

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“Desigualdades sociais, pobreza e obesidade”

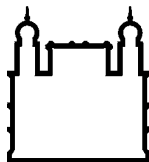
por

Vanessa Alves Ferreira

*Tese apresentada com vistas à obtenção do título de Doutor em Ciências
na área de Saúde Pública.*

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Rosana Magalhães

Rio de Janeiro, março de 2014.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA

SERGIO AROUCA

ENSP

Esta tese, intitulada

“Desigualdades sociais, pobreza e obesidade”

apresentada por

Vanessa Alves Ferreira

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Cristina Pinheiro Mendonça

Prof.^a Dr.^a Luciene Burlandy Campos de Alcântara

Prof.^a Dr.^a Letícia de Oliveira Cardoso

Prof. Dr. Carlos Otávio Fiúza Moreira

Prof.^a Dr.^a Rosana Magalhães – Orientadora

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

F383 Ferreira, Vanessa Alves
Desigualdades sociais, pobreza e obesidade. / Vanessa Alves
Ferreira. -- 2014.
xv,178 f. : il. ; tab. ; graf. ; mapas

Orientador: Magalhães, Rosana
Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública
Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.

1. Iniquidade Social. 2. Pobreza. 3. Obesidade. 4. Condições
Sociais. 5. Hábitos Alimentares. 6. Estilo de Vida. 7. Políticas
Públicas. I. Título.

CDD – 22.ed. – 616.398

*Para minha filha, Ana Luisa,
que nasceu no percurso dessa tese,
com todo o meu amor.*

AGRADECIMENTOS

O doutorado foi um longo percurso cheio de desafios e inquietações intelectuais. Tempo de reclusão, solidão e incertezas, próprias na elaboração de um trabalho acadêmico deste porte. Não foi fácil, como é de modo geral todo sonho que se realiza com dedicação, sobretudo pelo duplo desafio: o de ser mãe e doutoranda. Por outro lado, posso dizer que foi um período extremamente prazeroso e enriquecedor. Nesta caminhada várias pessoas e instituições foram indispensáveis para que eu pudesse concluir a realização desta tese com êxito, por isso estimo sinceramente a todos.

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer a essa força maior que me conduz ao melhor caminho sempre, colocando as pessoas e situações certas em minha vida. Agradeço a Deus por concretizar ao longo desses últimos quatro anos os sonhos mais importantes da minha vida: casar-me, ser mãe e ser uma profissional qualificada em minha área de atuação.

A minha família, que ora distante, ora presente, foi fundamental para me dar o apoio necessário para não sucumbir em meio a tantos desafios. Em especial, agradeço aos meus pais, Clóvis Queiroz e Sonia Ferreira, que me transmitiram os valores essenciais de responsabilidade, disciplina, determinação e realização do ofício com amor. Obrigada por repassarem valores éticos e morais que se solidificaram em mim e me fizeram (e fazem) ter sempre um olhar solidário e humano com todos aqueles que passam por desigualdades e injustiças sociais. Particularmente, agradeço a minha mãe, que me acolheu no Rio de Janeiro e foi além de amiga uma avó maravilhosa e presente em todos os momentos em que precisei de seu apoio. Ser mãe me fez amá-la e admirá-la ainda mais.

Ao meu afilhado Pedro Henrique e meus irmãos Alessandro e Viviane Ferreira por todo o afeto sincero, mesmo a distância. As minhas “mães” de coração, Ivone Muller, Sonia Águia e Jacira Gomes, pela amizade sólida.

Ao meu marido, Milton Ribeiro, pelo apoio, o incentivo, a paciência, o companheirismo e até mesmo os momentos de pouca compreensão tendo em vista a minha dedicação obstinada em concluir este trabalho com sucesso, deixando muitas vezes a tese sobrepor-se ao convívio familiar. Obrigada pelas demonstrações constantes de amor neste momento tão intenso de trabalho. A minha secretária Alaíde pelas palavras de incentivo, pela “escuta” e amizade. Minha querida, você foi fundamental para o meu equilíbrio emocional nesse período.

Aos docentes do Instituto de Nutrição da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), que além de contribuírem para a minha formação, me incentivaram a realizar a Pós-Graduação, alimentando em mim a paixão pela área acadêmica e pela pesquisa.

À Professora Rosana Magalhães do Departamento de Ciências Sociais da ENSP/FIOCRUZ/RJ, pela orientação competente e instigante ao longo de mais de dez anos de convívio durante a especialização, o mestrado e o doutorado. Foi um privilégio ser sua orientanda em tantos projetos de pesquisa. Agradeço a sua permanente atenção e solicitude. Obrigada pela parceria que construímos durante todo esse tempo com confiança, afeto e respeito. E que venham outras, querida!

À Pós-Graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, pela oportunidade de ser aluna da melhor Escola de Saúde Pública da América Latina, que me proporcionou aperfeiçoamento profissional tão qualificado. Agradeço aos funcionários da biblioteca, aos “meninos” da xerox, ao Eduardo, da Secretaria Acadêmica, aos funcionários do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria. E agradeço imensamente aos docentes da ENSP, não apenas por todos os ensinamentos teóricos fundamentais para a minha formação acadêmica, mas também pelo aprendizado que levo para a minha vida pessoal e profissional há mais de uma década.

À turma do Doutorado em Saúde Pública, pela alegria do convívio, a cumplicidade, amizade e o laço. Foi ótimo conhecer tantas pessoas

“interessantes” e “interessadas” de todas as partes do Brasil e do mundo. Desejo muita luz no caminho de todos vocês!

À Pró-Reitoria de Pós-Graduação e ao Departamento de Nutrição da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri – UFVJM, que propiciaram o meu afastamento integral para cursar o meu doutoramento. Em especial, ao Pró-Reitor Alexandre Cristófar, à Delair, Maria de Fátima, Lucilene Miranda e Fábio Guimarães por todo o empenho em me auxiliar nessa empreitada e pela amizade sincera. Particularmente, agradeço à professora Ivy Cazelli, que mais do que colega de trabalho revelou ser uma companheira de vida. Também agradeço aos professores Tarsis Maia, Fabiana Rossi, Nívea Pacheco e Virgínia Machado, que me substituíram lecionando as minhas disciplinas durante o período do meu afastamento.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES, órgão de fomento à pesquisa, pelo financiamento ao meu projeto de doutorado por intermédio do Programa Pró-Doutoral 2010.

Aos Professores Carlos Otávio Fiúza, do Departamento de Ciências Sociais da ENSP/Fiocruz e Luciene Burlandy, do Instituto de Nutrição da Universidade Federal Fluminense (UFF/RJ), por todas as valiosas contribuições ao meu projeto na fase de qualificação.

À Secretaria de Saúde e de Promoção Social da cidade de Diamantina/MG que prontamente autorizaram a realização desta pesquisa. Especialmente, às enfermeiras Jumara, Karina e Flávia que me receberam de braços abertos nas unidades básicas de saúde locais. Às acadêmicas, Ana Paula Fernandes, Cristina Gandra, Nardjara Leão e Samili Tamara do Curso de Nutrição da UFVJM, que me auxiliaram na etapa do pré-teste.

Ao professor Adalberto Alves de Souza pelo profissionalismo, competência e sensibilidade na correção ortográfica da tese.

Por fim, meu agradecimento especial a todas as famílias da área rural e urbana da cidade de Diamantina/MG que me receberam na intimidade de suas casas com toda a simplicidade e o desejo sincero em me auxiliar nesta pesquisa. Agradeço por toda a confiança. Entrevistar vocês foi uma verdadeira lição de

vida e, sobretudo, de amor. Em agradecimento, dedico o poema “Ser Mineiro” de Carlos Drummond Andrade, as famílias entrevistadas:

Ser Mineiro

(Carlos Drummond de Andrade)

*Ser Mineiro é não dizer o que faz, nem o que vai fazer,
é fingir que não sabe aquilo que sabe,
é falar pouco e escutar muito,
é passar por bobo e ser inteligente,
é vender queijos e possuir bancos.*

*Um bom Mineiro não laça boi com imbira,
não dá rasteira no vento,
não pisa no escuro,
não anda no molhado,
não estica conversa com estranho,
só acredita na fumaça quando vê o fogo,
só arrisca quando tem certeza,
não troca um pássaro na mão por dois voando.*

*Ser Mineiro é dizer "uai", é ser diferente,
é ter marca registrada,
é ter história.*

*Ser Mineiro é ter simplicidade e pureza,
humildade e modéstia,
coragem e bravura,
fidalguia e elegância.*

*Ser Mineiro é ver o nascer do Sol
e o brilhar da Lua,
é ouvir o canto dos pássaros
e o mugir do gado,
é sentir o despertar do tempo
e o amanhecer da vida.*

Ser Mineiro é ser religioso e conservador,

*é cultivar as letras e artes,
é ser poeta e literato,
é gostar de política e amar a liberdade,
é viver nas montanhas,
é ter vida interior,
é ser gente.*

“Julgavam-se livres e nunca alguém será livre enquanto houver flagelos.”
(Albert Camus)

RESUMO

No contexto contemporâneo, o crescimento da obesidade, na maioria dos países e especialmente nos grupos socialmente vulneráveis, revela a natureza complexa das mudanças e transformações do padrão alimentar, envolvendo aspectos socioeconômicos e culturais. Neste cenário, ainda são tímidos os avanços nas políticas e ações de intervenção no problema. Em geral, as iniciativas voltadas à redução da obesidade tendem a focalizar mudanças no comportamento alimentar individual e estratégias setoriais subestimando os aspectos mais amplos ligados às iniquidades sociais, dinâmica simbólica e cultural e à diversidade das situações locais. Frente a essa realidade o objetivo deste estudo foi investigar o fenômeno da obesidade em contextos marcados pela pobreza, incorporando a perspectiva construtivista para compreender de que forma o excesso de peso é vivenciado por esses grupos sociais. Foram realizadas vinte e quatro entrevistas em profundidade e três grupos focais com famílias cadastradas em unidades da Estratégia de Saúde da Família e beneficiárias do programa governamental Bolsa Família. Na metodologia foram utilizados: levantamento documental, pesquisa bibliográfica e estudo de caso exploratório sobre a experiência das famílias residentes da região do alto Vale do Jequitinhonha, em Minas Gerais, Brasil. A expectativa foi analisar as percepções, interpretações e práticas em torno da alimentação e do corpo obeso. Os resultados revelaram componentes fundamentais a serem observados no desenho de políticas públicas voltadas à redução da obesidade. Nesta direção, ações direcionadas à promoção da equidade social e da igualdade de gênero, assim como à ampliação do acesso à alimentação, educação, tecnologia e serviços de saúde de qualidade, sobretudo no período do pós-parto nos parecem caminhos mais promissores para o enfrentamento da problemática da obesidade neste contexto local.

Palavras-chave: Obesidade, Pobreza, Desigualdades Sociais, Políticas Públicas.

ABSTRACT

Currently, the growth of obesity in most countries and especially and socially vulnerable groups, reveals the complex nature of the changes and transformations of the feeding pattern involving socioeconomic and cultural aspects. In this scenario which there has been slow progress in policies and actions of intervention to this issue. In general, the initiatives aimed at reducing obesity tend to focus on changes in eating behavior and individual sector strategies. They underestimate broader aspects related to social inequities, symbolic dynamics and cultural diversity coming from local situations. Facing the reality, the objective of this study was to investigate the phenomenon of obesity in context marked by poverty incorporating the constructivist perspective in order to acknowledge how being overweight is experienced by individuals, families and social groups. Twenty-four in-depth interviews were made in three focus groups with families who were enrolled in units of the Family Health Strategy and beneficiaries of government program called *Bolsa Família*. The methodology which were used: a documentary survey, literature and exploratory case study on the experience of households in the region Jequitinhonha Valley, Minas Gerais, Brazil. The expectation was to analyze the perceptions, interpretations and practices around food and body fat. The results revealed fundamental components to be observed in the design of public policies aimed at reducing obesity. Focusing in this direction, actions which has been directed towards promoting social equity and gender equality as well as increased access to food, education, technology and health care quality, especially in the period after childbirth, seem most promising ways to cope the problem of obesity in this local context.

