que quando começa a doer no bolso do governo ele acha ruim, aí começa a fazer alguma coisa.** (E.14)

Então se tivesse uma ajuda de educação física gratuita, se tivesse campanha tipo **a campanha do outubro rosa, tivesse pra obesidade infantil, uma campanha e os pais tivessem interesse**, procurasse e daquela campanha ficasse tendo um acompanhamento, seria uma boa. (E.2)

Eu, sinceramente, não tenho visto ações governamentais. Se elas existem, eu realmente desconheço, não vejo que o governo está agindo, **acho inclusive que a população está engordando e não está tendo nenhum controle por parte do governo.** (E.5)

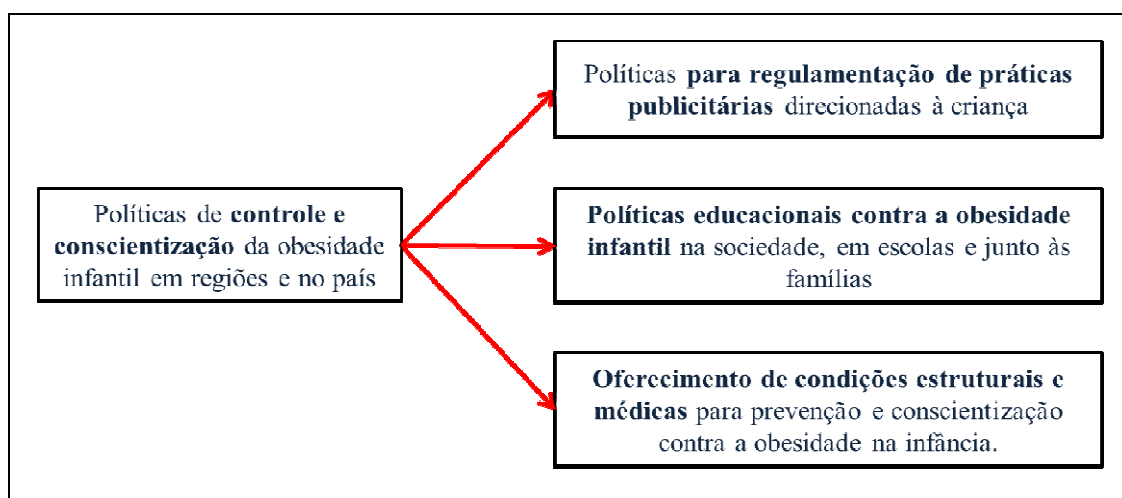
Por fim, neste fator, a literatura evidenciou a *oferta de condições estruturais e médicas para prevenção e conscientização contra a obesidade na infância* (subfator), relacionadas às condições de tratamento e cuidados proporcionadas pelas autoridades, bem como meios de informação para prevenção e controle, constatadas nos trechos destacados:

Deveria ter mais assim, tipo, justamente nessa questão aí de ajuda né, assim, incentivo. Até assim nos PSF's mesmo porque a gente não consegue, não encontra, dizem que no PSF tem, você vai lá e procura, mas não tem. Assim, para ele melhorar um pouco deveria ter né, assim, chegar até, eu acho assim até nos colégios mesmo, de ter essas coisas de nutricionista, tá entendendo? **Tipo assim, às vezes a mãe não tem nem condições de tá, mas aí, levando, pagar né...Exatamente, a gente sabe que é assim, eles prometem, dizem que vão fazer alguma coisa, mas não chegam a concluir aquilo, se o governo investissem nessa parte aí seria muito bom, muito bom mesmo. Não, nunca vi não campanha na tv contra a obesidade em crianças.** (E.1)

Na minha visão eu acho assim, que devia ter mais apoio pra os pais, **porque é uma dificuldade danada, assim. Já tem tempo que eu venho tentando encaixar numa atividade física, num acompanhamento psicológico, num acompanhamento de nutricionista e tudo isso tem uma barreira, são várias portas fechadas.** (E.2)

Desse modo, os relatos puderam evidenciar as aflições e opiniões dos entrevistados com relação à atuação do governo no caso de crianças obesas, deixando claro que a sociedade demanda mais esforços governamentais para apoio ao controle e redução da doença.

Figura 4.7 – Relação entre os subfatores de Políticas públicas



Fonte: Dados da pesquisa(2015).

Nesse contexto de políticas públicas, é importante evidenciar que os subfatores relacionados a este fator possuem influência entre si, como ser verificado na Figura 4.7. O subfator *políticas de controle e conscientização da obesidade infantil em regiões e no país* representa o iniciador do processo de influência entre os subfatores, influenciando na criação de *políticas para regulamentação de práticas publicitárias direcionadas à criança*, em defesa deste público infantil vulnerável às práticas de mercado; na disseminação de *políticas educacionais contra a obesidade infantil na sociedade, em escolas e junto às famílias*, em busca de medidas de controle mais efetivas e de alcance mais amplo; e, por fim, o *oferecimento de condições estruturais e médicas para prevenção e conscientização contra a obesidade na infância*, necessárias para utilização de populações menos favorecidas e para tentar reduzir o número de crianças diagnosticadas com obesidade.

4.2.2.3 Fator *Mudanças culturais e econômicas*

As mudanças ocorridas na sociedade representam um fenômeno natural e inerente ao ser humano, em que sempre buscamos novas formas de realizar nossas atividades, facilitar nosso cotidiano e tornar os momentos mais prazerosos. Outro fator que influencia estas modificações são as tendências que surgem a partir das novas demandas, como a questão de alimentos rápidos para auxiliar a economia de tempo diante das rotinas pesadas.

No nível familiar houve mudanças no ambiente das refeições, exposição a aparelhos eletrônicos como a televisão, a disponibilidade de alimentos e a diminuição do tempo para pais e filhos (WOFFORD, 2008). O relato expõe como isso acontece entre pais e filhos:

Ele não pediu propriamente o alimento, ele já pediu pra “mim” comprar a panela,

umas panelas que fritam sem óleo, faz num sei o quê. Aí ele diz: mãe compra uma daquela pra mim pra fazer coxinha pra mim, mãe compra uma daquela pra fazer arroz, aí eu digo: não filho a gente faz assim mesmo. Aí ele: não mãe, mas essa faz sem gordura.(E.9)

A comunidade que compõem o ciclo social próximo da família e, conseqüentemente, da criança, é afetada pelos projetos urbanos mal projetados que vetam a utilização de calçadas para andar a pé e ciclovias para andar de bicicleta e preocupação com a segurança, além do aumento da disponibilidade de comidas *fastfood* e não saudáveis com alto teor energético(WOFFORD, 2008). Os trechos demarcam as opiniões dos entrevistados neste ponto:

Há uma campanha muito grande pra que se consuma mais refrigerantes, por conta até da praticidade, é muito mais prático você pegar uma Coca-Cola do que você espremer um limão e fazer um suco, é muito mais prático né. **E assim, eu acho que pra as pessoas como nós, os vilões somos nós mesmos, a gente escuta todo dia questões de obesidade, de não se alimentar, programas na televisão, e isso a gente tem. Agora o problema é que é tudo muito disponível, tá tudo muito prático, tá tudo muito fácil, entendeu?** (E.11)

Dá muito mais trabalho. Também. Muito. Pra você fazer dieta é caríssimo. Olha, você compra Kitut pronto, você pode comer no pão, abriu a latinha, você pode comer com arroz, mas é altamente prejudicial a saúde. **Você pode comprar salsicha, que toda criança pode fazer uma salsicha; coloca no micro-ondas ou coloca numa água e faz. Então tudo que é processado é mais fácil.** Agora você tem que comprar uma carne para cozinhar, fazer um bife saudável, sem nenhum óleo, sem nada, você tem que comprar uma carne de excelente qualidade porque senão ela não come. Você compra alface, tomate, aí você compra batata. É muito fácil você cozinhar batata, você fazer um purê. Perfeito, mas não é saudável. Você tem que comprar aqueles, chicória, aquelas coisas, aqueles negócios verde, aí você compra uma vagem, você tem que saber cozinhar a vagem senão ela fica dura, tudo é mais difícil. **Tudo que é saudável é muito mais difícil. E você tem que fazer algo que você olhe e diga: tá bonito! Porque se não tiver bonito, você não come.**(E.7)

Finalmente, no nível social, fatores como a mudança nos padrões de trabalho dos pais, aumento da utilização de cuidados e alimentação fora de casa e a crescimento na utilização de automóveis e computadores(WOFFORD, 2008), bem como a mecanização e a maior acessibilidade a bens e serviços em função do crescimento nas rendas das famílias contribuíram para mudanças no contexto da sociedade e influenciam em doenças relacionadas ao consumo, como a obesidade infantil. Isto pode ser observado nos fragmentos indicados:

[...] é...é complicado né...**é difícil porque o prático mais rápido né, aí tudo hoje em dia é tempo, é tempo, então todo mundo vai pelo prático**, toma teus 5 reais aí tu lancha uma coxinha e um guaraná aí fica mais rápido, mais rápido que cortar fruta.(E.11)

Assim, não tem um projeto né, que realmente é bem desenvolvido, seja bem desenvolvido, e assim, a facilidade hoje de comprar alimentos que realmente engordam né, é muito mais do que antes. Eu lembro que meu pai antigamente pra comprar um Danone era coisa cara, hoje a gente compra, qualquer pessoa compra, a

gente vai ao supermercado, pode observar nos carrinhos, tem mais produtos que engordam, industrializados que os próprios legumes e frutas. **E a questão do tempo, quando a gente sai de casa não tem tempo tanto pra ficar em cima da alimentação dos filhos, tem essa questão também, e assim, do governo eu não vejo realmente, eu não vejo um projeto que seja bem desenvolvido pra que ele conscientize né...(E.8)**

Esse fator está presente na realidade analisada e está relacionado à dinâmica social e suas mudanças ao longo do tempo. O fator exerce influência permanente sobre os demais fatores macroambientais e os microambientais, da mesma forma que é influenciado pelas mudanças que ocorrem nestas dimensões, caracterizando-se como um ciclo.