Keywords: Obesity, Poverty, Social Inequality, Public Policy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

	Página
Gráfico 1 Evolução da Frequência (%) de Obesidade no Brasil no período de 2006 a 2012, população total, homens e mulheres.	32
Gráfico 2 Frequência (%) de excesso de peso e obesidade no Brasil por faixa etária, ano de 2012.	32
Gráfico 3 Frequência (%) de obesidade no Brasil por sexo e escolaridade, ano 2012.	33
Gráfico 4 Mortalidade proporcional pelos principais grupos de causas de óbitos, Minas Gerais, 2010.	39
Gráfico 5 Rendimento médio domiciliar, em salários-mínimos, nos domicílios chefiados por homens e mulheres no Brasil, de acordo com os <i>Censos Demográficos</i> dos anos de 1991, 2000 e 2010.	60
Gráfico 6 Taxas de fecundidade total, por nível de instrução das mulheres, segundo as Grandes Regiões, Brasil, 2010.	62
Gráfico 7 Frequência (nº) de obesidade e outras doenças nas famílias entrevistadas, Diamantina, Vale do Jequitinhonha/MG, 2012-2013.	69

LISTA DE TABELAS E QUADROS

	Página
Quadro 1 Prevalência de obesidade em escolares, adolescentes e na população adulta, segundo classes de rendimento total e a variação patrimonial mensal familiar <i>per capita</i> , Brasil, período 2008-2009.	34
Quadro 2 Prevalência (%) de sobrepeso e obesidade em crianças, adolescentes, gestantes e adultos, Diamantina/MG, 2013.	37
Quadro 3 Prevalência (%) de sobrepeso e obesidade em adultos, por sexo, Diamantina/MG, 2012.	37
Quadro 4 Prevalência (%) de obesidade em mulheres adultas por cor, Diamantina/MG, 2013.	38
Quadro 5 Faixas de Renda das Famílias Entrevistadas, em salários mínimos, Diamantina (urbana e rural), Vale do Jequitinhonha/MG, 2012-2013.	56
Quadro 6 Taxa de Fecundidade total, por situação do domicílio, segundo as Grandes Regiões, Brasil.	62
Quadro 7 Dieta das mulheres, área urbana e rural, Diamantina, Vale do Jequitinhonha/MG, 2012-2013.	93

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

BF – Programa Bolsa Família

CAISAN – Câmara Intersectorial de Segurança Alimentar e Nutricional

CGAN – Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição

CONSEA – Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional

CRAS - Centro de Referência de Assistência Social

CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social

DATASUS – Banco de Dados do Sistema Único de Saúde

DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DHAA – Direito Humano a Alimentação Adequada

ESF – Estratégia de Saúde da Família

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDENE – Instituto de Desenvolvimento do Norte e Nordeste de Minas Gerais

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

IDH-M – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

IMC – Índice de Massa Corporal

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada

IPHAN – Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional

MDS - Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome

MEC – Ministério da Educação

MS - Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-americana de Saúde

PME – Pesquisa Mensal de Emprego

PNAD – Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

POF – Pesquisa de Orçamentos Familiares

PRONATEC – Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SECTES – Secretaria de Estado de Ciência, Tecnologia e de Ensino Superior

SENAC – Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial

SENAI – Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial

SES-MG – Secretaria do Estado de Minas Gerais

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TMC – Transtornos Mentais Comuns

UFVJM – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

VIGITEL - Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

	Página
CONSIDERAÇÕES INICIAIS	16
CAPÍTULO 1 – DESIGUALDADES SOCIAIS E POBREZA: os conceitos teóricos da pesquisa.	20
CAPÍTULO 2 – PRÁTICAS ALIMENTARES, OBESIDADE E POBREZA	26
2.1 A Obesidade entre os Pobres: uma abordagem compreensiva	32
2.2 Práticas Alimentares e Contexto Social	
CAPÍTULO 3 – O COMPORTAMENTO DA OBESIDADE NO BRASIL E A VULNERABILIDADE DAS MULHERES POBRES	43
3.1 Os Custos da Obesidade para o Sistema de Saúde no Brasil	47
3.2 O Perfil do Excesso de Peso no Estado de Minas Gerais e na Cidade de Diamantina, Região do Vale do Jequitinhonha/MG	48
3.3 Indicadores de Saúde e Nutrição da Macrorregião Jequitinhonha	51
CAPÍTULO 4 – CAMINHOS PERCORRIDOS: A DISCUSSÃO METODOLÓGICA	55
4.1 A Cidade de Diamantina e o Vale do Jequitinhonha/MG	57
4.2 Escolhas e Práticas Alimentares Locais	61
CAPÍTULO 5 – VIDAS CONTADAS & HISTÓRIAS VIVIDAS: OS RESULTADOS DA PESQUISA	69
5.1 Condições de Vida, Trabalho e Bem-Estar das Famílias Entrevistadas	70
5.2 Condições do Domicílio, Acesso a Bens e Serviços, Infraestrutura e Lazer	81
5.3 O Perfil de Obesidade e as Condições de Saúde das Mulheres	85
5.4 “ <i>Por um Fio</i> ”: a liquidez das redes de proteção social das famílias no Vale do Jequitinhonha/MG	87
5.5 “ <i>Comida Brasileira à Moda Mineira</i> ”: as tradições, permanências e mudanças nas práticas alimentares das famílias	99
5.6 Sentidos e Significados das Práticas Alimentares	110
5.7 “ <i>Que Saudades da Comida da Roça</i> ”: as construções simbólicas em	114

torno da alimentação	
5.8 As singularidades do contexto: o urbano e o rural	116
4.9 “As Gordinhas não Existem”: as concepções e disposições frente ao corpo obeso	118
CAPÍTULO 6 – OBESIDADE E POBREZA NO VALE DO JEQUITINHONHA/MG	132
6.1 Ambivalências e Contradições de Ser “Pobre e Obeso” na Atualidade	138
6.2 A Face Feminina da Obesidade no Contexto Local	139
CONSIDERAÇÕES FINAIS	148
Obstáculos e Oportunidades para o Enfretamento da Obesidade entre as Mulheres Pobres do Vale do Jequitinhonha/MG	148
ANEXOS	159
APÊNDICES	170

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Inicialmente cabe realizar algumas considerações sobre o ponto de partida para a elaboração desta tese. Há cerca de dez anos investigo o fenômeno do excesso de peso e da obesidade em contextos marcados por desigualdades sociais e pobreza no Brasil. Em 2003, concluí minha dissertação de mestrado na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz, intitulada “*Obesidade & pobreza: o aparente paradoxo*”, em que busquei “desvendar” essa dinâmica aparentemente contraditória: a frequência do excesso de peso em contextos de pobreza e exclusão social. Desde então, esse passou a ser um objeto de intenso trabalho, muitas análises e reflexões. Dessa forma, um ano após a defesa dessa dissertação, assumi por concurso público a disciplina de Nutrição em Saúde Pública do Departamento de Nutrição das Faculdades Federais Integradas de Diamantina (atualmente Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri – UFVJM), localizada na cidade histórica de Diamantina, Minas Gerais. A cidade de Diamantina insere-se geograficamente em uma das Regiões de maior exclusão social do País, o Vale do Jequitinhonha. Assim, não posso dizer simplesmente que “escolhi” esse tema como objeto de tese. Na verdade esse objeto faz parte da minha própria trajetória de vida. Constantemente me questiono “se é o objeto que persegue o pesquisador ou se é o próprio pesquisador que persegue o seu objeto de estudo”. Essa temática, portanto, faz parte das minhas vivências pessoais e profissionais.

Reconhecidamente a obesidade é um problema contemporâneo presente em boa parte das sociedades modernas. Um fenômeno que se tornou um dos maiores desafios para o campo da saúde pública em todo o mundo, em função de sua magnitude, extensão e, sobretudo, complexidade. No Brasil essa realidade não é diferente. Ao longo desses anos de trabalho, observo com pesar o incremento do excesso de peso em diferentes contextos sociais. E em contrapartida, verifico lentos avanços nas ações de controle e de intervenção no problema. Como estudiosa do assunto, preocupo-me demasiadamente com as repercussões desse fenômeno, especialmente nos grupos socialmente

vulneráveis, questão que já sinalizei em alguns trabalhos que publiquei em periódicos nacionais.

A obesidade é uma experiência social carregada de significados sociológicos. Ou seja, a obesidade não é apenas uma condição física mensurável, mas acima de tudo é uma face da dinâmica social. O corpo obeso é, na verdade, cúmplice da experiência de vida dos indivíduos. Ele diz quem são, como vivem, o que pensam, qual a relação desses indivíduos com a sua cultura, o seu trabalho e sua organização familiar. Conforme mencionei, no ano de 2003 pude me aproximar dessa dimensão simbólica e cultural ao entrevistar mulheres obesas moradoras da Favela da Rocinha, localizada na área metropolitana da cidade do Rio de Janeiro. Optei, na época, por entrevistá-las em uma unidade básica de saúde próxima à Rocinha, no bairro da Gávea, onde essas mulheres eram assistidas. Tive a oportunidade de apreender um rico material empírico. Registrei relatos de histórias de vidas emocionantes, que me sensibilizaram como pesquisadora, para aprofundar minhas análises nesta temática de trabalho. A obesidade nesse contexto local revelou ser um fenômeno relacional e não contraditório. Por essa razão percebi que esse tema merecia um maior investimento intelectual. Diante disso e já então como docente, criei um grupo de pesquisa no Diretório do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq, “*Obesidade Feminina e Desigualdades Sociais*”, para aprofundar meus conhecimentos e experiências na área. Desde então venho realizando projetos dentro desta temática.

Diria que esta tese é, portanto, um projeto que nasceu da motivação de aprofundar a minha compreensão a respeito do fenômeno do excesso de peso entre os pobres no Brasil, iniciada durante o meu trabalho de mestrado. As perguntas centrais que permearam esta investigação foram: *por que a obesidade tem crescido entre os pobres no Brasil? Como os pobres vivenciam a obesidade? Como esses indivíduos “pensam” e “percebem” o excesso de peso? Quais as repercussões da obesidade na vida desses indivíduos? Especialmente, quais os caminhos para o seu real enfrentamento?* Contudo, neste trabalho de tese optei por um percurso metodológico distinto do realizado no mestrado. Decidi entrevistar os indivíduos obesos e suas famílias em seus próprios domicílios (nas áreas urbanas e rurais do Vale do Jequitinhonha/MG).

Essa experiência me marcou profundamente. Posso dizer que mantive o distanciamento acadêmico exigido em campo. Mas não tive como não me comover diante das condições de vida dessas famílias, tão próximas geograficamente da minha realidade de vida pessoal.

Por todas essas razões posso afirmar que esta não é apenas uma defesa de tese. É um caminho que continuo a percorrer. Ou seja, este é um objeto que não se esgota aqui. Esta tese é na verdade uma travessia, um ponto de partida e não de chegada. Há muito ainda que percorrer neste campo de conhecimento e de práticas. Assim apresento uma tese com muitas questões que precisam ser aprofundadas. Reconheço que ela simplesmente não dá conta por si só da complexidade do fenômeno estudado. A meu ver, essa é uma problemática que deve estar presente no cerne das discussões nos meios acadêmicos, nas esferas governamentais, na mídia e no setor privado. É preciso dar visibilidade ao tema. Mas não apenas isso. É preciso “repensar” as ações de enfrentamento da obesidade entre os pobres no Brasil. E é sobre essas questões que pretendo refletir nos *sete capítulos* que estruturam esta tese, que teve como principal objetivo: “analisar as percepções, interpretações e práticas em torno da alimentação e do corpo obeso de famílias e indivíduos beneficiados pelo Programa *Bolsa Família* na cidade de Diamantina, Região do Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais”. A tese teve ainda como objetivos específicos: 1) *analisar o comportamento da obesidade na cidade de Diamantina/MG a partir do levantamento de dados secundários provenientes de informações oficiais locais*; 2) *analisar as práticas alimentares e concepções compartilhadas sobre obesidade entre as famílias selecionadas, valorizando o contexto social e familiar*; 3) *identificar os obstáculos e as oportunidades para o enfrentamento da obesidade entre o grupo investigado*.

No *Capítulo 1 – Desigualdades sociais e pobreza: conceitos teóricos* objetivei demarcar inicialmente os conceitos centrais de pobreza e de desigualdades sociais que nortearam toda a pesquisa. No *Capítulo 2- Práticas Alimentares, Obesidade e Pobreza*, procuro articular os temas da obesidade, da pobreza e das desigualdades sociais no contexto contemporâneo. No *Capítulo 2 - O Perfil da Obesidade no Brasil: a vulnerabilidade das mulheres pobres*, descrevo a partir de dados secundários o perfil da obesidade no Brasil, no Estado de

Minas Gerais e em especial, na cidade de Diamantina, Vale do Jequitinhonha/MG, onde ressalto a frequência do excesso de peso entre os pobres. Neste capítulo faço ainda referência aos custos da doença para o Sistema de Saúde no Brasil. O *Capítulo 3 - Caminhos percorridos: a discussão metodológica*, diz respeito à metodologia de trabalho proposta na tese, os percursos e as escolhas realizadas frente à realidade do contexto local. No *Capítulo 4 - Vidas contadas & histórias vividas: os resultados da pesquisa*, descrevo detalhadamente os resultados da tese. No *Capítulo 5 - Obesidade e pobreza no Vale do Jequitinhonha/MG*, promovo uma discussão dos resultados a partir de uma perspectiva socioantropológica mais ampla, objetivando superar análises fragmentadas a respeito dessa problemática. Nas *Considerações Finais*, termino a tese apontando entraves e possibilidades para o enfrentamento da obesidade no grupo estudado.

Em linhas gerais, posso dizer que esta tese permitiu conhecer as condições de vida das famílias pobres de Diamantina, moradoras do *Vale do Jequitinhonha*: quem são, como vivem, como são as relações sociais estabelecidas pelo grupo, o que pensam a respeito das suas condições de saúde e de vida, situação social, práticas alimentares, relações de trabalho e lazer, enfim. A tese procurou focalizar aspectos da vida social dos moradores do *Vale*, considerando o fenômeno da “obesidade na pobreza” como um problema social contemporâneo.

CAPÍTULO 1 – DESIGUALDADES SOCIAIS E POBREZA: os conceitos teóricos da pesquisa.

Neste capítulo inicial da tese objetivei demarcar os conceitos teóricos de pobreza e de desigualdades sociais que foram centrais e nortearam todo o desenvolvimento da pesquisa. Essa escolha se deve pelo reconhecimento de que embora esses conceitos estejam fundamentalmente correlacionados, referem-se a categorias analíticas distintas e por essa razão merecem ser definidos previamente de forma clara e concisa. Assim, posso dizer que a **pobreza** é uma categoria analítica relacionada a privação de alguma satisfação mínima elementar e assume uma dimensão absoluta e relativa ⁽¹⁾. Em geral, a dimensão absoluta é a abordagem dominante nos estudos e análises a respeito da pobreza por intermédio da definição de uma linha divisória, definida como o nível de renda abaixo do qual as pessoas são classificadas como pobres. De fato, a maior parte dos estudos sobre pobreza tende a privilegiar a variável renda e a busca de patamares monetários mínimos, ou seja, “linhas de pobreza” que se referem a parâmetros utilizados na caracterização dos pobres em relação a outros aspectos da qualidade de vida não diretamente dependentes de renda, mas que tem papel fundamental na determinação do nível de bem estar, como as condições de acesso a serviços público básicos ⁽²⁾. Tais instrumentos fornecem uma medida bem definida e nítida da pobreza e por essa razão são amplamente utilizados na literatura. A definição das “linhas de pobreza” é um método tradicional e largamente utilizado nos estudos sobre pobreza. Esse tipo de metodologia parte do pressuposto de que é através da renda que os indivíduos obtêm os recursos necessários para o suprimento das necessidades básicas estimadas. Nesta direção, é evidente que renda e suprimentos estão intimamente correlacionados, entretanto, mais recentemente vários autores têm demonstrado que este tipo de abordagem é pouco adequada para a análise da pobreza e das desigualdades sociais. Tais críticas têm ampliado o debate acerca dos procedimentos teórico-metodológicos no estudo da pobreza e, dessa forma, têm surgido novas

proposições sobre a temática das iniquidades sociais, especialmente aquelas que levam em consideração a sua dimensão relativa e subjetiva, incluindo a percepção dos pobres sobre sua condição social ^{(1) (3) (4) (5) (6) (7) (8)}.

Sob este prisma, é possível afirmar que a pobreza é uma categoria ampla, dinâmica e multidimensional que não se caracteriza apenas pela privação material, ou seja, pelas desigualdades sociais de renda. A pobreza se traduz também pelas desigualdades de oportunidades e de possibilidades de realização. Assim, envolve além da dimensão material aspectos subjetivos, situacionais e contextuais assumindo, dessa maneira, uma concepção bastante complexa, relativa e heterogênea. A noção de pobreza é, portanto abrangente dada a pluralidade de situações que ela comporta. Neste sentido, a análise consistente da pobreza implica considerar os múltiplos aspectos para a descrição da privação a que estão submetidos os indivíduos em cada contexto social. Ou seja, deve combinar informações não apenas sobre a condição monetária dos pobres, mas também, informações sobre renda, nível educacional, situação do domicílio, estrutura familiar, acesso a bens e serviços, condições de trabalho e de lazer, conforme sugere uma determinada vertente da literatura acerca do tema ^{(1) (4) (9)}.

Particularmente no Brasil, a pobreza tem sido parte constitutiva de nossa história. A pobreza no país decorre de um quadro de extrema desigualdade social em função de uma longa trajetória política que privilegiou por décadas a acentuada concentração de renda. Essa situação coloca o Brasil entre os países com maior concentração de renda do mundo ⁽¹⁰⁾. No que diz respeito, a localização e magnitude é possível identificar áreas expressivas da pobreza no país: o nordeste brasileiro (sobretudo as áreas rurais), os “bolsões de pobreza” e as favelas urbanas do Sudeste, especialmente em áreas metropolitanas de Estados como São Paulo e Rio de Janeiro. A região do nordeste brasileiro compõe o maior número de estados da federação sendo considerada a segunda região mais populosa do país. Subdivide-se em áreas distintas que incluem a zona da mata, o agreste e o “polígono das secas”. O “polígono das secas” pode ser caracterizado como uma área assolada pelo clima da seca, onde vive boa parcela dos pobres do País ⁽²⁾. A pobreza no nordeste rural assume um perfil composto por famílias numerosas; com chefes de famílias

inseridos em ocupações independentes, sem vínculos sociais, em sua grande maioria analfabetos. São famílias submetidas a situações de vida bastante precárias com reduzido acesso a infraestrutura de serviços. A região sudeste, por sua vez, abrange 11% do território nacional, abrigando cerca de 40% da população total do país. Caracteriza-se por ser uma região dominante sobre o ponto de vista econômico, onde se concentra o parque industrial brasileiro. A pobreza nesta região assume características diferentes das observadas no nordeste. A pobreza nas metrópoles do sudeste é expressa na proliferação de favelas e periferias, sobretudo, na existência de grandes contrastes sociais. Nas favelas as famílias pobres são compostas por um número menor de indivíduos, sendo boa parte desses arranjos formados por mulheres sem cônjuges (viúvas ou separadas) com filhos e sem parentes ⁽¹¹⁾. Nesta região situa-se ainda os chamados “bolsões de pobreza” do sudeste, mais precisamente as áreas geográficas denominadas de Vales da Ribeira (São Paulo) e o Vale do Jequitinhonha (Minas Gerais). O Vale da Ribeira e o Vale do Jequitinhonha embora apresentem um patrimônio ambiental e cultural bastante rico, possuem limitado desenvolvimento econômico e social. Historicamente são regiões que apresentam uma considerável pobreza estrutural com condições desiguais de oportunidades, oferta limitada de trabalho e renda, educação e serviços públicos de qualidade e, por essa razão apresentam um intenso fluxo migratório. Nestes contextos, as situações de desigualdades sociais são bastante marcantes e se assemelham as do “polígono das secas” no nordeste rural ⁽¹²⁾.

A esse respeito, é possível dizer que o conceito de **desigualdade social** é amplo e envolve diversos tipos de desigualdades, desde desigualdades de oportunidades até desigualdades de renda, de trabalho, educação, informação, gênero, raça/cor, entre outros. Diz respeito, a uma escala de valor, onde uma determinada sociedade, região, grupo social ou mesmo indivíduo se encontra em desvantagem em relação a outro indivíduo em um dado contexto e/ou situação particular. Assim, o conceito de desigualdade social pode ser considerado relativo, complexo e bastante variável já que pode se diferenciar de indivíduo para indivíduo em diferentes contextos históricos, socioeconômicos e culturais ⁽¹⁾ ⁽⁹⁾. Nesta direção, para Tilly (2006:50) ⁽⁹⁾ a

desigualdade social é *“uma relação entre pessoas ou conjunto de pessoas na qual a interação gera mais vantagens para um dos lados”*. Ela pode ser permanente ou duradoura ainda que possam existir espaços para confrontos, embates e negociações. De acordo com esse autor, os mecanismos que geram as desigualdades sociais são: 1) *exploração* (quando as pessoas que controlam os recursos excluem os demais indivíduos do valor total adquirido); 2) *reserva de oportunidades* (consiste em limitar a oferta de um determinado valor a um indivíduo ou grupo); 3) *concorrência* (disputas e rivalidades); e 4) *adaptação* (formação de alianças em função de interesses comuns). Todos esses mecanismos estabelecem fronteiras sociais cruciais, mas que podem ser menos coercivas, permitindo em algumas situações a mobilidade individual ou coletiva. Exemplos dessas desigualdades podem ser observados na trajetória de vida das pessoas e em seu cotidiano, na deficiente oferta de bens e serviços, à propriedade e à terra, ao conhecimento técnico-científico, à informação, a oportunidades de trabalho, ao capital financeiro, à saúde, entre outros constrangimentos. O economista Amartya Sen, prêmio Nobel de economia (2001:50) ⁽¹⁾ ilustra bem essa questão ao afirmar: *“as sociedades e comunidades às quais pertencemos oferecem oportunidades bastante diferentes quanto ao que podemos ou não podemos fazer. Os fatores epidemiológicos da região em que vivemos podem afetar profundamente nossa saúde e bem-estar. Mas além dessas diferenças nos ambientes natural e social e nas características externas também nos diferimos em nossas características pessoais. E estas são importantes para avaliar a desigualdade”*. Nesta direção, a análise das desigualdades sociais deve considerar aspectos externos tais como região, localidade, geografia, aspectos climáticos, contexto histórico, social e econômico, assim como aspectos individuais e subjetivos tais como nossa condição de saúde e bem estar, capacidade de escolha e oportunidades de realização. A desigualdade social é, portanto, um fenômeno complexo e dinâmico. Reconhecidamente condições de vida desfavoráveis aliadas à pobreza material tornam uma pessoa extremamente vulnerável às situações extremas de privação, acirrando ainda mais as situações de desigualdades sociais. Tal condição pode ser conceituada como vulnerabilidade social ⁽¹³⁾. Essa categoria analítica, por sua vez, se difere fundamentalmente do conceito de condições de vida. As condições de vida incluem uma gama de informações

que combinadas permitem descrever diferentes aspectos da vida dos pobres, dentre elas as condições de habitação, informações sociodemográficas, acesso a bens duráveis e a infraestrutura, entre outros. Em outras palavras, elas se relacionam essencialmente com o acesso material à bens e serviços ⁽¹⁴⁾. Por fim, o contexto social é compreendido como a configuração do local de relações sociais que são compostos de estruturas sociais, como classe, raça e gênero e que afeta a situação de saúde dos indivíduos ⁽¹⁵⁾. Todos esses conceitos serão largamente mencionados ao longo de todo o trabalho, motivo pelo qual foram demarcados no capítulo inicial da tese.

Referencias Bibliográficas

1. Sen A. *Desigualdade Reexaminada*. Rio de Janeiro: Editora Record, 2001.
2. Rocha R. Caracterização da pobreza no Brasil. In: Ipe. O Brasil no fim do século: desafios e propostas para ação governamental. Editora: IPEA, Rio de Janeiro, 1994.
3. Sen A. *Desenvolvimento como Liberdade*. Companhia das Letras, São Paulo, 2000.
4. Townsend P. *The international analysis of poverty*. Harvester Wheatsheaf, 1993.
5. Salama P. Não é possível eliminar a pobreza. *Jornal do Brasil*, Rio de Janeiro, 22 set., Caderno Idéias, p.3-4, 2000.
6. Salama P, Destremau B. *O Tamanho da Pobreza: Economia Política da Distribuição de Renda*. Garamond Universitária, 1999.
7. Paugam S. Abordagem sociológica da exclusão. In: *Por uma Sociologia da Exclusão Social: o Debate com Serge Paugam* (M.P.B., Veras; A., Sposati; L., Kowarick,): 49-62p. Editora Educ., 1999.
8. IPEA. *Percepção sobre pobreza: causas e soluções*. IPEA: Rio de Janeiro, 2011.
9. Tilly C. O acesso desigual ao conhecimento científico. *Tempo Social*, 2006; 18 (2):47-63.
10. Silva MO da. Pobreza, desigualdade e política pública: caracterizando e problematizando a realidade brasileira. *Revista Katálisis*, 2010; 13 (2):1-35.

11. *Medeiros e Osório*. 2002.
12. Neri M, Melo LCC de, Monte S RS. Superação da pobreza e a nova classe média no campo. Fundação Getúlio Vargas, Brasília: 2012.
13. Narayan, Deepa with Raj Patel, Kai Schafft, Anne Rademacher and Sarah Koch-Schulte. 2000. *Voices of the Poor: Can Anyone Hear Us?* New York, N.Y.: Published for the World Bank, Oxford University Press.
14. IBGE. Pesq. Nac. amost. domic. (PNAD). Rio de Janeiro, 2011; 31:1-135.
15. Delormier T, Frohlich KL, Potvin L. Food and eating as social practice. – understanding eating patterns as social phenomena and implications for public health. *Sociology of Health & Illness*. 2009; 31 (2): 215–28.