4.2.3 Relações supostas entre os fatores estudados

Na pesquisa consideramos os subfatores apontados no Quadro 2.4 (pais, comportamento dos pais, licenciosidade, incentivo direto e comportamento de exemplo) para o fator preponderante *família* como prioritários para a compreensão do contexto. Em uma visão global da relação entre os fatores encontrados como contributivos para o quadro crescente de obesidade no Brasil e no mundo o fator *Família*, representado pelos seus subfatores, é classificado como o de maior impacto para a doença, não somente para esta pesquisa, mas para a literatura especializada. Contudo, constatamos que os demais fatores estão relacionados entre si, mas, principalmente, que influenciam no fator *Família* de forma direta, determinando como os pais vão agir, e indireta, movendo as tendências e novos costumes que modificam a forma de realizar atividades na vida destes pais e filhos, podendo ser benéfico ou não à sua saúde.

A Figura 4.8 ilustra que o fator *Família* influencia os demais fatores, considerando que é esta a base da sociedade, o início das relações sociais dos indivíduos e de onde partem os valores, costumes, hábitos e crenças que uma pessoa constrói ao longo da vida e compartilha com o ambiente social. Este fator preponderante molda as ações e escolhas dos indivíduos que refletem no ambiente comum das pessoas desde o tipo de comportamento adotado (Comportamento dos pais) até com quem se relacionarão (Interações sociais), e assim, criam maneiras de ver e fazer algo que implicam mudanças na maneira de agir dos outros atores sociais.

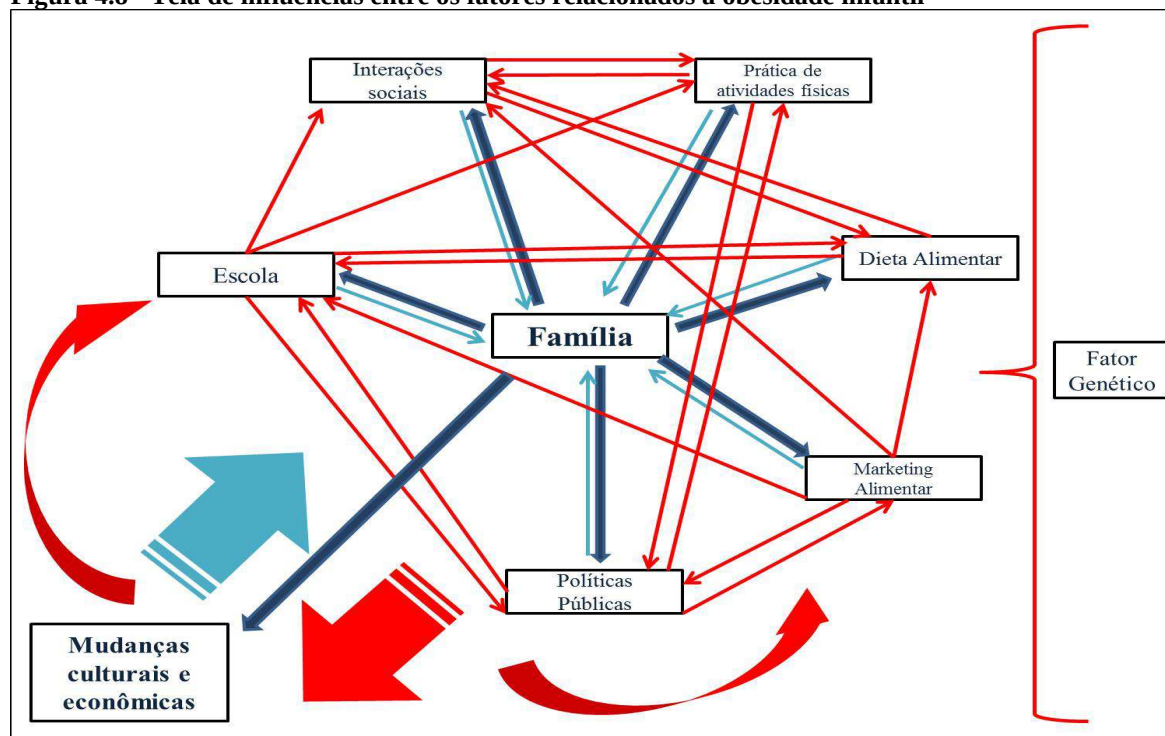
Esta rede de influências torna-se um ciclo, pois além de influenciar, o fator *Família* sofre influência de todos os fatores relacionados à obesidade na infância, os quais modificam suas visões e ações para adequação às novas realidades impostas pelo desenvolvimento e evolução natural da sociedade, de forma que, ao acompanhar as mudanças

ambientais, a família causa transformações no futuro dos atores sociais pela aprovação ou reprovação do que propõem. Nesse contexto, vale salientar que as setas azuis representam a influência deste fator sobre os demais fatores e as azuis claras, a retroalimentação do ciclo, onde os outros fatores influenciam o fator *Família*. As setas vermelhas representam as influências múltiplas e mútuas entre os fatores pesquisados encontradas por meio do aprofundamento na temática proporcionado pelas entrevistas realizadas.

Com relação ao fator *Dieta alimentar*, este é um fator relevante que influencia os fatores *Família*, *Escola* e *Interações sociais* e é influenciado por *Marketing alimentar*, *Família*, *Escola* e *Interações sociais*, bem como pelos subfatores de cada. Este fator refere-se às preferências e aos hábitos alimentares, além do aumento de ingestão de calorias e açúcares e alimentos disponíveis em casa, construindo, desta forma, o paladar saudável ou não saudável da criança e caracterizando sua dieta.

O fator *Prática de atividades físicas* e seus subfatores são influenciados pelos fatores *Família*, *Interações sociais*, *Escola* e *Políticas públicas* e influencia *Família*, *Interações sociais* e *Políticas públicas*. Este fator diz respeito ao estímulo ao sedentarismo, tempo de exposição a aparelhos eletrônicos e espaços físicos disponíveis para participação em exercícios físicos, por isso é importante um incentivo por parte dos atores apontados nos fatores para que este hábito saudável seja praticado e difundido entre as crianças e obesos em geral.

Figura 4.8 - Teia de influências entre os fatores relacionados à obesidade infantil



Fonte: Dados da pesquisa (2015).

Para o fator *Interações sociais* e seus subfatores, a influência advém dos fatores *Prática de exercícios físicos*, *Dieta alimentar*, *Marketing alimentar* e *Escola*. Este fator refere-se às influências que os grupos de referência existentes no ambiente das crianças exercem sobre suas vidas, nas escolhas, atividades que participam e consumo em geral, além das interações que criam laços e momentos importantes utilizando a comida como motivo ou pretexto, e influencia *Prática de atividades físicas* e *Dieta alimentar*.

No fator *Escola* encontramos a influência de *Dieta alimentar*, *Marketing alimentar* e *Políticas públicas*, influenciando *Interações sociais*, *Prática de atividades físicas*, *Dieta alimentar* e *Políticas Públicas*. Este fator está relacionado com as interações ocorridas no ambiente escolar, ou seja, no cotidiano da criança, bem como os alimentos e atividades físicas oferecidas pelas escolas e exigidas pelo governo, bem como práticas de incentivo ao consumo responsável e consciente.

No macroambiente encontra-se o fator *Marketing alimentar* que influencia todos os fatores por meio de seus subfatores, exceto *Prática de atividades físicas*, e é influenciado pelas *Mudanças culturais e econômicas*, pelas *Políticas públicas* e pela *Família*, devido a seus novos costumes e vulnerabilidade diante das investidas do mercado alimentar. Da mesma forma, o fator Macroambiental *Políticas públicas* aparece sob a influência das *Mudanças culturais e econômicas*, *Família*, *Escola*, *Prática de atividades físicas* e *Marketing alimentar*, bem como, influenciando-os mutuamente, por meio de dos subfatores que representam ações governamentais para melhoria da qualidade de vida e controle da obesidade das crianças.

Sobre a teia de influências geradas pelos fatores que contribuem para a obesidade infantil, encontram-se os fatores *Genética* e *Mudanças culturais e econômicas*. O fator *Genético* implica limitações e tendências humanas inerentes para aqueles indivíduos que possuem predisposição à obesidade ou sobrepeso, bem como a suas consequências e comorbidades. Este não pode ser controlado ou modificado por marketing social, mas deve ser considerado, pois está incidindo a todo tempo no cotidiano da criança, reforçando as consequências de seus comportamentos e hábitos negativos e dificultando o alcance de resultados positivos provenientes de mudanças de ação.

Igualmente, a partir da Figura 4.8, o fator *Mudanças culturais e econômicas* influencia e sofre influência dos fatores estudados e das relações destacadas entre estes fatores. Como comentado anteriormente, a família é a base da sociedade e, por isso, influencia nas estruturas sociais e culturais, da mesma forma que é influenciada e modificada por novos costumes e crenças culturais, econômicas e sociais, portanto a relação entre esses fatores implica mudanças nos demais fatores da teia. Este movimento não é estático, mas sim um

mecanismo dinâmico inerente a este fator que pode ser caracterizado como algo inexorável, com base na premissa de que a realidade da sociedade passa por mudanças que dependem do tempo, dos costumes e das necessidades humanas vigentes. O ambiente social é mutável, passível de modificações ao longo do tempo que transformam a realidade vivenciada. Assim seus subfatores representam influências que não podem sofrer a ação de marketing social, mas que devem ser consideradas por estarem, inevitavelmente, impactando no contexto dos demais atores envolvidos, mudando o ambiente social das crianças e sendo mudado por este.

Posto isso, na seção seguinte discutimos outros fatores relacionados à questão da obesidade que, na visão desta pesquisa, corroboram direta ou indiretamente para os hábitos e comportamentos dos pais e dos filhos e que emergiram dos relatos das entrevistas realizadas.

4.2.4 Análise dos fatores emergentes da pesquisa

Para esta pesquisa foi realizada uma vasta leitura da literatura que discorre sobre o tema proposto. Diversos artigos retratam o cenário da obesidade infantil como crescente, mas passível de mudança por meio do melhor e mais profundo conhecimento de suas causas passíveis de intervenção e, então, a partir disto, a execução de ações que retraiam sua abrangência no mundo e minimizem seus danos e consequências futuras.

Com base neste argumento, após constatar a convergência entre os temas relacionados à obesidade infantil, os quais realinhamos em dimensões e denominamos fatores e subfatores, e as realidades observadas, coletadas e analisadas por este estudo, compreendemos a relevância de evidenciar fatores que não havíamos extraído da literatura utilizada, mas que emergiram dos relatos obtidos. Estes fatores emergentes podem ser recolocados nas dimensões e fatores em um segundo momento, contudo, para que sejam entendidos em sua totalidade e importância, antes foram explorados brevemente nesta seção.