CAPÍTULO 2 - PRÁTICAS ALIMENTARES, OBESIDADE E POBREZA

A obesidade é uma dinâmica “*vivida e expressa de forma distinta, conforme as pessoas e os contextos sociais neles implicados*” (Contreras & Gracia, 2011:107) ⁽¹⁾. Trata-se de um fenômeno social de natureza multifatorial diagnosticado por intermédio de parâmetros normativos estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde ^{(1) (2) (3)}. Atualmente a obesidade é considerada por diversos organismos internacionais como uma epidemia mundial ^{(4) (5)}. Estima-se que aproximadamente um bilhão de adultos apresente sobrepeso e 475 milhões, obesidade em todo o mundo. A obesidade é preocupante em vários países da Europa, Ásia, África e nas Américas. As taxas de prevalência variam consideravelmente entre diferentes regiões e países: inferior a 5% na África e em partes da Ásia, mais de 20% na Europa e mais de 30% nas Américas e em alguns países do Oriente Médio. O panorama não é favorável e as tendências mundiais são de crescimento contínuo em todo o mundo ^{(5) (6) (7) (8)}. O fenômeno mundial da obesidade é preocupante na medida em que impacta consideravelmente os gastos sociais e de saúde. Somam-se a esses custos, prejuízos que são muitas vezes negligenciados, tais como os relacionados aos danos na estrutura de vida e trabalho dos indivíduos obesos, tais como a perda de oportunidades de ascensão educacional e ocupacional, diminuição da produtividade, absenteísmo e redução da renda ^{(9) (10) (11)}.

Nos últimos anos a literatura tem constatado o aumento da obesidade em contextos de pobreza nos países desenvolvidos e em desenvolvimento ^{(4) (5) (8) (12) (13) (14) (15)}. Em uma revisão da literatura proposta por Mac Laren ⁽¹⁶⁾ observou-se uma reversão do gradiente social da obesidade, que passou dos países de alto Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) para os de médio e baixo IDH no período de 1988 a 2004. Nos países latino-americanos e do Caribe o excesso de peso evolui consideravelmente ^{(17) (18)}. Particularmente no Brasil, os dados provenientes de inquéritos nacionais realizados no período de 1974 a 2009 revelaram a evolução da obesidade global na população brasileira com significativo impacto nos segmentos menos favorecidos

economicamente. A obesidade é encontrada com frequência a partir dos cinco anos de idade, em todos os grupos de renda e Regiões do País, com prevalência significativa no grupo feminino de renda intermediária (um a cinco salários mínimos *per capita*) e na Região de menor desenvolvimento: o Nordeste brasileiro (19). Estudos locais que investigaram o fenômeno da obesidade entre os pobres no Brasil, revelaram que elementos de natureza econômica, social e cultural relacionados às concepções acerca da alimentação e do corpo operavam na frequência do excesso de peso. Tais pesquisas constataram uma série de estratégias de consumo alimentar realizadas pelos pobres, incluindo a seleção de itens densos e calóricos, bem como a predileção por alimentos próprios da gastronomia brasileira, tais como: o açúcar e os doces (20) (21) (22) (23) (24) (25). O aumento da obesidade entre os pobres no Brasil e a constatação das dificuldades em enfrentar o problema impõem a ampliação do debate acerca das desigualdades sociais em saúde e elegem o tema como prioridade para o campo da saúde pública no País. A preocupação com as repercussões nas condições de vida e saúde decorrentes da obesidade nesses grupos exige o aprofundamento teórico e a realização de pesquisas sobre sua dinâmica, incluindo a definição de políticas públicas mais promissoras para sua prevenção e controle. Paralelamente é notória a busca por alternativas mais resolutivas nesse campo em todo o mundo desenvolvido e em desenvolvimento (7).

Podemos dizer que a compreensão do fenômeno da obesidade na pobreza revela-se como um dos principais desafios das sociedades contemporâneas. As explicações para os padrões de obesidade estão inter-relacionadas com uma série de transformações estruturais importantes de ordem econômica, social e cultural verificadas nas últimas décadas e que alteraram profundamente a relação do homem com a comida, o corpo e a saúde. Em linhas gerais posso dizer que essas mudanças estão ligadas ao surgimento de *ambientes obesogênicos*, ou seja, tendências sociais, econômicas e culturais, que incentivam a população a comer em excesso e a realizar pouca atividade física (1). As limitações de ordem econômica e social têm promovido desigualdades no acesso a alimentos adequados e nutricionalmente seguros. No Brasil, estudos revelam que as desigualdades no acesso a alimentos

saudáveis e a espaços públicos de lazer, acentuam as iniquidades em saúde e nutrição, sobretudo, no que diz respeito à problemática da obesidade (20) (25). A reduzida margem de escolha a estilos de vida que favoreçam a saúde e o bem-estar promovem desigualdades marcantes no cotidiano de vida desses segmentos, conforme constatado em alguns trabalhos realizados no País (21) (22) (23). No entanto a renda não parece ser o único fator ou o fator mais consistente para explicar o fenômeno da obesidade entre os pobres. Concepções de ordem cultural relacionadas à alimentação, ao corpo, à saúde, ao trabalho e às condições de vida, permeiam essa dinâmica, que se apresenta multifacetada. A esse respeito podemos dizer que a **comida** sempre esteve ligada à condição econômica e social dos indivíduos. Padrões alimentares distintos sempre constituíram uma via através da qual os ricos se diferenciavam dos pobres. De fato as pessoas podem *ser socialmente identificadas e classificadas de acordo com o que comem, da mesma forma como são identificadas e construídas por meio da comida* (Contreras & Gracias, 2011: 211) (1).

Para Da Matta (26) a **comida** é um modo, um estilo e um jeito de alimentar-se. É ainda uma forma de criar e expressar as relações entre as pessoas. Por essa razão a comida está presente nas festividades, celebrações e ritos de passagem. Quando comemos estamos consumindo não apenas nutrientes, mas experiências de prazer, afetividade, sabor e significados (27). A comida, portanto, faz parte das relações humanas, insere-se no cotidiano de vida dos sujeitos e envolve múltiplos aspectos, incluindo os biológicos, econômicos, simbólicos e culturais (28) (29) (30) (31). Ou seja, a comida enquanto elemento fundamental para a saúde humana, expressa o ambiente cultural, assim como a condição social dos indivíduos (32). Dessa forma, distinções de classe podem ser sutilmente estabelecidas por meio das práticas alimentares que envolvem regras sociais precisas. A escolha dos alimentos, o modo de prepará-los, servi-los e de comê-los, são comportamentos impregnados de significados que demarcam essa diferenciação social (1). Nas sociedades contemporâneas, a comida continua sendo um componente significativo de afirmação da condição social. Nessas sociedades há uma valorização exacerbada do consumo, do hedonismo e do individualismo, e dessa forma a

possibilidade de escolher o que comer passa a ser muito desejada (33). Esse fato permite compreender melhor por que indivíduos que vivenciam situações de pobreza ou estão amparados pela assistência social podem cometer, em algumas situações, comportamentos considerados extravagantes ao comprar alimentos caros. Tal fato pode relacionar-se a “estratégias de sobrevivência”, na tentativa de escapar da realidade cotidiana em meio à escassez e à pobreza, com o efeito de aumentar a autoestima e a liberdade individual (1). Ou, ainda, pode vir a significar um caminho para a mobilidade social, por meio do que Marcel Mauss (34) conceituou de *imitação prestigiosa*. Ou seja, os indivíduos imitam atos e comportamentos daqueles que têm êxito ou prestígio em uma determinada sociedade. O *comer*, portanto, se reveste de múltiplos significados. E nesta perspectiva, o comer em excesso também. A *comida* em excesso, que pode se revelar nas formas do corpo com a manifestação física da *obesidade*, reflete as condições de vida e a identidade cultural dos indivíduos. Sob este prisma, a *obesidade* sobrepõe os limites do corpo biológico, as condições materiais de vida e assume dimensões socioculturais fundamentais. Mais do que um atributo físico, a obesidade faz parte da história de vida dos sujeitos (35) (36).

A alimentação por sua vez, pode ser considerada uma categoria “*imprescindível para a vida e a sobrevivência humana, como necessidade básica e vital, ela é necessariamente modelada pela cultura e sofre os efeitos da organização da sociedade, não comportando a sua abordagem olhares unilaterais*” (Canesqui & Garcia, 2005:9) (37). Ou seja, a alimentação é uma categoria que além de sua natureza nutricional, fala do corpo, das relações e dos contextos locais. A escolha dos itens alimentares é, sem dúvida, de todas as atividades humanas a que se debruça de modo mais impressionante entre o natural e o cultural (29). Cada alimento contém além de seus nutrientes biológicos, um conteúdo de significados de ordem sócio-econômica, cultural e religiosa. Neste sentido, os alimentos compreendem componentes biológicos vitais para o homem incluindo as vitaminas, proteínas e minerais, mas assumem também uma função social fundamental. A comida alimenta, portanto, a fisiologia do corpo assim como a identidade dos indivíduos. Tal identidade refere-se aos hábitos, costumes, crenças e situações de vida dos

sujeitos, expressas através dos hábitos alimentares (38) (39). Qualquer sociedade estabelece culturalmente os alimentos permitidos e proibidos para o consumo do grupo. Em outras palavras, o alimento que se come e a forma como se come é carregada de significados (40). Nesta perspectiva, a alimentação não poderia ser somente explicada por um cientificismo de natureza nutricional ou mesmo econômico porque desta forma estariam sendo ignorados elementos culturais importantes envolvidos no comportamento alimentar dos sujeitos (41) (42). Para serem comidos os alimentos precisam, então, ser elegíveis, preferidos, preparados e aceitos socialmente e tudo isso envolve um componente cultural fundamental (43). Assim, as escolhas alimentares não se fazem apenas pautadas em um conhecimento moderno da nutrição ou ainda com o que é mais acessível, disponível ou intensamente ofertado pela indústria de alimentos. Assim apesar das pressões forjadas pela publicidade e o setor produtivo, a cultura interfere nas escolhas e na seleção dos alimentos, moldando os hábitos alimentares em uma relação dinâmica e interdependente (37). Dessa forma, pode-se dizer que os hábitos alimentares *“não atendem apenas às necessidades fisiológicas do homem, mas têm um caráter simbólico, cujo significado se dá na trama das relações sociais”* (Daniel & Cravo, 2005: 61) (44). Por essa razão o alimento carrega um valor ao mesmo tempo utilitário e simbólico.

2.1 A Obesidade entre os Pobres: uma abordagem compreensiva

A obesidade é um atributo físico, percebido, interpretado e influenciado pela dinâmica das relações sociais. Valores socioculturais relacionados à obesidade podem variar de uma sociedade para outra nos diferentes contextos (36) (45). Como afirmou Marcel Mauss o *“corpo é o primeiro e o mais natural instrumento do homem”* e cada sociedade impõe ao homem uma expectativa em torno do corpo (Mauss, 1974:217) (34). Para Foucault (1997:117) (46) em qualquer sociedade o corpo é um *lócus* de poder. Neste sentido, os corpos podem ser submissos – *“corpos dóceis”* – sujeitos a coerções e domínios, ou também a experiências de confronto e resistência.

Para Baudrillard (47), nas sociedades atuais tem vigorado uma nova ética em relação ao corpo: o culto narcisista, dietético, higiênico e terapêutico. O corpo

desejado hoje em alguns segmentos e contextos é o corpo funcional, por vincular-se a símbolos de beleza, realização pessoal e erotismo. Contudo, para Lipovetsky (48), essa ética é bastante contraditória, e pontua: quanto mais se impõe a autonomia da individualidade, mais aumenta a exigência da conformidade com padrões sociais de corpo. Dessa forma não é surpreendente verificar a eclosão de dois opostos: o fenômeno da obesidade coexistindo com transtornos alimentares relacionados à magreza.

Segundo Baumann (49), o corpo hoje passou a ser o principal refúgio para as nossas aflições e medos. Com a desestruturação dos sistemas normativos e de controle social que regiam tradicionalmente as populações mundiais, tais como o Estado e a família, nossas incertezas mais profundas foram transferidas para o corpo. Fenômeno que o autor denomina de *“privatização da segurança pessoal”*, que consiste em *“transferir a ansiedade da insegurança e da instabilidade globais (...) para o campo da segurança privada”*, particularmente para o corpo (Baumann, 2000:56) (49). Controlar permanentemente o que ingerimos, passa a ser um propósito de vida e combater a gordura, uma obsessão coletiva em algumas realidades e grupos sociais.

Sant’Anna (50) ao analisar as transformações históricas relacionadas ao corpo e a saúde no Brasil, constatou que as preocupações dos brasileiros ligadas à saúde se confundiam enormemente com aquelas ligadas à beleza. Para a autora, *desde os anos 1950, o sadio não fará mais oposição apenas à doença, mas também a falta de juventude, de espírito esportivo, de capacidade em ser flexível e feliz ao mesmo tempo* (Sant’Anna, 2010:328) (50). O corpo concebido como *“sadio”* aumenta cada vez mais a importância da experiência de vigiar o próprio peso corporal e de controlar-se permanentemente por intermédio de uma série de recursos tais como: ginástica, uso de cosméticos, intervenções estéticas, entre outros procedimentos para obter uma aparência cada vez mais jovem e saudável. Neste contexto, para Sant’Anna (50), o corpo assume enorme centralidade na sociedade brasileira. De tal forma que ele passa a ser mais importante que o próprio *“ser”*, bastante identificado a sua subjetividade. Isso porque o corpo diz quem você é e promove, portanto, a manutenção de uma determinada distinção social. Neste aspecto o corpo pode ser considerado um capital sociocultural importante. E o corpo magro passa a ser socialmente

valorizado. Esse corpo magro pode, em determinadas circunstâncias, contribuir para reforçar fronteiras e distinções sociais.

A esse respeito, Douglas (51) sinaliza que há uma relação de duas vias entre o imaginário físico e social do corpo. A sociedade não apenas molda e controla os corpos no seu âmbito, mas também o corpo nos fornece uma coleção de “*símbolos naturais*” que são úteis para compreender a organização da sociedade. O corpo pode revelar diferentes regras, valores e prioridades. Em geral as classes sociais tendem a compartilhar certas perspectivas e identidades, e o corpo é a expressão da interação complexa de múltiplos *capitais e recursos políticos, econômicos, simbólicos e culturais*. Dentro desta perspectiva, ambivalências e contradições relacionadas ao corpo obeso podem ser mais bem compreendidas (52) (53). Observa-se, por exemplo, que em contextos onde há escassez de recursos materiais e sociais, uma certa corpulência pode ser bem-vista e muitas vezes, até desejada (45). Em oposição a magreza, que pode associar-se a estereótipos de fome e pobreza, a obesidade pode vir a representar abundância, fartura e melhores condições de vida (45) (52). O corpo obeso pode também relacionar-se a atratividade feminina, maternidade e matrimônio em mulheres pobres (25) (22). Em meu estudo com mulheres moradoras da Favela da Rocinha no Rio de Janeiro, verifiquei que o corpo obeso era desejado e valorizado por seus parceiros. E que em geral a gordura relacionava-se ao casamento e ao nascimento dos filhos (25). Em outra dimensão o corpo obeso pode associar-se, nos grupos de menor renda, às representações de força e resistência para enfrentar um contexto de desigualdades sociais (22) (25) (21).

2.2 Práticas Alimentares e Contexto Social

Em todas as sociedades e grupos sociais, a *comida* assume muitos papéis e está profundamente entrelaçada aos aspectos políticos, socioeconômicos e culturais do dia a dia. A compreensão das relações sociais permite estudar a natureza social do comer, aproximando-o integralmente do seu contexto. Neste domínio, enfatiza-se a dimensão simbólica da alimentação, em que as *práticas alimentares* são entendidas como um modo de refletir o sistema de significados construído pelos indivíduos e famílias no seu dia a dia (54).

As *práticas alimentares* podem ser definidas como as *atividades realizadas por atores sociais no contexto da vida cotidiana e integram os conceitos de “estrutura social” e “agente”*, ambos formulados por Giddens (55), em sua *teoria da estruturação*, proposta na obra *“A Constituição da Sociedade”*. O autor que compõe a rota do *construtivismo social* propõe uma ontologia da ação que aborda fundamentalmente o *dualismo* na teoria social. O *dualismo* refere-se a duas orientações distintas para explicar a vida social. Isto é, tanto ela é um produto da ação voluntária do ator (*agente*), como produto da estrutura (*processos sociais*) em uma relação de reciprocidade em que nem *estrutura* nem *agente* podem existir independentemente. A *estrutura social* é composta de regras e recursos a que os atores recorrem durante a sua prática cotidiana. Ela cria as condições da prática social, que são sempre os constrangimentos ou as habilitações. Por outro lado, o *agente* diz respeito à própria ação dos atores sociais. Tais ações podem influenciar e/ou modificar um determinado processo ou estado de coisas dentro da sociedade (55) (56). Sob este prisma podemos compreender de que forma a sociedade, por intermédio de suas normas e de seus recursos, pode moldar as práticas alimentares individuais, da mesma forma como essas práticas podem em alguns momentos influenciar os padrões alimentares de um determinado meio social em uma relação de reciprocidade (56).

Por essa razão, *investigar as práticas alimentares com base na compreensão das relações sociais e familiares a partir de uma perspectiva construtivista, me parece uma rota promissora para estudar o fenômeno da obesidade entre os pobres no contexto contemporâneo*. Nessa direção, de acordo com Gregory (57), uma análise a respeito da experiência da doença crônica que não reconhece que as relações familiares interagem e influenciam sobremaneira as práticas alimentares dos indivíduos, pode ser considerada inconsistente e incompleta. O autor pontua ser fundamental considerar a família não apenas no que diz respeito às informações acerca da sua estrutura, mas como um processo contínuo, que constitui e reconstitui significados em suas práticas diárias. Isso porque, segundo o autor, a família não é apenas o que as pessoas são, mas sim o que elas fazem, com o outro e para ele no dia a dia. Em outras

palavras isso significa dizer que a família é dinâmica e relacional, e não apenas uma entidade ou uma categoria social (57).

Devine et al (58), por sua vez, analisaram a experiência alimentar de famílias latino-americanas que recebiam baixos rendimentos e residiam em uma cidade localizada na Região Noroeste dos Estados Unidos. O objetivo do trabalho era compreender de que forma o contexto de vida dessas famílias influenciava as escolhas alimentares do grupo. O trabalho incorporou uma *perspectiva construtivista* por intermédio da realização de entrevistas abertas de natureza qualitativa. Os resultados evidenciaram que as famílias realizavam uma série de estratégias de enfrentamento na esfera alimentar para: 1) *administrar sentimentos de estresse e fadiga*; 2) *reduzir o tempo e o esforço no preparo das refeições*; 3) *redefinir significados e expectativas relacionados à comida* e 4) *estabelecer critérios de prioridades na seleção dos alimentos consumidos pela família*. Segundo os autores, a maioria das estratégias de enfrentamento foi no sentido de gerir sentimentos, redefinindo significados em torno da alimentação. Tais resultados revelaram que esses sentimentos tinham implicações na alimentação de toda a família. Dentro dessa mesma abordagem construtivista, Newcombe et al (59), investigaram a experiência alimentar de homens e constataram em seus resultados a interação de várias tensões, contradições e questões relacionais operando nas práticas alimentares do grupo. Segundo os autores, as práticas alimentares eram construídas por intermédio dos papéis socioculturais masculinos, que eram paradoxais e emergiam, produzindo experiências de autoafirmação.

Delormier, Frohlich e Potvin (54), por sua vez, propõem incorporar a *perspectiva construtivista* para melhor compreender as práticas alimentares contemporâneas. De acordo com os autores, tal abordagem pode fornecer valiosa contribuição ao estudo dos padrões alimentares contemporâneos, em especial os relacionados à obesidade. Segundo os autores, em geral, a literatura é bastante limitada no estudo das práticas alimentares. Observa-se uma fragilidade das teorias que sustentam, sobretudo, os programas de intervenção e controle do excesso de peso. O enfoque predominantemente comportamental baseado na *Teoria Cognitiva Social*, em que o objetivo é alterar as características psicossociais dos indivíduos desvinculando-os do seu

contexto de vida é, segundo os autores, bastante restrito. É imprescindível, portanto, entender de que forma o *contexto social – compreendido como a configuração do local de relações sociais que são compostos de estruturas sociais, como classe, raça e gênero – afeta a situação de saúde dos indivíduos*. Dessa forma, as intervenções de controle da obesidade devem levar em consideração as experiências vividas pelos diferentes grupos sociais em suas realidades locais.

A meu ver, ao utilizar a *perspectiva construtivista* para o estudo das doenças crônicas, particularmente para o estudo da obesidade, é possível avançar na construção de abordagens teóricas que considerem a relação entre as práticas alimentares e o contexto social dos indivíduos obesos. Os esforços destinados a esse fim podem ser úteis para as tomadas de decisão, proporcionando condições para a promoção de escolhas alimentares mais saudáveis, especialmente entre os mais pobres. A promoção de práticas alimentares saudáveis se insere como um dos eixos estratégicos da *promoção da saúde*. Diferentes ações têm sido pensadas no sentido de estimular a autonomia das pessoas para realizarem escolhas que possam favorecer a adoção de práticas alimentares (e de vida) mais saudáveis. Nesse sentido tem-se como focos o desenvolvimento de habilidades pessoais e empoderamento, a mobilização e a participação social, eixos nos quais são desenvolvidas as ações na área. No âmbito das ações direcionadas à *capacitação dos indivíduos*, o desafio tem sido o de garantir condições para que os indivíduos possam exercer sua autonomia decisória, optando por escolhas alimentares mais saudáveis. Isso impõe não apenas garantir o acesso a bens e recursos, mas promover a *reflexividade* dos agentes sociais (56). A *reflexividade*, essa capacidade reflexiva dos atores humanos é um conceito que foi proposto por Anthony Giddens (55). Para esse autor, os agentes sociais são competentes para refletir sobre as suas práticas de maneira tácita ou discursiva. Ou seja, eles são capazes de compreender o que fazem, enquanto fazem. No entanto segundo Giddens, essa *reflexividade* opera apenas no discurso e no interior da competência humana. Essa *consciência discursiva* diz respeito a tudo o que os atores podem expressar de maneira verbal ou escrita. Por outro lado a *consciência prática* diz respeito a tudo o que os agentes sabem realizar na vida

social sem, contudo, poder necessariamente expressar diretamente de maneira discursiva e estar ligada à noção de rotina. A fronteira entre estas duas modalidades da competência são, de acordo com o autor, flutuantes e mutantes (56) (55).

A esse respeito, compreender como os agentes sociais refletem sobre as suas práticas diárias e cotidianas em torno da alimentação tem sido um desafio na atualidade. Isso porque, como alerta Giddens (55), as práticas e escolhas alimentares são frequentemente multifacetadas, situacionais, dinâmicas, relacionais e, portanto, bastante complexas. Nesta direção, Sobal & Bisogni (60) ao discutirem algumas perspectivas teóricas para o exame das práticas alimentares contemporâneas, destacam o construtivismo social. De acordo com os autores, os indivíduos têm que realizar muitas escolhas alimentares em seu dia a dia. E isso inclui decidir “se irão comer”, “o que comer”, “onde”, “quando”, “com quem”, “por quanto tempo”, “como” e “quanto comer”. Essas escolhas são múltiplas e envolvem diversos fatores que são frequentes na vida de todos nós. As escolhas alimentares não são, portanto, escolhas estáticas, mas sim decisões situacionais. Envolvem não apenas decisões relacionadas à comida propriamente, mas a outros aspectos tais como localização, o tempo e outras atividades. Dessa maneira o exame das práticas alimentares deve considerar essa multiplicidade de situações e contextos nos quais os indivíduos estão inseridos, a fim de melhor compreender a experiência complexa que envolve o comer.

Frente ao exposto posso dizer que o estudo das *práticas alimentares* a partir de uma *perspectiva construtivista* assume relevância neste estudo, porque diz respeito a um espaço de questionamentos para a compreensão de fenômenos complexos. Ela se propõe a superar antinomias clássicas entre o biológico/social, natureza/cultura, indivíduo/coletivo, indivíduo/família (56), um dos propósitos deste trabalho. A perspectiva construtivista revela-se, dessa forma, como um caminho teórico instigante para tentar responder a questão central desta tese: afinal, por que cresce a obesidade entre os pobres na contemporaneidade? Como explicar esse fenômeno complexo e multifacetado?

Este trabalho buscou *analisar as práticas alimentares e o contexto de vida de famílias pobres em que existia pelo menos algum caso de obesidade*. Para tal selecionei famílias beneficiárias do BF, cadastradas nas Estratégias de Saúde da Família da área urbana e rural da cidade de Diamantina, Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais. Essa escolha foi fundamental por se constituir de uma via de aproximação com a população socialmente vulnerável que pretendia investigar. Estudos nacionais evidenciam uma boa focalização do Programa (61) (62) (63). Dessa forma, segundo esses trabalhos, embora o Programa apresente uma focalização heterogênea nos Estados e Regiões onde a pobreza se apresenta mais severa, o programa se mostra mais bem focalizado nessas áreas. Isso porque nestes locais as diferenças entre pobres e não pobres é mais acentuada, facilitando a elegibilidade das famílias por parte dos gestores locais (64) (65). Dessa forma, esta foi uma alternativa metodológica que se mostrou promissora para este estudo permitindo captar a população mais pobre, que pretendia de fato investigar.

Referencias Bibliográficas

1. Contreras J, Gracia M. Alimentação, sociedade e cultura. Editora: Fiocruz, Rio de Janeiro, 2011.
2. Who. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Geneva: 1997.
3. Consenso Latino Americano de Obesidade. Obesidade 1999.
4. Who. World Health Organization. Data and statistics. [acessado em 10 de março de 2013]. Disponível em: www.who.org.
5. IOFT. Internacional Obesity Taskforce. [acessado 05 de agosto de 2010]. Disponível: <http://www.iaso.org/iotf/>.
6. King D. The future challenge of obesity. *Lancet*. 2011; 378: 743-4.
7. Diez HW. Reversing the tide of obesity. *The Lancet* 2011; 746 (378):744-6.