A partir dos relatos analisados, pudemos perceber alguns fatores relevantes para a questão da obesidade na infância que emergiram dos relatos da pesquisa e influenciam no seu desenvolvimento, bem como são influenciados pela sua manutenção no organismo. Primeiramente, a *ansiedade por comida*, um fator que pode ser visto como uma das causas do aumento da ingestão de alimentos, influenciando diretamente na quantidade consumida, muitas vezes sem fome, apenas pelo ato de alimentar-se. Cabe destacar que este fator foi apontado como causa para o aumento do sobrepeso, mas também pode ser evidenciado como consequência de estratégias de enfrentamento dos obstáculos diários encontrados por estas crianças devido ao excesso de peso, observado nos fragmentos expostos:

Mas é uma coisa assim, sei lá, como se já fosse dela mesmo, qualquer coisinha, raiva

que ela tem, não dá, é direto, almoçou, comeu bem, aí diz “tô com fome” eu digo, você não tá, você comeu bem, não é assim não, aí lancha, tudo bem, vai comer, aí depois, tô com fome. Aí vai, se deixar ela passa o dia todinho comendo, agora é mais besteira... (E.1)

Exatamente, pra saciar. Mãe, to com fome. E realmente, não só do pai, mas ele tem um grande problema de ansiedade que é a questão do...[...]. Quando ele tá sem, por exemplo, a gente tá em casa no final de semana e aí a gente vai numa praia, ele brinca, brinca, daqui a meia hora, 1h, 2h, ele vai pedir comida. Se ele tiver em casa, a cada 15, 20 min ele pede comida. Mãe, to com fome, mãe, to com fome. Então se ele tiver sem fazer nada, ele fica morrendo de fome. Agora, assim né, diz que tá com fome e se tiver ocupado, com a mente ocupada, ele esquece mais. (E.12)

De acordo com Gahagan (2004), o comportamento alimentar descreve a regulação do apetite, respondendo a fome e a saciedade, em resposta a ambientes estressantes, as crianças podem desenvolver desregulação deste comportamento. Nesse sentido, algumas crianças demonstram distúrbios psicológicos, sensibilidade aos ambientes sociais e transtornos emocionais, sendo necessário o uso de remédios controlados por psiquiatras. A ingestão desses *remédios* demonstra indícios de causar o aumento do peso em crianças, devido ao fato de abrir o apetite, configurando-se como um fator de contribuição para a prevalência da doença:

Sempre ele toma, mas às vezes eu não dou não, quando ele tá mais calmo assim que dá pra ir levando eu evito, porque ele come mais quando eu dou, ele come muito! E, ele já tem apetite, né? E, *mais com o remédio ele come*, come mesmo (E.14).

A *agressividade* surgiu dos relatos dos pais, apresentando diversas menções relacionadas ao ato de comer. No caso, comportamentos agressivos podem ser vistos como causa do aumento da ingestão de produtos não saudáveis, além de consequência de experiências negativas vivenciadas que estimulam o consumo demasiado de alimentos. Os pais e responsáveis praticam a licenciosidade com o objetivo de evitar reações agressivas das crianças e situações constrangedoras. Podemos observar como isto se configura nas relações entre pais e filhos nos trechos destacados:

Quando não tem ninguém porque minha mãe nunca deixa ele só, raramente, porque ele é cheio de invenção, sabe? **Ele é grandão, mas faz coisas que não deve fazer, aí a gente tem medo de ele botar fogo na casa, coisas assim, deixa as portas abertas.** Mas sempre ele não fica só não, fica com uma pessoa, minha mãe...(E.14)

Porque ele foi diagnosticado com transtorno emocional e de comportamento, emocional tanto faz ele tá chorando como tá cantando, o de comportamento tanto faz ele tá querendo lhe abraçar, lhe beijar como na mesma hora dizer que vai lhe matar, assim, mas isso foi controlado, graças a Deus. Por isso que às vezes ele ficava nervoso, não é uma coisa que ele ficou totalmente curado, é uma coisa que ele tá melhorando aos poucos, aí eu passei esse tempo, achava que esse período não precisava mais de medicamentos pra fazer tipo uma experiência, se precisar a gente volta, se não precisa também não volta mais (E.9).

Além desses fatores, o *bullying*, já mencionado anteriormente, emergiu como um fator de contribuição para o aumento da obesidade em crianças, tendo em vista que ocasiona experiências traumáticas que induzem a criança a comer mais. O *bullying* pode ser visto como uma consequência que dificulta o controle da doença o monitoramento por parte dos pais, pois, após sofrer uma ação deste tipo, a criança pode descontar na comida o seu sofrimento. Isto pode ser constatado a partir da análise dos relatos que seguem:

Totalmente negativa, **porque de todos os amigos ela é a única que é sobrepeso. Então é muito negativo, porque ela é vista como a gordinha**, e que tudo que ela faz: AH, (*nome da criança*), corre diferente; ah (*nome da criança*), não sobe na árvore; nos passeinhos, ah, ela tem medo disso. Então ela tem muito medo de altura e isso faz com que ela ache que talvez seja devido ao peso. Aí ela se limita a muitas coisas. (E.7)

Tinha um...é como se fosse um *pippos*, **mas é um salgadinho assado de uma e que fazia parte lá, quando eu tinha ido a nutricionista, dos snacks que ele poderia comer uma vez por semana. Só que o salgadinho tem um cheiro horroroso**, sabe-se Deus por que. Não cheira como um pipos ou um *Cheetos*, parece um *Cheetos* para fazer toda essa coisa da criança gostar, ele é vendido inclusive em casas de alimentos saudáveis. **Partiu inclusive da professora dizer que o alimento era fedorento e foi super constrangedor pra ele, ele chorou, a primeira coisa que falou quando entrou no carro, aconteceu isso, chorou bastante e disse que nunca mais queria levar este alimento, e soube desta história.** E sofre bullying porque é gordinho, até que agora diminuiu mais, passou o segundo ano, primeira metade do 2º ano dele foi bem chato(E.5).

Esses fatores foram percebidos no decorrer da análise dos fatores e subfatores. Esta percepção demonstra que é possível aprofundar-se nos fatores que parecem amplamente estudados, permitindo a descoberta de novas influências implícitas na convivência social das crianças. Como contribuição, entendemos que os fatores encontrados devem ser inseridos na dimensão microambiental, por estarem associados ao cotidiano e ao núcleo social da criança.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste capítulo são apresentadas as considerações finais da pesquisa. Primeiramente, é realizada uma síntese do estudo para um melhor entendimento do contexto estudado. Depois, discutimos os objetivos do trabalho e os resultados alcançados, bem como o problema de pesquisa. Posto isso, expomos os impactos dos resultados para Marketing Social e implicações práticas e, por fim, as limitações e as recomendações da pesquisa.

5.1. SÍNTESE DA PESQUISA

Este estudo apoia-se em uma visão de Macromarketing. Nesta perspectiva, questões que envolvem a sociedade são alvos do escopo de pesquisas na área. No caso desta pesquisa, analisamos a obesidade infantil como um problema de Macromarketing, a partir da premissa de que há ações de marketing incentivam o consumismo descomedimento nas crianças, sendo um dos fatores comportamentais de estímulo ao excesso de peso e que, portanto, é sua atribuição propor soluções para o problema.

Desse modo, focamos na relação entre pais e filhos e como este relacionamento influencia na manutenção e controle da obesidade e é influenciado pelos diversos atores que contribuem para a obesidade presentes na vida da criança. Assim, identificamos na literatura os fatores de contribuição para a obesidade na infância, constatando a existência de duas dimensões principais, a macroambiental, que se refere ao ambiente externo e suas mudanças ao longo do tempo, e a microambiental, referente ao ambiente doméstico e de convivência social da criança. Nesse contexto, os pais caracterizam-se como agentes de mudança, tendo em vista que são responsáveis pelos seus filhos e possuem a função de orientar, controlar e prevenir quanto a este tipo de doença, bem como quanto aos comportamentos e hábitos que conduzem a esta realidade. Além de os pais influenciarem seus filhos por meio de suas escolhas e atitudes, as crianças ainda sofrem a intervenção dos fatores ambientais na relação com seus filhos, e por isso é necessário entender como se configura esta influência externa para saber lidar com ela e conseguir controlar o sobrepeso para alcançar o bem estar da criança.

Posto isso, esta pesquisa sugere a utilização de marketing social alternativa de intervenção e busca de solução para problemas sociais. Marketing social opera por meio do incentivo pela mudança de comportamentos negativos e prejudiciais para a adoção de comportamentos positivos que visam o bem estar, a partir da disseminação de informações e oferecimento de condições de mudança aos envolvidos.

5.2. COMENTÁRIOS DOS OBJETIVOS

Os objetivos deste estudo foram formulados a partir de questionamentos relacionados a marketing social e a problemática da epidemia da obesidade infantil no Brasil. A pesquisa foi delineada com base em três objetivos que foram atendidos com a revisão de literatura realizada e com a pesquisa empírica aplicada no campo de estudos.

O primeiro objetivo foi “construir, a partir da revisão de literatura, um quadro teórico de explicação da obesidade infantil, considerando enfaticamente os aspectos que são relevantes em uma perspectiva de marketing social”. Este objetivo pretendia realizar uma varredura na literatura e sistematizar os fatores comportamentais mais relevantes na contribuição para o aumento da obesidade em crianças, considerando, principalmente, ambientes sociais para uma mudança efetiva da realidade mediante a adoção de novos comportamentos. Desta forma, alcançamos este objetivo no início da pesquisa ao investigar a teoria sobre o assunto e preparar a base para fundamentar a pesquisa empírica por meio da criação de um quadro sistemático formado pelos fatores destacados pelos autores como estimulantes à doença e de que formas eles interferem nas relações entre pais e filhos (subfatores).