8. Finucane MM, Stevens GA, Cowan MJ, et al. National, regional, and global trends in body-mass index since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 960 country-years and 9.1 million participants. *Lancet*. 2011; 377: 557-567.
9. Muller-Riemenschneider F, Reinhold T, Berghofr A, willich SN. Health-economic burden of obesity in Europe. *Eur J Epidemiol*. 2008; 23 (8): 499-509.
10. Shafique S, [Akhter N](#) , [Stallkamp G](#) , [de Pee S](#) , [Panagides D](#) , [Bloem MW](#). Trends of under- and overweight among rural and urban poor women indicate the double burden of malnutrition in Bangladesh. [Int J Epidemiol](#) 2007; 36 (2):449-57.
11. Sobal J, Stunkard AJ. Socioeconomic status and obesity: a review of the literature. *Psychol Bull*. 1989; 105: 260-75.
12. Popkin BM. Does global obesity represent a global public health challenge? *Am J Clin Nutr*. 2011 February; 93(2): 232–233.
13. Spencer Moore, Justin N. Hall, Sam Harper, John W. Lynch. Global and National Socioeconomic Disparities in Obesity, Overweight, and Underweight Status. 2010. *Journal of Obesity*. 10:01-11.
14. Monteiro CA, Moura EC, Conde W L, Popkin M. Socioeconomic status and obesity in adult populations of developing countries: a review. *Bull World Health Organ*. 2004; 82(12): 940–946.
15. Rutter H. Where next for obesity? *Lancet*. 2001; 378: 746-47.
16. MacLaren L. Socioeconomic status and obesity. [Epidemiol Rev](#). 2007; 29:29-48.
17. Anjos LA dos. Obesidade e saúde pública. Editora: Fiocruz, Rio de Janeiro, 2006.
18. Pena M, Bacallao J. La obesidad en la pobreza: un problema emergente en las Américas. Editora: Opas, Washington; 2000.
19. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009: antropometria e análise do estado nutricional de crianças e

adolescentes no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2010. [acessado 05 de fevereiro de 2013]. Disponível: www.ibge.gov.br

20. Ferreira VA, Silva AE, Rodrigues CAA, Nunes NLA, Vigatto TC, Magalhães R. Desigualdade, pobreza e obesidade. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010; 15 (Supl.1): 1423-32.

21. Ferreira VA, Magalhães R. Obesidade e pobreza: o aparente paradoxo. Um estudo com as mulheres da Favela da Rocinha, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21 (6): 1792-1800.

22. Tonial SR. Desnutrição e Obesidade: faces da desigualdade social no acesso aos alimentos e nas representações do corpo. [Tese de Doutorado]. RJ: Escola Nacional de Saúde Pública - Fiocruz; 2001.

23. Silva DO da. O fiel da balança na história do corpo obeso em mulheres de baixa renda. [Dissertação]. RJ: Escola Nacional de Saúde Pública - Fiocruz; 1997.

24. IBASE. Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas. Repercussões do programa bolsa família na segurança alimentar e nutricional das famílias beneficiadas. Editora: Ibase, Rio de Janeiro, 2008.

25. Ferreira VA. Obesidade & pobreza: o aparente paradoxo. [Dissertação]. RJ: Escola Nacional de Saúde Pública – Fiocruz; 2003.

26. Da Matta R. O que faz o Brasil Brasil? Editora: Rocco, Rio de Janeiro, 1984.

27. Beardsworth A, Keil T. Sociology on the menu: an invitation to the study of food and society. Editora: Routledge, New York, 1997.

28. Fischler C, Masson E. Comer: a alimentação de franceses, outros europeus e americanos. Editora: Senac, São Paulo, 2010.

29. Douglas M. Las estructuras de lo culinario. In: Contreras J. (org.) Alimentación y cultura: necesidades, gustos y costumbres. Barcelona: Universitat de Barcelona; 1995. p.175-197.

30. Douglas M. Coded Messages. In: Griffiths S, Wallace J. (Eds.) *Consuming passions*. Manchester: Manchester University Press; 1998.

31. Lévi-Strauss C. Introdução à obra de Marcel Mauss. In: Mauss M. Sociologia e antropologia. Editora: Usp, São Paulo; 1974. p.01-36.
32. Candido A. Os parceiros do Rio Bonito. Editora 34, São Paulo, 2001.
33. Lipovetsky G. A felicidade paradoxal: ensaio sobre a sociedade de hiperconsumo. Editora: Companhia da Letras, São Paulo, 2006.
34. Mauss M. As técnicas corporais. Sociologia e antropologia. Editora: Edusp, São Paulo, 1974.
35. Minayo MC de S. O corpo como síntese de muitas histórias. In: Tonial SR. Desnutrição e obesidade: faces contraditórias na miséria e na abundância. Recife: Editora: Impip; 2001. Prefácio.
36. Fischler C. Obeso benigno, obeso maligno. In: Sant'Anna DB (org). Políticas do corpo: elementos para uma história das práticas corporais. São Paulo, Editora: Estação Liberdade; 1989.p.69-80.
37. Canesqui AM, Garcia RWD. Antropologia da nutrição: um diálogo possível. Editora: Fiocruz, Rio de Janeiro, 2005.
38. Crouch M, O'Neill G. Sustaining Identities? Prolegomena for inquiry into contemporary foodways. Social Science Information, 2000; 39 (1): 181-192.
39. Fischler C. Food, self and identity. Social Sciences Information, 1988; 27 (2): 92-275.
40. Woortmann KA. Comida, a família e a construção do gênero feminino. Revista de Ciências Sociais, 1986; 29 (1): 103-129.
41. Contreras J. Alimentación y Cultura: Necesidades, Gustos y Costumbres. 1995. Barcelona: Estudi General. Ciències Humanes i Socials. Universitat de Barcelona.
42. Zaluar A. A máquina e a revolta: as organizações populares e o significado da pobreza. 2ª ed. Editora: Brasiliense, São Paulo, 200043. fischler. 1990.

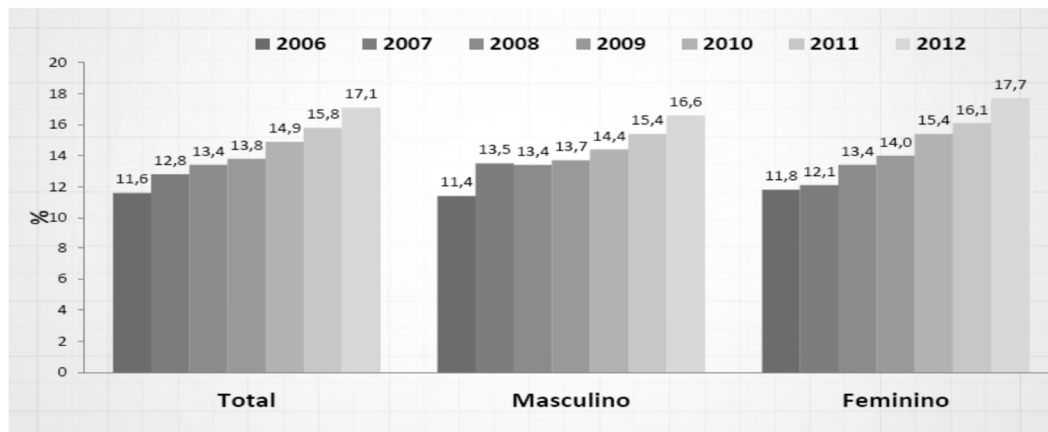
44. Daniel JMP, Cravo VZ. O valor social e cultural da alimentação. IN: Canesqui AM & Garcia RWD (org). Antropologia e nutrição: um diálogo possível. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005: 57-68pp.
45. Brown PJ, Konner M. An anthropological perspective on obesity. In: Goodman AH, Dufour DL, Pelto GH. *Nutritional anthropology: biocultural perspectives on food and nutrition*. California: Mayfield Publishing Company Mountain View.
46. Foucault M. Vigiar e punir: nascimento da prisão. Editora: Vozes, Petrópolis, 1997.
47. Baudrillard J. A sociedade de consumo. 3ª Ed. Editora 70: Lisboa, 2010.
48. Lipovetsky G. O império do efêmero: a moda e seu destino nas sociedades modernas. Editora: Companhia da Letras, São Paulo, 2002.
49. Baumann Z. Em busca da política. Editora: Jorge Zahar, Rio de Janeiro, 2000.
50. Sant'Anna BD. Brasil: o belo, o esbelto e o sadio. In: Fischler C, Masson E (org). Comer: a alimentação de franceses, outros europeus e americanos. São Paulo: Editora Senac; 2010. p. 325-334.
51. Douglas M. *Natural symbols: explorations in cosmology*. New York: Editora: Pantheon, 1974.
52. Fischler C. El (h)omnívoro- El gusto, la cocina y el cuerpo. Editora: Editorial Anagrama, Barcelona, 1995.
53. Cassidy CM. The good body: when big is better. *Medical Anthropology- Cross-Cultural Studies in Health and Illness* 1991; 13(3): 181-214.
54. Delormier T, Frohlich KL, Potvin L. Food and eating as social practice. – understanding eating patterns as social phenomena and implications for public health. *Sociology of Health & Illness*. 2009; 31 (2): 215–28.
55. Giddens A. A constituição da sociedade. Editora: WMF Martins Fontes, São Paulo, 2009.
56. Corcuff P. As novas sociologias; construções da realidade social. Editora: Edusc, São Paulo, 2001.

57. Gregory S. Living with chronic illness in the family setting. *Sociology of Health & Illness*. 2005; 27 (3): 370-90.
58. Devine CM, Jastran M RD, Jabs AJ, Wethington E, Farrell TJ, Bisogni CA. A lot of sacrifices: work-family spillover and the food choice coping strategies of low wage employed parents. *Soc Sci Med*. 2006; 63 (10): 2591–2603.
59. Newcombe MA, McCarthy MB, Cronin JM, McCarth SN. Eat like a man. A social constructionist analysis of the role of food in men's lives. *Appetite*. 2012; 59: 391-398.
60. Sobal J. Bisogni CA. Constructing Food Choice Decisions. *Ann. Behav. Med*. 2009; 38 (Suppl 1):S37–S46.
61. Hoffmann R. Transferências de renda e redução da desigualdade no Brasil e em cinco regiões, entre 1997 e 2005. In: Barros RP, Foguel MN, Ulyssea G. (Orgs.) *Desigualdade de renda no Brasil: uma análise da queda recente*, v. 2). Brasília: Ipea. 2007. p. 17-40.
62. Barros RP, Carvalho M, Franco S, Mendonça R. A queda recente da desigualdade de renda no Brasil. Rio de Janeiro: Ipea, 2007 (Texto para Discussão, n. 1.258).
63. Soares FV, Soares S, Medeiros M, Osório RG. *Programas de transferência de renda no Brasil: impactos sobre a desigualdade*. Brasília: Ipea, 2006 (Texto para Discussão).
64. Tavares PA, Pazello ET, Fernandes R, Camelo R de S. Uma avaliação do Programa Bolsa Família: focalização e impacto na distribuição de renda e pobreza. IPEA: Rio de Janeiro. 2009.
65. Soares S, Ribas RP, Soares FV. Focalização e cobertura do Programa Bolsa-Família: qual o significado dos 11 milhões de famílias. IPEA: Rio de Janeiro. Texto para Discussão nº 1396, 2009.

CAPÍTULO 3 – O COMPORTAMENTO DA OBESIDADE NO BRASIL E A VULNERABILIDADE DAS MULHERES POBRES

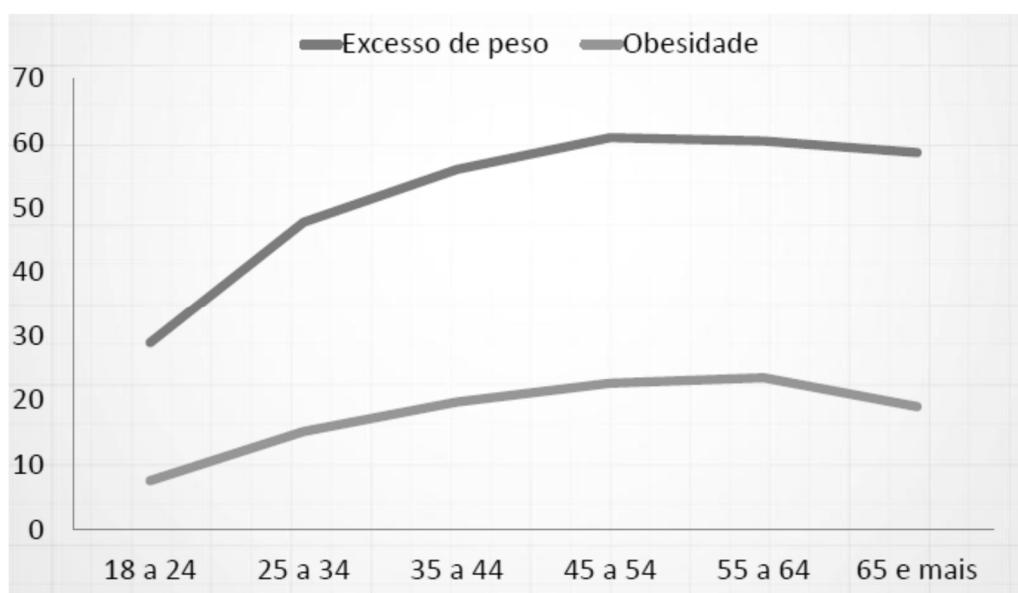
Nas últimas duas décadas, observa-se no Brasil o avanço do sobrepeso ($\text{IMC} \geq 25 \text{ kg/m}^2$) e da obesidade ($\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$) definidos a partir do Índice de Massa Corporal, parâmetro proposto pela Organização Mundial da Saúde, em todas as Regiões, nas áreas metropolitanas, urbanas e rurais e, em diferentes grupos etários e sociais (1) (2). Este perfil é resultado das profundas mudanças nos indicadores nutricionais da população brasileira conceituado pela literatura de *transição nutricional* (3) (4) (5). A tendência do aumento da obesidade no País pode ser visualizada no *Gráfico 1*, que ilustra o crescimento do agravo no período mais recente. A esse respeito, de acordo com a pesquisa realizada anualmente pelo Ministério da Saúde no Brasil – *Vigitel (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico)* (1), mais da metade da população adulta brasileira apresentou sobrepeso e 17%, obesidade. Isso representa 74 milhões de pessoas com algum grau de excesso de peso no País (1). De acordo com os resultados desta Pesquisa, o excesso de peso é prevalente em todas as idades, a partir dos cinco anos, confirmando a tendência de aumento acelerado do problema no País como um todo. Contudo verifica-se que a obesidade avança especialmente na maturidade (a partir dos 45 anos) e começa a declinar acentuadamente na fase da velhice (1). Esse comportamento pode ser verificado no *Gráfico 2*.

Gráfico 1: Evolução da frequência (%) de obesidade no Brasil no período de 2006 a 2012, população total, homens e mulheres:



Fonte: Brasil/MS/Vigitel (1)

Gráfico 2: Frequência (%) de excesso de peso e obesidade no Brasil por faixa etária, ano 2012:

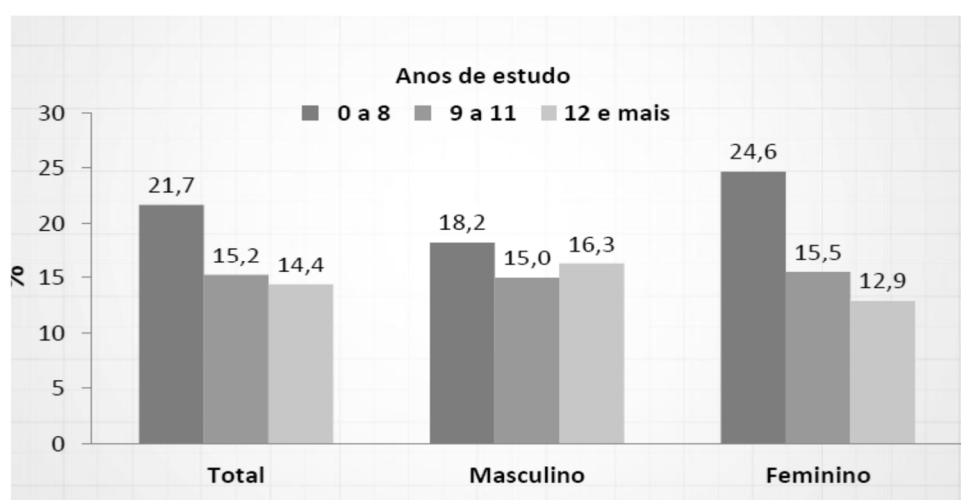


(Fonte:Brasil/MS/Vigitel) (1).

A Vigitel (1) revelou também diferenças na prevalência do excesso de peso entre os sexos. Em crianças com idade escolar (5 a 9 anos) a obesidade foi prevalente em 16,6% dos meninos e 11,8% das meninas. Em adolescentes, a prevalência foi de 5,8% nos meninos e 4,0% nas meninas. Ou seja, entre a população infantojuvenil a obesidade foi mais frequente em meninos quando comparada com as meninas. Já na população adulta a obesidade apresentou

comportamento inverso, sendo mais prevalente no grupo feminino (18,2%) quando comparada com o masculino (16,5%). Diferenciais também foram observados na relação do excesso de peso com a escolaridade. Nos homens essa relação demonstrou ser direta e proporcional: quanto maior a escolaridade, maior a prevalência de excesso de peso. Contrariamente nas mulheres, o excesso de peso revelou ser mais frequente no grupo com menor escolaridade (menos de 8 anos de estudo). No caso da obesidade, em particular, a *Pesquisa* revelou que o agravo acomete mais a população adulta com menor nível de instrução, em ambos os sexos (*Gráfico 3*).

Gráfico 3: Frequência (%) de obesidade no Brasil por sexo e escolaridade, ano 2012:



(Fonte: Brasil/MS/Vigitel) (1).

Nesta direção, informações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2) provenientes dos resultados da *Pesquisa de Orçamentos Familiares – POF* (2008-2009) revelaram um perfil bastante semelhante ao constatado na *Vigitel*. Além disso, a POF (2008-2009) sinalizou a maior velocidade de crescimento da obesidade nas famílias mais pobres do Brasil. Observa-se ainda que a obesidade foi mais prevalente não somente em homens e mulheres com menor escolaridade, como também em mulheres de baixa renda, sobretudo aquelas que recebiam entre 1 a 5 salários mínimos mensais *per capita*. Contrariamente, nos homens, embora a obesidade tenha evoluído em todos os estratos sociais, ela se mostrou mais prevalente naqueles que recebiam renda superior a 5 salários mínimos mensais *per capita*. Já em crianças maiores de cinco anos a obesidade cresce proporcionalmente com a renda (2). Dessa maneira, quanto

maior a renda, maior é a frequência do agravo, conforme revela a *Quadro 1*. Ainda assim, estudos locais revelam que a obesidade infantil é frequente na baixa renda (6). Tais indicadores de saúde e nutrição refletem as desigualdades de renda e em saúde que ainda persistem no País: mulheres pobres e com menor escolaridade apresentam maiores percentuais de obesidade, bem como de doenças crônicas quando comparadas com mulheres da mesma idade, de renda e escolaridade mais alta (2) (7). A respeito desta questão a literatura tem mostrado diferenças no padrão de morbidade e mortalidade entre os sexos. Em geral as mulheres têm apresentado maiores taxas de morbidade que os homens, sendo as doenças crônicas as mais prevalentes no grupo feminino. Estudos sobre os diferenciais de morbidade segundo o gênero têm indicado maior frequência de morbidade referida entre mulheres (8) (9).

Quadro 1: Prevalência (%) de obesidade em escolares, adolescentes e adultos, segundo classes de rendimento total e a variação patrimonial mensal familiar per capita, Brasil, período 2008-2009:

<i>Classes de rendimento total e a variação patrimonial mensal familiar per capita</i>	<i>Escolares (5 a 9 anos de idade)</i>		<i>Adolescentes (10 a 19 anos de idade)</i>		<i>Adultos (20 anos ou mais de idade)</i>	
	<i>Feminino</i>	<i>Masculino</i>	<i>Feminino</i>	<i>Masculino</i>	<i>Feminino</i>	<i>Masculino</i>
$\frac{1}{4}$	7,4	11,8	1,9	1,8	15,1	5,5
$\frac{1}{4}$ a $\frac{1}{2}$	10	12,9	4,2	3,1	14,6	6,9
$\frac{1}{2}$ a 1	12,7	15,4	4,1	5,0	16,3	9,6
1 a 2	13,7	19,5	4,6	9,2	18,0	13,3
2 a 5	13,9	23,8	4,6	8,2	18,1	16,1
> 5	14,8	30,8	2,6	8,2	15,8	17,1

Fonte: IBGE (2).

No Brasil, a magnitude e a velocidade de crescimento da obesidade na população de uma forma geral são, de fato, preocupantes. No período de 1974

a 2008 nota-se que o fenômeno cresceu em percentuais: 443% nos homens e 211% nas mulheres. A obesidade grave, ou mórbida, por sua vez, evoluiu com mais intensidade: 1100% nos homens e 356% nas mulheres (10). E as projeções futuras para a problemática do sobrepeso/obesidade no País não são favoráveis. A pesquisa do IBGE (2) estima que em aproximadamente dez anos, o excesso de peso pode alcançar dois terços da população adulta total do País. Perfil que se aproxima do observado na população norte-americana, por exemplo. Isso porque a frequência de pessoas com excesso de peso tem aumentado em mais de 1% ao ano. Essa tendência é preocupante tendo em vista que a obesidade é fator de risco para várias outras patologias (diabetes, hipertensão, doenças cardíacas, dislipidemias, doenças ósseas, neoplasias, entre outras). E sem dúvida acarreta maiores custos para os sistemas de saúde. No Brasil, os recursos financeiros no setor saúde são limitados e é inegável a ligação da obesidade com o aumento dos custos com saúde nas últimas décadas (10).

3.1 Os Custos da Obesidade para o Sistema de Saúde no Brasil

O considerável aumento da obesidade no Brasil é alarmante e preocupante em função das repercussões desfavoráveis na expectativa e na qualidade de vida da população, especialmente da população mais pobre. Foi descrito que a obesidade tem impacto no aumento da incidência de várias doenças crônicas, uma vez que está associada a cerca de vinte e seis comorbidades, incluindo o diabetes *mellitus*, as doenças cardíacas e certos tipos de neoplasia, com consequente aumento nos custos dos serviços de saúde. Dados do Ministério da Saúde no Brasil revelam que as doenças crônicas são a principal causa de morte em adultos (11). Atualmente 72% dos óbitos na população adulta são decorrentes de doenças crônicas não transmissíveis (12). Além dos óbitos observa-se o aumento do número de atendimentos ambulatoriais e internações hospitalares no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Somente no ano de 2011, mais de sete milhões (7.609.450) de atendimentos no nível ambulatorial e 207 mil internações (207.845) estavam associadas ao sobrepeso/obesidade (13). Pesquisa recente realizada a partir de dados secundários do Ministério da Saúde no Brasil revelou que o Sistema Único de Saúde (SUS) gastou 488 milhões de reais em ações de média e alta complexidade, direcionadas ao

tratamento da obesidade e das doenças crônicas associadas, somente no ano de 2011 (10). Deste total, 289 milhões no nível hospitalar e 199 milhões no atendimento ambulatorial. O total de gastos com as intervenções à obesidade grave foi de 116 milhões e os custos relacionados à cirurgia bariátrica foram em torno de 31 milhões no mesmo período. Interessante sinalizar ainda os diferenciais encontrados nos custos da obesidade entre os sexos. No grupo feminino os custos foram duas vezes maiores (327 milhões) quando comparados com o masculino (160 milhões). Dessa forma, este estudo estima que o SUS gaste em torno de 0,5 bilhão de reais por ano, com as ações de intervenção à obesidade, além de outros gastos não totalmente computados (10). A perspectiva é de que esses gastos orçamentários sejam ainda maiores, em face das projeções de evolução do agravo na população brasileira ao longo dos próximos anos (2).

3.2 O Perfil de Excesso de Peso no Estado de Minas Gerais e na Cidade de Diamantina, Região do Vale do Jequitinhonha/MG

No Estado de Minas Gerais as informações a respeito do excesso de peso revelam que o fenômeno é prevalente em todas as faixas etárias, mas com uma frequência maior na população adulta. Ou seja, o estado apresenta um perfil nutricional para o sobrepeso e a obesidade, muito semelhante ao observado nos indicadores nacionais. A cidade de Diamantina/MG acompanha essa tendência para o sobrepeso. Entretanto, especificamente no caso da obesidade, os percentuais parecem ser relativamente menores quando comparados com os indicadores nacionais (exceto para a obesidade em adolescentes), conforme revela a *Quadro 2*, construída a partir dos dados obtidos do *Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan-web)* do Ministério da Saúde, para o ano de 2013 (14). Importante salientar que os dados do Sisvan para o município de Diamantina embora atuais não são representativos. Contudo, nos fornecem valiosas informações sobre o comportamento da obesidade no município.

Quadro 2: Prevalências (%) de sobrepeso e obesidade em crianças, escolares, adolescentes e adultos em Diamantina/MG e no Brasil, 2013:

População	Sobrepeso (%)		Obesidade (%)	
	Diamantina	Brasil	Diamantina	Brasil
Crianças de 0 a 5 anos*	6,3	9,5	-	-
Crianças de 5 a 10 anos**	10,2	7,2	2,0	4,5
Adolescentes***	28,3	17,3	8,7	7,4
Adultos	36,3	33,2	13,3	24,6

(* Indicador Peso/Altura; Peso elevado para a idade. ** IMC/Idade. *** IMC/Idade).