Como segundo objetivo, tivemos “verificar, a partir de uma análise empírica, os principais fatores relevantes para marketing social associados a pais e filhos, presentes na literatura e no cotidiano dos atores da pesquisa”. O alcance deste objetivo pôde ser atestado a partir da aplicação da pesquisa qualitativa realizada com os pais a respeito do consumo alimentar e das suas rotinas com seus filhos e com relação aos fatores microambientais de família, dieta alimentar, prática de atividades físicas, interações sociais e escola, e macroambientais de marketing de alimentos, políticas públicas e mudanças culturais e econômicas, ambas voltadas ao contexto doméstico e social.

Nesta pesquisa, compreendemos que o consumo alimentar incorreto e que contribui para a obesidade na infância não é o único responsável pelo aumento de peso nesse público e é influenciado pelos demais fatores. Na verdade, a obesidade é um problema complexo que se instala a partir de um conjunto de comportamentos impulsionadores desde complicações fisiológicas até implicações sociais e comportamentais, sendo possível reduzi-lo por meio de ações de conscientização e controle características de marketing social.

Por fim, o terceiro objetivo foi “analisar, exploratoriamente, algumas das ações associadas a práticas convencionais de marketing, empreendidas no Brasil no combate aos problemas da obesidade infantil, e as possíveis alternativas para torná-las mais eficientes no

controle do problema”. As análises dos relatos das entrevistas com os pais de crianças obesas permitiram entender como estes fatores contribuem para o aumento de peso e a manutenção da obesidade nos filhos, reforçados pela literatura, proporcionando a apreciação de peças e campanhas governamentais para discussão da efetividade de suas abordagens e sugestão de intervenções mais eficazes a partir das descobertas da pesquisa de campo, ou seja, que pontos devem ser considerados ao buscar alcançar a população em prol da redução dos índices de obesidade infantil no Brasil. Este último objetivo foi construído ao longo das discussões e associações com a literatura na análise e complementamos alguns detalhes a seguir.

Dessa forma, atestamos ter alcançado os objetivos da pesquisa e, conseqüentemente, respondemos a questão norteadora deste estudo que foi: “considerando a forma de ação de marketing social, como se articulam, nas perspectivas de pais e de filhos, os fatores de configuração do quadro de obesidade infantil?”.

5.3 IMPACTOS DA PESQUISA PARA MARKETING SOCIAL

O estudo corrobora com a teoria de marketing social a partir dos resultados obtidos com a aplicação no campo de pesquisa, destacando evidências da configuração de fatores comportamentais relacionados ao consumo alimentar desregrado e os fatores de influência na obesidade infantil presentes na relação entre pais e filhos. Como contribuição, a pesquisa permitiu compreender como os fatores comportamentais influenciam no aumento do peso em crianças e como se configura a relação de influência entre as ações desempenhadas pelos pais, que estimulam a adoção de comportamentos negativos e positivos, servindo de base para ações efetivas de marketing social.

Na literatura, encontramos diversos fatores que impulsionavam o crescimento da obesidade, e para esta pesquisa focamos nos passíveis de intervenção por meio da mudança de comportamentos, pressupondo o alcance de uma transformação na perspectiva da sociedade com relação às suas escolhas para uma vida saudável. A relevância dos fatores apontados pelos autores foi confirmada nos relatos proveniente das entrevistas com os pais, demonstrando que, apesar de se conhecer o que antecede o problema, essas informações não são usadas como base para elaboração de ações de cunho estratégico no combate à epidemia ou, pelo menos, são pouco utilizadas. Isso pode ser observado nas ações governamentais que não atingem o cidadão ou o controle de um problema de saúde pública crescente.

Nesse sentido, marketing social pode ajudar na transformação dos hábitos incorretos que tem ocasionado o crescimento no índice de crianças obesas no Brasil,

munindo-se das informações para criar meio de intervir no ambiente social para a mudança. As ações de marketing social podem ser mais eficientes mediante planejamento que considere as cadeias de relações entre os fatores e subfatores de contribuição evidenciados no estudo.

Com relação ao fator *Família*, da dimensão microambiental e objeto do estudo, pudemos atestar que entre os subfatores, os pais representam o evento iniciador da influência sobre os filhos, criando uma cadeia que incorre em um incentivo às escolhas não saudáveis. Os resultados apontaram que, no caso da obesidade infantil, os pais exercem uma forte influência sobre os filhos, apresentando-se como os fatores preponderantes na formação dos comportamentos e hábitos que contribuem para o sobrepeso, tanto no ambiente doméstico por meio dos comportamentos de exemplo que mostram, pela licenciosidade com os filhos, e através do incentivo direto do consumo incorreto e de comportamentos não saudáveis, proporcionando e estimulando-os, quanto no ambiente social, deixando-se influenciar pelas abordagens e tendências do mercado voltadas as crianças.

Ainda na perspectiva microambiental (*downstream*), destacamos a relevante questão da *Dieta alimentar* na manutenção da obesidade na infância, ressaltando que este fator sofre influência direta da família, das interações sociais e do marketing de alimentos (Macroambiental). As relações provenientes dos subfatores da dieta alimentar mostraram que o processo é iniciado dentro de casa a partir dos alimentos disponibilizados pelos pais e dos hábitos alimentares ensinados e incentivados. Em seguida, esses subfatores podem desencadear a ingestão insuficiente de frutas e hortaliças e consolidar o hábito de comer fora de casa, aumentando o contato e, portanto, o consumo de alimentos calóricos, bebidas açucaradas e *fastfood*. Com base nestas premissas, marketing social pode criar estratégias de conscientização dos hábitos alimentares que devem ser incentivados, centrando suas ações nos pais e nas escolhas realizadas no ambiente familiar.

No fator Microambiental de *prática de exercícios físicos*, percebemos que a ausência de espaços disponíveis para a prática de atividades, bem como a falta de equipamentos, segurança e instrutores preparados em locais públicos para incentivar este hábito são subfatores que propiciam a inatividade física, dificultando a participação em esportes e atividades regulares e facilitando a adoção de comportamentos sedentários como a exposição a aparelhos eletrônicos durante horas seguidas e o aumento da ingestão de alimentos diante do ócio e da distração resultante do entretenimento eletrônico.

Ainda no contexto Microambiental, destacamos as *Interações sociais* como uma influência importante para a adoção de hábitos saudáveis, principalmente, os alimentares, que são estimulados pelos grupos de referência no consumo e interações que possuem a comida

como razão central para o contato. Aqui, é possível compreender claramente a importância de uma abordagem *upstream* que envolva todos os atores envolvidos na obesidade de uma criança.

Por isso, a intervenção na *Escola* configura-se como um dos fatores mais impactantes no controle da obesidade, pois se a criança possui alimentação saudável em casa e, em contrapartida, na escola tem contato com alimentos de alto teor calórico, dificulta iniciativas de combate ao aumento de peso e influência de hábitos saudáveis. Os subfatores inerentes ao ambiente escolar se relacionam de forma cíclica, mostrando uma relação de interdependência e influência mútua e contínua. Contudo, vale salientar que este fator influencia na relação entre pais e filhos, dificultando a orientação por parte dos pais, mas que é responsabilidade dos pais educar no ambiente familiar para que os bons hábitos sejam absorvidos, bem como escolher a escola dos filhos baseado nestes termos.

Ações direcionadas à adoção de hábitos saudáveis na escola têm sido despendidas pelo Ministério da Saúde no Brasil, contudo essas intervenções necessitam ultrapassar as fronteiras da comunicação e adicionar uma visão estratégica e ampla de marketing social para um resultado efetivo de mudança nas escolas públicas e privadas. Ações de marketing social devem incorporar uma combinação de estratégias, tendo em vista que somente a utilização de publicidade ou comunicação limita a eficácia das intervenções, comparando aos programas que são fundamentados no *mix* de marketing (CARINS; RUNDLE-THIELE, 2013). Avançando nesse sentido, temos especificamente no caso da obesidade infantil, na proposta de Gracia-Marco *et al.* (2013) o P adicional de parceria, como reconhecimento da necessidade de coordenar esforços entre os órgãos governamentais e *stakeholders*, visando a maximização da eficácia das intervenções de marketing social para promover mudanças nos determinantes sociais de saúde.

Já na dimensão macroambiental analisamos os fatores *Marketing de alimentos*, *Políticas públicas* e *Mudanças culturais e econômicas* como contributivos no aumento do peso em crianças e, conseqüente, quadro de obesidade no Brasil. As relações dos subfatores demonstraram que é necessário um controle efetivo da primeiramente publicidade e propaganda para crianças, coibindo a associação de alimentos a personagens infantis e a utilização de canais de comunicação infantis para incentivo ao consumo incorreto, assim como a promoção de políticas de controle e conscientização contra a obesidade infantil, focando igualmente, em regulamentação de práticas publicitárias, políticas educacionais para a família e nas escolas e a oferta de condições estruturas e médicas para a população combater o excesso de peso. Já as mudanças na sociedade são características do processo de evolução

natural à vida em comunidade.

Este estudo revela uma contribuição teórica para marketing social, tendo em vista a discussão que emerge de suas análises em consonância com a literatura aplicada. A pesquisa traz elementos novos ao propor uma visão sistêmica, quando agrega os diversos fatores encontrados na ampla teoria utilizada em um único quadro de análise, e sistemática, ao proporcionar uma visão mais detalhada das perspectivas macro e micro que compõem a problemática, além de ressaltar as influências e relações de influência entre essas perspectivas e seus fatores.

É importante evidenciar o escopo da pesquisa focado na relação entre pais e filhos, delineada pela configuração do cenário da obesidade infantil em sua totalidade, desde as influências do ambiente social e cultural até relacionamentos do núcleo familiar. Esses elementos diferenciam a pesquisa no contexto de marketing social, a qual confere resultados importantes para o alcance da mudança de comportamentos no cenário brasileiroobesogênico.

Destacamos ainda, a relevância das relações presentes entre os fatores e os subfatores para a elaboração de políticas e ações de combates à obesidade na infância, indicando a propagação de programas fundamentados no *Benchmark Criteria* identificados e disseminados por Andreasen (2002) como pontos de referência para uma atuação eficaz para uma abordagem de marketing social.

5.4 IMPLICAÇÕES PRÁTICAS

Em termos práticos, esta pesquisa se propôs a analisar algumas das ações associadas a práticas convencionais de marketing empreendidas no Brasil no combate aos problemas da obesidade infantil e as possíveis alternativas para torná-las mais eficientes no controle do problema. O intuito desta análise prática é servir de base para a elaboração de políticas públicas de conscientização e combate ao aumento do número de crianças com obesidade.

Em nossa análise, não foram encontradas ações concretas provenientes do Ministério da Saúde do Brasil com foco na obesidade infantil, mas algumas ações são empreendidas por outras entidades como ONGs e Institutos que visam o bem estar das crianças.

No Brasil existe um “Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022” (BRASIL, 2011), que

possui diretrizes estratégicas no combate a doenças por meio do incentivo a hábitos saudáveis. Contudo, as ações desempenhadas, geralmente, são isoladas ou de curto alcance, não conseguindo atingir a todos os envolvidos. As mães entrevistadas alegaram não ter conhecimento de programas ou campanhas do governo para combater a obesidade infantil, de fato, o único programa mencionado foi o “Mais Educação”, do Programa Saúde na escola, que atende a escolas públicas de tempo integral com a disponibilização de atividades físicas e artísticas. Ademais, este problema social não se restringe às famílias com poder aquisitivo menor, sendo necessárias intervenções a nível nacional, estadual e municipal para atender aos pais e filhos. Vale salientar, nesse sentido, que as entrevistadas destacam a falta de apoio na rede pública de saúde, com demoras de consulta e acompanhamento e ausência de estruturas próprias para agir contra o problema como preços altos dos alimentos saudáveis.

Desta forma, as ações devem expandir suas fronteiras para os *stakeholders*, mas também devem direcionar esforços para pais, no intuito de conscientizá-los, e para as crianças, objetivando educá-las e capacitá-las para fazer suas escolhas baseadas em comportamentos saudáveis. Nesse contexto, no Brasil, encontramos publicidade para os fatores que contribuem para o aumento da obesidade na infância, atividades físicas e saúde na escola, mas para o combate a epidemia da obesidade infantil não há nada no site do Ministério da Saúde. O programa saúde na escola é uma parceria entre os Ministérios da saúde e educação que promove políticas de saúde e educação voltadas às crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira se unem para promover saúde e educação integral, sendo incentivado com verba pública e durante a semana de 7 a 11 de abril de 2014 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

As campanhas referentes a este programa podem ser apreciadas na Figura 5.1, referentes ao ano de 2013 e 2014, respectivamente. Apesar de ter objetivos positivos, a campanha não pareceu estar pautada em uma visão de marketing social, tendo em vista um alcance limitado às escolas públicas, ausência de disseminação nacional do que oferece e dos resultados atingidos e não demanda a participação dos pais neste processo de reeducação.

Figura 5.1 – Campanha Saúde na escola do Governo do Brasil



Fonte: Ministério da Saúde (2013; 2014).

De forma semelhante, o governo realizou ações de incentivo a prática de atividades físicas e a adoção deste comportamento para uma vida mais saudável. A prática de exercícios físicos regularmente é recomendada fortemente para o caso de obesidade em

crianças, porém as iniciativas governamentais não se dirigem aos pais ou aos filhos, dissociado dos princípios apontados por Andreasen (2002) como inerentes ao sucesso de um programa para mudança social com uma visão de marketing social.

Figura 5.2 – Campanha para a prática de atividades físicas



Fonte: Ministério da saúde (2014).

Com o intuito de modificar este contexto epidemiológico da obesidade infantil no Brasil, este estudo sugere, em uma perspectiva em nível de Nordeste que serve de evidência para o cenário nacional, uma efetiva utilização dos pontos referenciais de marketing social para ações de promoção da saúde, voltadas para a diminuição e conscientização da obesidade em crianças, bem como preparadas para o entendimento e alcance do público alvo deste problema, os pais e as próprias crianças.

5.5 LIMITAÇÕES E RECOMENDAÇÕES DE ESTUDOS FUTUROS

A partir dos objetivos, da abordagem teórica e das análises desenvolvidas nesta pesquisa, foi possível indicar algumas limitações do estudo, bem como recomendações para pesquisas futuras. Nesse sentido, primeiramente, podemos destacar como limitação do estudo a amostra, tendo em vista que a maioria dos entrevistados foram pais de crianças do sexo masculino, desequilibrando as evidências do estudo, apesar de a literatura afirmar que o sexo não é um determinante na manutenção da obesidade infantil.

Além disso, destacamos a restrição de termos entrevistado somente famílias de crianças obesas, excluindo as que não possuem a doença. Este cruzamento de informações resultaria em uma base de dados rica para discussões aprofundadas, sendo recomendada como uma pesquisa futura. Igualmente, o fato de as crianças não participarem ativamente pode ser apontada como uma limitação deste estudo, tendo em vista que investiga o universo infantil e suas vidas, confirmado por uma das crianças que fez questão de estar presente no momento da entrevista e que, por vezes, discordava da mãe em suas falas com relação a permissões e assuntos diversos.

O recorte utilizado pela pesquisa foi que a amostra seria composta de pais de crianças que estivessem acima do peso ou com obesidade, desta forma, não inserimos possíveis influências das condições sociais ou localidades adversas. Vale ressaltar que todas residiam em cidades do nordeste, fator que pode ser considerado uma limitação, assim como uma oportunidade de pesquisa futura que investigue a sua real implicação para os resultados.

No que se refere às recomendações, seria interessante um estudo quantitativo de amplo alcance para confrontar as informações e proporcionar uma visão menos restrita da problemática e da configuração desses fatores na relação entre pais e filhos. A dimensão macroambiental caracteriza-se como uma fonte pouco explorada de estudos relacionados à obesidade (CARINS; RUNDLE-THIELE, 2013), principalmente, sobre sua influência na relação entre pais e filhos, sendo assim, recomendado um aprofundamento do entendimento e da proposição de alternativas com relação a estes fatores externos.

REFERÊNCIAS

ADAIR, Linda S. Child and adolescent obesity: epidemiology and developmental perspectives. **Physiology & behavior**, v. 94, n. 1, p. 8-16, 2008.

ADKINS, Natalie Ross; JAE, Haeran. Marketplace vulnerability of limited English proficient consumers: opportunities to increase knowledge in macromarketing. **Journal of Macromarketing**, v. 30, n. 1, p. 93-104, 2010.

ADKINS, Natalie Ross; OZANNE, Julie L. Critical consumer education: Empowering the low-literate consumer. **Journal of Macromarketing**, v. 25, n. 2, p. 153-162, 2005.

ALMEIDA, Fátima Ribeiro de; FERREIRA, Joaquim Armando. Obesidade infantil: a mediação parental do uso dos media. **Psychologica**, p. 237-258. 2010.

AMA – American Marketing Association. **Definition of Marketing**. 2007. Disponível em: <<http://www.marketingpower.com/AboutAMA/Pages/DefinitionofMarketing.aspx>>. Acesso em: 07 Mai. 2014.

ANDREASEN, Alan R. Marketing social marketing in the social change marketplace. **Journal of Public Policy & Marketing**, v. 21, n. 1, p. 3-13, 2002.

ANDREASEN, Alan R.. **Social Marketing in the 21st Century**. S.l: Sage, 2006. 280 p. Disponível em: <http://books.google.com.br/books?id=SO6VDouFcbEC&printsec=frontcover&hl=pt-BR&source=gbg_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false>. Acesso em: 07 Jun. 2014.

ANDREASEN, Alan R.. The life trajectory of social marketing: Some implications. **Marketing Theory**, Georgetown University, Usa, v. 3, n. 3, p. 293-303, 2003.

ANDREASEN, Alan R.; MANNING, Jean. The dissatisfaction and complaining behavior of vulnerable consumers. **Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behavior**, v. 3, p. 12-20, 1990.

BABOR, Thomas et al. Alcohol, diabetes, and public health in the Americas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 32, n. 2, p. 151-155, 2012.

BAKER, Stacey Menzel; GENTRY, James W.; RITTENBURG, Terri L. Building understanding of the domain of consumer vulnerability. **Journal of Macromarketing**, v. 25, n. 2, p. 128-139, 2005.

BARBOZA, Stephanie Ingrid Souza; COSTA, Francisco José da. Marketing social para doação de sangue: análise da predisposição de novos doadores Social marketing of blood donation: an analysis of new donors' predisposition Marketing social para doar sangue: un análisis de. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n. 7, p. 1463-1474, 2014.

BARBOZA, Stephanie Ingrid Souza. **MARKETING SOCIAL APLICADO À DOAÇÃO DE SANGUE: FATORES CONDICIONANTES DE COMPORTAMENTO. Dissertação de mestrado**. João Pessoa, Paraíba. 2012.

BARDIN, Laurence. **Análisis de contenido**. Ediciones Akal, 1986.

BASTOS, Adriana de F. V. CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS POR JOVENS: IMPLICAÇÕES PARA MARKETING SOCIAL. Dissertação de mestrado. João Pessoa, Paraíba. 2013.

BAUMAN, Zygmunt. **Vida para consumo: a transformação das pessoas em mercadoria**. Zahar, 2008. Disponível em: http://books.google.com.br/books?id=40192a3BTYcC&printsec=frontcover&hl=pt-BR&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false. Acesso em: 14 de ago.

BAUR, Louise A.; O'CONNOR, Janice. Special considerations in childhood and adolescent obesity. **Clinics in dermatology**, v. 22, n. 4, p. 338-344, 2004.

BIRCH, Leann L.; FISHER, Jennifer A. Appetite and eating behavior in children. **Pediatric Clinics of North America**, v. 42, n. 4, p. 931-953, 1995.

BIROSCAK, Brian J. et al. Assessment of social marketing education, training, and application in public health settings. **International Review on Public and Nonprofit Marketing**, v. 11, n. 2, p. 145-160, 2014.

BORYS, J.-M. et al. EPODE approach for childhood obesity prevention: methods, progress and international development. *obesity reviews*, v. 13, n. 4, p. 299-315, 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia Alimentar para a População Brasileira / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. Ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Presidência da República. **CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 9 Abr. 2014

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm. Acesso em: 9 Nov. 2012

BREI, V. A.; GARCIA, L.B.; STREHLAU, S. A influência do marketing na erotização precoce infantil. **XXXII ENANPAD**, Rio de Janeiro, 2008.

BRUG, Johannes et al. Evidence of the influence of home and family environment. *Preventing Childhood Obesity*, p. 64, 2010.

CAIRNS, G., ANGUS, K., HASTINGS, G., & CARAHER, M. Systematic reviews of the evidence on the nature, extent and effects of food marketing to children. A retrospective summary. *Appetite*, 62, 209-215. 2013.

CALVERT, Sandra L. Children as consumers: Advertising and marketing. **The future of children**, v. 18, n. 1, p. 205-234, 2008.

CAMPOS, Claudinei José Gomes. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 57, n. 5, p. 611-4, 2004.

CAPPELLE, Mônica Carvalho Alves; MELO, Marlene Catarina de Oliveira Lopes; GONÇALVES, Carlos Alberto. Análise de conteúdo e análise de discurso nas ciências sociais. **Organizações Rurais & Agroindustriais**, v. 5, n. 1, 2011.

CARINS, Julia E.; RUNDLE-THIELE, Sharyn R. Eating for the better: a social marketing review (2000–2012). **Public health nutrition**, v. 17, n. 07, p. 1628-1639, 2014.

CARVALHO, E. A. D. A., SIMÃO, M. T. J., FONSECA, M. C., ANDRADE, R. G. D., FERREIRA, M. S. G., SILVA, A. F., ... & FERNANDES, B. S. (2013). Obesidade: aspectos epidemiológicos e prevenção. **REVISTA MÉDICA DE MINAS GERAIS-RMMG**, 23(1). 2013

CHENG, Hong; KOTLER, Philip; LEE, Nancy (Ed.). **Social marketing for public health: Global trends and success stories**. Jones & Bartlett Learning, 2009. Disponível em: <<http://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=yLG97YQkwEQC&oi=fnd&pg=PR11&dq=kotler+lee+social+marketing&ots=CUK4yt5iBi&sig=smj62wE9prbUUSRzSYEWVJOJN8Y#v=onepage&q&f=false>>. Acesso em: 4 de Jun. 2014.

COSTA, F. **Marketing e sociedade – uma visão disciplinar**. João Pessoa. 2011. Disponível em: <<http://www.franzecosta.com/spaw2/arquivos/textos/MATERIAL%20DE%20MARKETING%20SOCIAL.pdf>> Acesso em: 10 de mai. de 2014.

COSTA, Marli Marlene Moraes da; REIS, Suzéte da Silva. EDUCAÇÃO PARA O CONSUMO ENQUANTO INSTRUMENTO PARA A EFETIVAÇÃO DOS DIREITOS DE CIDADANIA. **Revista Faz Ciência**. Volume 13 – Número 17 – Jan/Jun 2011 – pp. 155-172

CROUCH, M.; MCKENZIE, H. The Logic of Small Samples in Interview-Based Qualitative Research. **Social Science Information**, Vol. 45, No. 4, 2006, 483–499.

CRUWYS, Tegan; BEVELANDER, Kirsten E.; HERMANS, Roel CJ. Social modeling of eating: A review of when and why social influence affects food intake and choice. **Appetite**, v. 86, p. 3-18, 2015.

DANN, Stephen. Redefining social marketing with contemporary commercial marketing definitions. **Journal of Business Research**, v. 63, n. 2, p. 147-153, 2010.

PONTES, Luciano Meireles de; AMORIM, Rosemary de Jesus Machado; DE LIRA, Pedro Israel Cabral. Prevalência e fatores associados ao excesso de peso em adolescentes da rede pública de ensino de João Pessoa, Paraíba. **Revista da AMRIGS**, v. 57, n. 2, p. 105-111, 2013.

DECKELBAUM, Richard J.; WILLIAMS, Christine L.. Childhood Obesity: The Health Issue. **Obesity Research**, v. 9, p. 239-243, 4 nov. 2001.

DEHGHAN, Mahshid; AKHTAR-DANESH, Noori; MERCHANT, Anwar T. Childhood obesity, prevalence and prevention. **Nutrition Journal**. 02 set. 2005.

DIETZ, William H. Preventing childhood obesity: looking forward. *Preventing Childhood Obesity*, p. 292, 2010.

EBBELING, Cara B.; PAWLAK, Dorota B.; LUDWIG, David S. Childhood obesity: public-health crisis, common sense cure. **The lancet**, v. 360, n. 9331, p. 473-482, 2002.

EVANS, W. Douglas et al. Social Marketing as a Childhood Obesity Prevention Strategy. **Obesity A Research Journal**, 2010.

FERREIRA, Andreia Sousa. Obesidade infanto juvenil e estado socioeconómico. 2013.

FLICK, U. **Desenho da pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FOGELHOLM, M et al. Parent - child relationship of physical activity patterns and obesity. **International Journal Of Obesity**, p. 1262-1268. 1999.

GAHAGAN, Sheila. Child and adolescent obesity. **Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care**, v. 34, n. 1, p. 6-43, 2004.

GIBBS, Lisa; ABEBE, Mulugeta; RIGGS, Elisha. Working with minority groups in developed countries. *Preventing Childhood Obesity*, p. 276, 2010.

GIBSON, L. Y., BYRNE, S. M., DAVIS, E. A., BLAIR, E., JACOBY, P., & ZUBRICK, S. R. The role of family and maternal factors in childhood obesity. **Medical Journal of Australia**, v. 186, n. 11, p. 591, 2007

GOLAN, Moria; CROW, Scott. Targeting Parents Exclusively in the Treatment of Childhood Obesity: Long-Term Results. **Obesity Research**, v. 12, n. 2, 02 fev. 2004.

GORDON, Ross et al. The effectiveness of social marketing interventions for health improvement: what's the evidence?. **Public health**, v. 120, n. 12, p. 1133-1139, 2006.

GORTMAKER, Steven L. et al. Changing the future of obesity: science, policy, and action. **The Lancet**, v. 378, n. 9793, p. 838-847, 2011.

GRACIA-MARCO, L. et al. Contribution of social marketing strategies to community-based obesity prevention programmes in children. **International Journal of Obesity**, v. 35, n. 4, p. 472-479, 2011.

GRIER, Sonya A.; KUMANYIKA, Shiriki. Targeted marketing and public health. **Annual review of public health**, v. 31, p. 349-369, 2010.

GRIER, Sonya; BRYANT, Carol A. Social marketing in public health. **Annual review of public health**, v. 26, n. 1, p. 319-339, 2005.

HARRIS, Toni S.; RAMSEY, Michael. Paternal modeling, household availability, and paternal intake as predictors of fruit, vegetable, and sweetened beverage consumption among

African American children. **Appetite**, v. 85, p. 171-177, 2015.

HASSAN, Ali; DANIYAL, Muhammad. IMPACT OF TELEVISION PROGRAMS AND ADVERTISEMENTS ON SCHOOL GOING ADOLESCENTS: A CASE STUDY OF BAHAWALPUR CITY, PAKISTAN. **Bulgarian Journal of Science & Education Policy**, v. 7, n. 1, 2013.

HASTINGS, Gerard. **Social Marketing**: Why should the Devil have all the best tunes?. E. S.I: Butterworth-heinemann,, 2007. 392 p. Disponível em: <http://books.google.com.br/books?id=LETM25lfpTYC&dq=Social+marketing:+why++shou+ld++the+devil+have+all++the+best++tunes%3F+&lr=&hl=pt-BR&source=gbs_navlinks_s>. Acesso em: 17 abr. 2014.

HASTINGS, Gerard; CAIRNS, Georgina. Food and beverage marketing to children. **Preventing Childhood Obesity**, p. 120, 2010.

HASTINGS, Gerard; SAREN, Michael. The critical contribution of social marketing theory and application. **Marketing theory**, v. 3, n. 3, p. 305-322, 2003.

HENLEY, Nadine; RAFFIN, Sandrine. Social marketing to prevent childhood obesity. **Preventing Childhood Obesity**, p. 243, 2010.

HOLDEN, Stephen S.; COX, Damian. Public health marketing: Is it good and is it good for everyone?. **International Journal of Marketing**, 2013.

HUBBS-TAIT, L., KENNEDY, T. S., PAGE, M. C., TOPHAM, G. L., & HARRIST, A. W. (2008). Parental feeding practices predict authoritative, authoritarian, and permissive parenting styles. **Journal of the American Dietetic Association**, v. 108, n. 7, p. 1154-1161, 2008.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008-2009**. Despesas, Rendimentos e Condições de vida. Rio de Janeiro. 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008_2009/POFpublicacao.pdf>. Acesso em: 10 Dez. 2013

INSTITUTO AKATU.- **A nutrição e o consume consciente**. Pelo consume consciente. Caderno temático. 2004. Disponível em: [http://www.akatu.org.br/Content/Akatu/Arquivos/file/nutricao\(2\).pdf](http://www.akatu.org.br/Content/Akatu/Arquivos/file/nutricao(2).pdf). Acesso em: 15 de Junho 2014

JAIME, Patricia Constante; LOCK, Karen. Do school based food and nutrition policies improve diet and reduce obesity?. **Preventive medicine**, v. 48, n. 1, p. 45-53, 2009.

JANSEN, P. W., VERLINDEN, M., DOMMISSE-VAN BERKEL, A., MIELOO, C. L., RAAT, H., HOFMAN, A., ...& Tiemeier, H. (2014). Teacher and peer reports of overweight and bullying among young primary school children. **Pediatrics**, 134(3), 473-480. 2014

KAPETANAKI, Ariadne Beatrice; BRENNAN, David Ross; CARAHER, Martin. Social marketing and healthy eating: findings from young people in Greece. **International Review**

on **Public and Nonprofit Marketing**, v. 11, n. 2, p. 161-180, 2014.

KATZMARZYK, P. T., BAUR, L. A., BLAIR, S. N., Lambert, E. V., OPPERT, J. M., & Riddoch, C. International conference on physical activity and obesity in children: summary statement and recommendations. **International Journal of Pediatric Obesity**, v. 3, n. 1, p. 3-21, 2008.

KOPLAN, Jeffrey et al. (Ed.). **Preventing childhood obesity: health in the balance**. National Academies Press, 2005.

KOTLER, Philip; LEE, Nancy. **Marketing contra a Pobreza**. Bookman, 2010. Disponível em: <http://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=U2ahGOSITNoC&oi=fnd&pg=PR10&dq=kotler+lee+social+marketing&ots=Re4bCdouA9&sig=1eu546r6iKDRxPYgOVvYURk6RrI#v=onepage&q=kotler%20lee%20social%20marketing&f=false>. Acesso em: 25 de Jun. 2014

KOTLER, Philip; LEE, Nancy. **Social Marketing: Influencing Behaviors for Good**. 3 ed. Sage Publications. 2008. Disponível em: http://books.google.com.br/books?id=V4v1WTiFmIYC&printsec=frontcover&hl=pt-BR&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false. Acesso em: 23 de Abr. 2014.

KOTLER, Philip; LEVY, Sidney J. Broadening the concept of marketing. **The Journal of Marketing**, p. 10-15, 1969.

KOTLER, Philip; ZALTMAN, Gerald. Social Marketing: An Approach to Planned Social Change. **Journal of Marketing**, v. 35, n. 3, p. 3-12, jul. 1971.

KRAAK, V. I.; STORY, M. Influence of food companies' brand mascots and entertainment companies' cartoon media characters on children's diet and health: a systematic review and research needs. **Obesity Reviews**, 2015.

KUMANYIKA, Shiriki K. Environmental influences on childhood obesity: ethnic and cultural influences in context. **Physiology & Behavior**, v. 94, n. 1, p. 61-70, 2008.

LAYTON, Roger A. Marketing systems—A core macromarketing concept. **Journal of Macromarketing**, v. 27, n. 3, p. 227-242, 2007.

LAYTON, Roger A.; GROSSBART, Sanford. Macromarketing: Past, present, and possible future. **Journal of Macromarketing**, v. 26, n. 2, p. 193-213, 2006.

LEE, Nancy; KOTLER, Philip. **Social Marketing: Influencing Behaviors for Good**. 4 ed. Sage Publications. 2011

LEFEBVRE, R. Craig; FLORA, June A. Social marketing and public health intervention. **Health Education & Behavior**, v. 15, n. 3, p. 299-315, 1988.

LIMBERS, Christine A.; TURNER, Erlanger A.; VARNI, James W. Promoting healthy lifestyles: Behavior modification and motivational interviewing in the treatment of childhood obesity. **Journal of Clinical Lipidology**, v. 2, n. 3, p. 169-178, 2008.

LOBSTEIN, Tim; BAUR, Louise A.; JACKSON-LEACH, Rachel. The childhood obesity epidemic. *Preventing Childhood Obesity*, p. 3, 2010.

LOBSTEIN, Tim; BAUR, Louise; UAUY, Ricardo. Obesity in children and young people: a crisis in public health. **Obesity reviews**, v. 5, n. s1, p. 4-85, 2004.

LUDWIG, David S.; PETERSON, Karen E.; GORTMAKER, Steven L. Relation between consumption of sugar-sweetened drinks and childhood obesity: a prospective, observational analysis. **The Lancet**, v. 357, n. 9255, p. 505-508, 2001.

MAFFEIS, Claudio; CASTELLANI, Marta. Physical activity: an effective way to control weight in children?. **Nutrition, metabolism and cardiovascular diseases**, v. 17, n. 5, p. 394-408, 2007.

MARIE NG, Fleming, T., Robinson, M., Thomson, B., Graetz, N., Margono, C., ... & Gupta, R. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. **The Lancet**, v. 384, n. 9945, p. 766-781, 2014.

MCGINNIS, J. Michael; GOOTMAN, Jennifer Appleton; KRAAK, Vivica I. (Ed.). **Food Marketing to Children and Youth: Threat or Opportunity?**. 1^o ed. S.l: National Academies Press, 2006. 501 p. Disponível em: http://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=a_NyI4G3rHwC&oi=fnd&pg=PR1&dq=+Childhood+obesity+prevention++in+South+Africa:+media,+social++influences,+and++social+marketing+opportunities&ots=fCThQWYXqF&sig=VzWUy5kT32eKytzLqnfXxhbFBrU#v=onepage&q&f=false. Acesso em: 08 Abr. 2014.

MCNEAL, James U. et al. **Children as consumers of commercial and social products**. Washington, DC: Pan American Health Organization, 2000.

Mendes-Netto, R. S., Teixeira, P. D. S., Reis, B. Z., Vieira, D. A. S., da Costa, D., & Costa, J. O. (2014). Ações Educativas para Promoção de Hábitos Alimentares Saudáveis: relato de uma experiência. **Revista de Extensão Universitária da UFS**, v. 1, n. 2, 2014.

MERCER, Shawna L. *et al.* Possible lessons from the tobacco experience for obesity control. **The American Journal of Clinical Nutrition**, USA. 2003.

MICK, David Glen et al. Origins, qualities, and environments of transformative consumer research. **Transformative consumer research for personal and collective well-being**, p. 3-24, 2012.

MOORE, Elizabeth S. Children and the changing world of advertising. *Journal of business Ethics*, v. 52, n. 2, p. 161-167, 2004.

MURRAY, Robert; BATTISTA, Michelle. Managing the Risk of Childhood Overweight and Obesity in Primary Care Practice. **Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care**, v. 39, n. 6, p. 146-165, 2009.

MUST, A.; STRAUSS, R. Risks and consequences of childhood and adolescent obesity. **International Journal of Obesity**. 1999.

ORNELAS, E. M. et al. Childhood obesity and its cardiovascular implications: a current view. **J. Morphol**, v. 31, n. 1, p. 1-5, 2014.

PATRICK, H., NICKLAS, T. A., HUGHES, S. O., & MORALES, M. (2005). The benefits of authoritative feeding style: caregiver feeding styles and children's food consumption patterns. **Appetite**, v. 44, n. 2, p. 243-249, 2005.

PETERSEN, Jakob. **Social marketing and public health**. 2009. Tese de Doutorado. UCL (University College London).

PETERSON. M. Identifying quality-of-life priorities for societal development using a market orientation to benefit citizens. *Journal of Macromarketing*, v. 26, n. 1, p. 45-58, 2006.

POPE, Catherine; MAYS, Nicholas. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. Trad. Ananyr Porto Fajardo. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

PRATT, Charlotte A.; STEVENS, June; DANIELS, Stephen. Childhood obesity prevention and treatment: recommendations for future research. **American journal of preventive medicine**, v. 35, n. 3, p. 249-252, 2008.

QUAIOTI, Teresa Cristina Bolzan; ALMEIDA, Sebastião de Sousa. Determinantes psicobiológicos do comportamento alimentar: uma ênfase em fatores ambientais que contribuem para a obesidade. **Psicologia USP**, v. 17, n. 4, p. 193-211, 2006.

RIMAL, Rajiv N. et al. Audience segmentation as a social-marketing tool in health promotion: use of the risk perception attitude framework in HIV prevention in Malawi. **American Journal of Public Health**, v. 99, n. 12, p. 2224, 2009.

ROBINSON, Eric; FIELD, Matt. Awareness of social influence on food intake. An analysis of two experimental studies. **Appetite**, v. 85, p. 165-170, 2015.

ROCHA, Décio; DEUSDARÁ, Bruno. Análise de Conteúdo e Análise do Discurso: aproximações e afastamentos na (re) construção de uma trajetória. **Alea: Estudos Neolatinos**, v. 7, n. 2, p. 305-322, 2005.

RODRIGUES, Ana Sofia *et al.* Associação entre o marketing de produtos alimentares de elevada densidade energética e a obesidade infantil. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v. 29, n. 2, p. 180-187, 4 nov. 2010.

ROTHSCHILD, Michael L. Carrots, sticks, and promises: A conceptual framework for the management of public health and social issue behaviors. **The Journal of Marketing**, p. 24-37, 1999.

SECOM – Secretaria de comunicação social da presidência da república. **Hábitos de informação e formação de opinião da população brasileira II**. Relatório de pesquisa quantitativa. Governo Federal. 2010. Disponível em: <http://www.secom.gov.br/orientacoes-gerais/pesquisa/2010-12-habitos-de-informacao-e-formacao-de-opiniao-da-populacao-brasileira-ii.zip/view>. Acesso em: 13 de maio de 2014.

SHAW E. H.; JONES, Brian D. G. A history of schools of marketing thought. **Marketing Theory**, v. 5, n. 3, p. 239-281, 2005.

SHETH, Jagdish N.; SISODIA, Rajendra S. A dangerous divergence: marketing and society. **Journal of Public Policy & Marketing**, v. 24, n. 1, p. 160-162, 2005.

SILVA, Anielson Barbosa; GODOI, Cristiane Kleinübing; BANDEIRA-DE-MELO, Rodrigo. **Pesquisa Qualitativa em estudos organizacionais: paradigmas, estratégias e métodos**. 2 ed. São Paulo. Saraiva. 2010.

SISVAN. VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL - SISVAN: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde. In: **Série A. Normas e manuais técnicos**. [Andressa Araújo Fagundes et al.]. Brasília. Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_basicas_sisvan.pdf. Acesso em: 03 de Abril de 2014.

SMITH, N. Craig; COOPER-MARTIN, Elizabeth. Ethics and target marketing: The role of product harm and consumer vulnerability. **The Journal of Marketing**, p. 1-20, 1997.

SOUZA, Amanda de M.; PEREIRA, Rosangela A.; YOKOO, Edna M; LEVY, Renata B.; SICHIERI, Rosely. Alimentos mais consumidos no Brasil: Inquérito nacional de alimentação 2008-2009. **Rev Saúde Pública**, v. 47, n. 1 Supl, p. 190S-9S, 2013.

SPEISER, Phyllis W. et al. CONSENSUS STATEMENT: Childhood Obesity. **The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism**, p. 1871-1887. março. 2005.

STEAD, Martine; HASTINGS, Gerard; MCDERMOTT, Laura. The meaning, effectiveness and future of social marketing. **Obesity reviews**, v. 8, n. s1, p. 189-193, 2007.

STETTLER, Nicolas; SIGNER, Theo M.; SUTER, Paolo M. Electronic games and environmental factors associated with childhood obesity in Switzerland. **Obesity research**, v. 12, n. 6, p. 896-903, 2004.

STEWART, Laura. Childhood obesity. **Medicine**, v. 39, n. 1, p. 42-44, 2010.

SZTOMPKA, Piotr. **A sociologia da mudança social**. Civilização Brasileira, 2005.

TABACCHI, Garden et al. A review of the literature and a new classification of the early determinants of childhood obesity: from pregnancy to the first years of life. **Nutrition Research**, v. 27, n. 10, p. 587-604, 2007.

TEIXEIRA, Joyceane Monero; SILVA, Priscilla Santana. O ABUSO DA PUBLICIDADE INFANTIL À LUZ DOS PRINCÍPIOS CONSTITUCIONAIS. **Revista Jurídica**, v. 2, p. 103 a 120, 2014.

THACKERAY, Rosemary; NEIGER, Brad L. Use of social marketing to develop culturally innovative diabetes interventions. **Diabetes Spectrum**, v. 16, n. 1, p. 15-20, 2003.

THRASHER, J. F., HUANG, L., PÉREZ-HERNÁNDEZ, R., NIEDERDEPPE, J., ARILLO-

SANTILLÁN, E., & ALDAY, J. (2011). Evaluation of a social marketing campaign to support Mexico City's comprehensive smoke-free law **American Journal of Public Health**, v. 101, n. 2, p. 328-335, 2011.

TUCKER, Sharon J. Parents as agents of change for childhood obesity prevention: a clinical nursing research programme. **Paediatrics and Child Health**, v. 19, p. S189-S193, 2009.

VENTURA, Rodrigo. **Mudanças no perfil de consumo no Brasil: principais tendências nos próximos 20 anos**. Macroplan – Prospectiva, Estratégia e Gestão. 2009. Disponível em: <http://macroplan.com.br/Documentos/ArtigoMacroplan2009103018108.pdf>. Acesso em: 10 de junho 2014

VIGITEL - Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. **Alimentação suplementar**. Ministério da saúde. 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2011.pdf. Acesso em: 20 de maio de 2014.

VIGITEL - Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Ministério da Saúde. 2014. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/abril/15/PPT-Vigitel-2014-.pdf>. Acesso em: 10 de março de 2015.

WALSH, Diana Chapman et al. Social marketing for public health. **Health Affairs**, v. 12, n. 2, p. 104-119, 1993.

WEBB, Deborah J.; MOHR, Lois A.; HARRIS, Katherine E. A re-examination of socially responsible consumption and its measurement. **Journal of Business Research**, v. 61, n. 2, p. 91-98, 2008.

WILKIE, William L.; MOORE, Elizabeth S. Expanding our understanding of marketing in society. **Journal of the Academy of Marketing Science**, v. 40, n. 1, p. 53-73, 2012.

WILKIE, William L.; MOORE, Elizabeth S. Scholarly research in marketing: Exploring the “4 eras” of thought development. **Journal of Public Policy & Marketing**, v. 22, n. 2, p. 116-146, 2003.

WITKOWSKI, Terrence H. Food marketing and obesity in developing countries: analysis, ethics, and public policy. **Journal of Macromarketing**, v. 27, n. 2, p. 126-137, 2007.

WITKOWSKI, Terrence H. Macromarketing: Making an Impact. **Journal of Macromarketing**, v. 30, n. 1, p. 4-5, 2010.

WOFFORD, Linda G. Systematic review of childhood obesity prevention. **Journal of Pediatric Nursing**, v. 23, n. 1, p. 5-19, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity: preventing and managing the global epidemic**. World Health Organization, 2000. Disponível em: <http://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=AvnqOsqv9doC&oi=fnd&pg=PA1&dq=.+Obesity:+preventing+and+managing+the+global+epidemic.+Report+of+a+World+Health+Organization+Consultation&ots=6UD4>

6s_R6G&sig=kdtL-5aDj7uWWqLj_ljaJLimXVc#v=onepage&q=.%20Obesity%3A%20preventing%20and%20managing%20the%20global%20epidemic.%20Report%20of%20a%20World%20Health%20Organization%20Consultation&f=false. Acesso em: 28 de Junho de 2014

ZENZEN, Wanda; KRIDLI, Suha. Integrative review of school-based childhood obesity prevention programs. **Journal of Pediatric Healthcare**, v. 23, n. 4, p. 242-258, 2009.

ZIKMUND, William G. **Princípios da pesquisa de Marketing**. São Paulo. 2006.

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA

QUESTIONÁRIO

1. Quantos filhos(as) você tem?
2. Seu filho ou algum deles possui obesidade infantil?
() Sim (quantos _____)
() Não
3. Qual é o peso do seu filho(a) que possui obesidade infantil?
4. Qual é a altura do seu filho(a) que possui obesidade infantil?
5. Qual a idade do(s) seu(s) filho(a)(s) que tem sobrepeso? _____
6. Qual a sua idade?
a) [] Até 20 anos
b) [] Entre 21 e 30 anos
c) [] Entre 31 e 40 anos
d) [] Entre 41 e 50 anos
e) [] Acima de 50 anos
7. Qual é o seu peso(Kg)?
8. Qual é a sua altura (m)?
9. Você ou seu cônjuge têm ou teve problema de sobrepeso?
() Sim , tanto eu quanto o cônjuge
() Sim , somente um de nós dois
() Não, nem eu nem meu cônjuge
10. Renda Familiar Mensal (renda somada de todas as pessoas que moram na sua casa):
a) [] Até R\$ 1.000,00
b) [] R\$ 1.001,00 – R\$ 3.000,00
c) [] R\$ 3.001,00 – R\$ 5.000,00
d) [] R\$ 5.001,00 – R\$ 8.000,00
e) [] Acima de R\$ 8.000,00
11. Qual é o seu nível de escolaridade?
() Ensino Fundamental Incompleto
() Ensino Fundamental Completo
() Ensino Médio Incompleto
() Ensino Médio Completo
() Ensino Superior Incompleto
() Ensino Superior Completo
() Pós-Graduação
12. Quantas pessoas moram na sua casa?
13. O seu filho possui alguma doença em consequência da obesidade?
(_____) Sim
(quais? _____
_____)
() Não
14. O seu filho estuda? Escola pública ou privada? Que série/ano?
15. Como você percebe a influência da escola na alimentação do seu filho?
16. Que práticas saudáveis ou não saudáveis a escola do seu filho oferece, incluindo alimentação, atividades físicas e culturais e conhecimentos sobre a manutenção da saúde?
17. Quanto tempo o seu filho gasta em frente à televisão por dia, em média?
18. Quanto tempo, em média, seu filho gasta com aparelhos eletrônicos como vídeo game, tablete e no computador?
19. Com que frequência você e seu filho comem fora de casa?
() Nunca
() Uma vez ao mês
() Duas vezes ao mês

- () Três vezes ao mês
- () Quatro vezes ao mês
- () 2 vezes na semana
- () De 3 a 5 vezes na semana
- () Todos os dias

20. Quais os tipos de comida preferidos da sua família para refeições em casa e fora de casa?

21. Você e seu(s) filho(s) praticam atividades físicas? Caso sim, por favor, nos diga quais delas você(s) mais gosta(m) de realizar?

22. Você costuma ceder aos pedidos de seus filhos por alimentos gordurosos ou pouco saudáveis? Caso sim, por favor, nos informe quais os alimentos e com que frequência isto ocorre.

23. Você costuma dar alimentos como forma de incentivar o bom comportamento ou como compensação por alguma ação boa do seu filho?

24. Que hábitos seus e do seu filho você acha que são responsáveis pelo aumento do peso do seu filho?

25. O que você tem feito alguma para evitar o sobrepeso de seu(s) filho(s)? Caso sim, por favor, nos diga quais atividades.

26. Como você percebe a influência dos canais de comunicação infantis, a associação de personagens infantis em embalagens e dentro de lanches na vida do seu filho?

27. Quanto tempo, em média, o seu filho(a) (s) gasta(m) se alimentando a cada refeição?

28. Você se sente responsável pela alimentação do seu filho?

29. Você prepara os alimentos que seu filho ingere?

30. Você controla as porções que seu filho consome?

31. Você controla os tipos de alimentos que seu filho consome?

32. Quando o seu filho(a) não está em casa, que medidas você toma para restringir e monitorar sua ingestão de alimentos e líquidos?

33. Como você percebe a Influência dos amigos do seu filho na sua rotina alimentar? E nas práticas de educação física?

34. O que você pensa das vendas casadas? Como elas atraem e afetam a alimentação do seu filho?

35. Vocês consomem Fastfood? Com que frequência e qual empresa vocês mais gostam?

36. Como o governo pode ajudar na questão da publicidade para crianças e no combate a obesidade infantil?

PARA VOCÊ, indique, por favor, a frequência de consumo dos alimentos abaixo.

GRUPO ALIMENTAR/ LÍQUIDO	Todo dia	Até 3 vezes na semana	Uma vez na semana	Quas e nunca	Nunca
Cereais, pães, tubérculos e raízes. (Ex: arroz, pão, milho, batata, beterraba, massas, mandioca.)					
Hortaliças (Ex: alface, tomate, cebola, cenoura, acelga)					
Frutas (Ex: uva, maçã, abacaxi, banana, melancia.)					
Leguminosas (Ex: feijão, nozes, ervilha, soja, lentilha.)					
Carnes e ovos (Ex: aves, ovos, carne vermelha, peixe.)					
Leite e produtos derivados (Ex: Leite, queijo, iogurte,)					
Óleos e gorduras (Ex: Manteiga, óleo, azeite.)					
Açúcares e doces (Ex: chocolate, torta, sorvete, biscoito recheado, balas, salgadinhos fritos.)					
Refrigerantes					
Sucos de fruta					
Sucos de caixinha (lata)					

PARA SEUS FILHOS, nos indique, por favor, a frequência de consumo dos alimentos abaixo

GRUPO ALIMENTAR/ LÍQUIDO	Todo dia	Até 3 vezes na semana	Uma vez na semana	Quas e nunca	Nunca
Cereais, pães, tubérculos e raízes. (Ex: arroz, pão, milho, batata, beterraba, massas, mandioca.)					
Hortaliças (Ex: alface, tomate, cebola, cenoura, acelga)					
Frutas (Ex: uva, maçã, abacaxi, banana, melancia.)					
Leguminosas (Ex: feijão, nozes, ervilha, soja, lentilha.)					
Carnes e ovos (Ex: aves, ovos, carne vermelha, peixe.)					
Leite e produtos derivados (Ex: Leite, queijo, iogurte,)					
Óleos e gorduras (Ex: Manteiga, óleo, azeite.)					
Açúcares e doces (Ex: chocolate, torta, sorvete, biscoito recheado, balas, salgadinhos fritos.)					
Refrigerantes					
Sucos de fruta					
Sucos de caixinha (lata)					

Agradecemos a sua participação!