Fonte: Sisvan (14).

Os indicadores de sobrepeso revelam uma frequência importante entre escolares, adolescentes e adultos. Diferenças entre os sexos podem ser observadas, sobretudo na população adulta, revelando que o excesso de peso é mais frequente em mulheres, quando comparado com os homens. Em geral, as mulheres apresentaram prevalências mais elevadas tanto para o sobrepeso como para a obesidade. Nas mulheres adultas o sobrepeso foi duas vezes maior do que nos homens, conforme demonstra a *Quadro 3, a seguir*.

Quadro 3: Prevalência (%) de sobrepeso e obesidade em adultos, por sexo, Diamantina, Vale do Jequitinhonha/MG, 2012:

Excesso de peso	Adultos (%)	
	Homens	Mulheres
Sobrepeso (IMC $\geq$ 25 kg/m ²)	15,4	30,5
Obesidade (IMC $\geq$ 30 kg/m ²)	15,4	18,4

Fonte: Sisvan (14).

Importante destacar que além desse perfil feminino do agravo, há diferenças na frequência da obesidade quando se considera a variável cor. Mulheres negras e pardas apresentaram maiores prevalências de obesidade quando comparadas com mulheres brancas (*Quadro 4*). Isso indica que as desigualdades sociais ainda são marcantes na Região e têm impacto na situação nutricional desse grupo em particular.

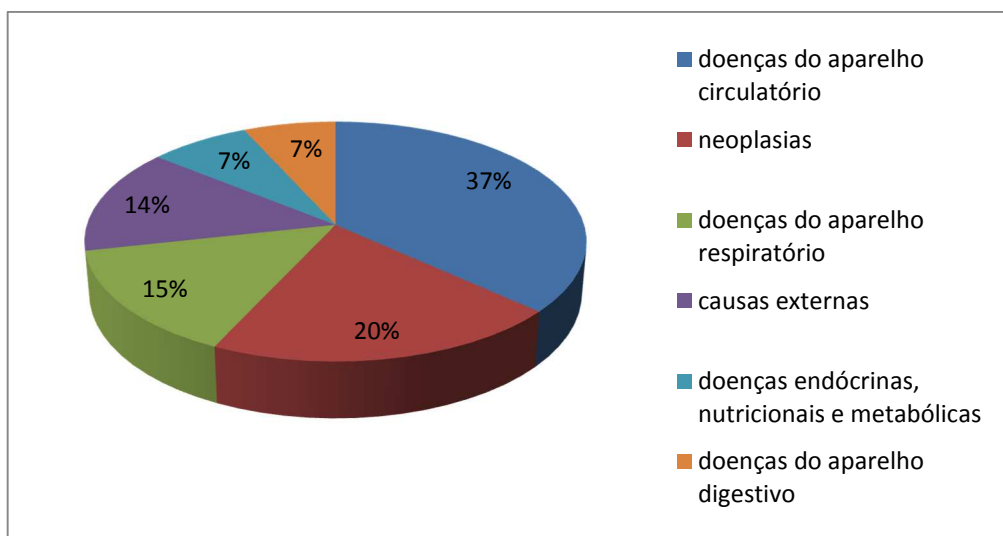
Quadro 4: Prevalência (%) de obesidade em mulheres adultas, por cor, Diamantina, Vale do Jequitinhonha/MG, 2013:

Cor	Obesidade (IMC $\geq$ 30 kg/m ²)
Negras	26,3 %
Pardas	18,3 %
Branças	17,0 %

Fonte: Sisvan (14).

Sem dúvida a frequência do sobrepeso e da obesidade no Estado de Minas Gerais, especialmente na cidade de Diamantina, Região do Vale do Jequitinhonha, têm repercussões na qualidade de vida e na saúde dessa população. Nesta direção, informações da *Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais* (SES-MG) (15) revelam que no período de dez anos (2000 a 2010), o percentual de óbitos por doenças e agravos não transmissíveis superou as taxas de óbitos por doenças infecciosas e parasitárias, revelando que o Estado segue as tendências nacional e mundial decorrentes dos processos de transição epidemiológica e nutricional (15). As principais causas de morte no Estado em 2010 estão ilustradas no Gráfico 4, sendo a principal causa as doenças do aparelho circulatório (30,7%), fortemente relacionadas ao excesso de peso. A mortalidade proporcional revelou que as doenças crônicas foram as principais responsáveis pelas mortes no Estado, no ano de 2010: 52% (DCNT); 37% (Demais Causas) e 11% Causas externas (15).

Gráfico 4: Mortalidade proporcional pelos principais grupos de causas de óbitos, Minas Gerais, 2010:



Fonte: SES-MG (15).

Na análise ainda da mortalidade proporcional para o Estado de Minas Gerais no período de 2001 a 2010, observam-se diferenciais na prevalência das doenças crônicas entre os sexos. As doenças hipertensivas e o diabetes *mellitus*, por exemplo, apresentaram maior mortalidade no grupo feminino. Para as demais doenças crônicas, os homens apresentaram prevalências maiores, especialmente para as doenças relacionadas ao consumo do álcool. Neste grupo de doenças, em particular, os homens de cor/raça preta e parda foram os que apresentaram maior mortalidade (15).

3.3 Indicadores de Saúde e Nutrição da Macrorregião do Jequitinhonha/MG

A Macrorregião do Jequitinhonha é composta por vinte e três municípios do Estado de Minas Gerais e comporta mais de 290 mil habitantes. Ela está dividida em duas microrregiões de saúde: Diamantina, sede da macrorregião, com mais de 166 mil habitantes e 15 municípios, e Minas Novas/Turmalina/Capelinha, com 123 mil habitantes e 08 municípios. Segundo o estudo apresentado pela Subsecretaria de Vigilância e Proteção à Saúde de Minas Gerais, a taxa bruta de mortalidade na Macrorregião do Jequitinhonha é

de 6,4%, superior à taxa de mortalidade do Estado (5,9%). A *Macrorregião* é a segunda mais propensa ao risco de mortes prematuras, quando comparada com as treze macrorregiões que compõem o Estado (16). Esse é o pior indicador de saúde apresentado na *Macrorregião*, que repercute na alta taxa de mortalidade infantil neonatal. O perfil de mortalidade da *Macrorregião do Jequitinhonha* revela-se bastante complexo e desafiante. As principais causas de óbitos na Região são respectivamente: 1ª) doenças cerebrovasculares; 2ª) doenças isquêmicas do coração; 3ª) asfixia e traumatismo ao nascer; 4ª) doença de chagas; 5ª) doenças inflamatórias do coração; 6ª) doença hipertensiva; 7ª) cirrose hepática; 8ª) diabetes *mellitus*; 9ª) acidente de trânsito; 10ª) septicemia (16). Esse panorama sanitário, ainda que ambivalente, revela sem dúvida alguma o impacto do excesso de peso no perfil de mortalidade da *Macrorregião do Jequitinhonha*. Especialmente na cidade de Diamantina observa-se que o perfil de morbidade hospitalar para o ano de 2009, segundo informações do DATASUS/MS, compreende em maior proporção internações para procedimentos de parto e puerpério (26%); doenças do aparelho circulatório (14,9%); doenças do aparelho respiratório (11,8%) e doenças do aparelho digestivo (10,4%).

Diante do exposto, conclui-se que as doenças crônicas assumem um papel de destaque entre as principais causas de morte no Estado de Minas Gerais e na *Macrorregião do Jequitinhonha*, que inclui a cidade de Diamantina. Tais indicadores são úteis para compreender o perfil de saúde e nutrição dessa população, bem como identificar e priorizar demandas sociais e sanitárias na Região. Contudo torna-se importante destacar que as doenças infecciosas e parasitárias (sobretudo dengue, leishmanioses e hepatites virais) apresentam relevância em algumas localidades do Estado e, mais precisamente da região do Vale (15). A existência dessa heterogeneidade regional, no que diz respeito ao perfil epidemiológico, é denominada de “modelo polarizado de transição” (17). Dessa forma, coexistem perfis sanitários sobrepostos e distintos, que refletem as desigualdades sociais e as iniquidades em saúde nesta região do País.

Referencias Bibliográficas

1. Brasil. Ministério da Saúde. *Vigitel Brasil 2012: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. [acesso em 02 de agosto de 13].Disponível em < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_2010.pdf>.
 2. IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009: antropometria e análise do estado nutricional de crianças e adolescentes no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
 3. Kac G, Pérez-Escamilla R . Nutrition transition and obesity prevention through the life-course. *International Journal of Obesity Supplements*. 2013; 3: (S6-S8):2046-2166.
 4. Batista Filho M, [Assis AMO](#), Kac G. Transição Nutricional: conceitos e características. In: Kac G, Sichieri, R, Gigante DP. (org.). *Epidemiologia Nutricional*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, Atheneu, 2007.p. 445-460.
 5. Popkin, B.M., 1993. Nutritional patterns and transitions. *Population and Development*. *Nutrition Review*,19 nº1:138-157.
 6. Costa DM. Considerações sobre o Programa Bolsa Família: implicações para o empoderamento e autonomia das mulheres. [acessado em 05 de outubro de 2012]. Disponível em: <www.undp-povertycentre.org/mds.do>
 7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Alimentação e Nutrição* / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
 8. Vidal R de QS, Neto AMS. Trabalhadoras brasileiras: características socioeconômicas e ocupacionais e perfil de saúde, Brasil, 2003. *Rev. bras. Saúde ocup.*, São Paulo; 2009; 34 (120): 115-127.
- Chiavegatto F, Porto AD, Laurenti R, Gotlieb SLD, Jorge MHP de M. Mortalidade por doença hipertensiva em mulheres de 20 a 49 anos no Município de São Paulo, SP, Brasil. *Rev. bras. epidemiol.* [online]. 2004; 7(3): 252-258.

10. Oliveira, ML. Estimativa dos custos da obesidade para o Sistema Único de Saúde do Brasil. Tese de doutorado. Brasília: Universidade de Brasília; 2013.
11. Secretaria Estadual de Vigilância da Saúde. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Subsecretaria de Gestão Regional. 200612.
12. Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. Lancet. 2011;61-74.
13. Brasil. Datasus. [Acessado em: 22 de julho de 2013]. Disponível em: www.datasus.gov.br.2013.
14. Sisvan. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. [Acessado em: 22 de outubro de 2012]. Disponível em: www.nutricao.saude.gov.br/sisvan.
15. SES - MG. Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais. Análise de Situação de Saúde de Minas Gerais, 2012.
16. SES - MG. Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais. Pacto pela Saúde. 2010.
17. Carmo EH, Barreto ML, Silva JR. Mudanças nos padrões de morbimortalidade da população brasileira: os desafios para o novo século. Epidemiologia e Serviços de Saúde, 2012; 12 (2): 63-73.

CAPÍTULO 4 – CAMINHOS PERCORRIDOS: A DISCUSSÃO METODOLÓGICA

O percurso metodológico adotado nesta tese incorporou uma perspectiva construtivista, a fim de compreender a problemática da obesidade em indivíduos e famílias que vivenciavam situações de pobreza e vulnerabilidade social na cidade de Diamantina, Região do Vale do Jequitinhonha. Esta escolha teve por intuito apreender as representações, os valores, crenças e concepções dos sujeitos investigados em interação e intersubjetividade (1), conforme sugerem alguns trabalhos na área (2) (3) (4).

Sob este prisma, a perspectiva construtivista não se caracteriza como uma “nova” corrente teórica da sociologia. Na realidade, trata-se de um espaço de problematizações e de questões epistemológicas que, em uma nova perspectiva, tende a ver as realidades sociais como “construções” históricas e cotidianas de atores individuais e coletivos (5). Nesta abordagem a realidade social tende a ser apreendida como “construída” (e não como “natural” ou “dada”). Neste sentido, posso dizer que o construtivismo se refere a uma das “novas formas de realismo”, tendo em vista que se distingue das formas tradicionais do positivismo já que questiona o “dado” e enfatiza a pluralidade de realidades cujas relações devem ser refletidas e analisadas. Neste processo as realidades sociais são ao mesmo tempo objetivadas e interiorizadas. Por um lado nos remetem a mundos objetivados (palavras, objetos, regras) que são exteriorizados. E por outro lado se inscrevem no universo subjetivo e interiorizado das percepções, representações e dos sentidos atribuídos. Trata-se de uma “construção reflexiva”, sobre a qual trabalham diversos pesquisadores, que procura compreender os fenômenos sociais a partir de um ponto de vista mais multidimensional, dialógico, processual e relacional (5). Esse esforço reflexivo visa fundamentalmente suplantando visões rígidas e estáticas da construção dos processos sociais. E, dessa maneira, auxiliar na difícil tarefa de superar uma compreensão estreita sobre os fenômenos sociais complexos e contemporâneos tal como a problemática da obesidade em contextos marcados por pobreza e desigualdades sociais, proposta deste trabalho.

Importante destacar que a unidade de análise empregada neste estudo foi a família, a partir do reconhecimento de que o conceito de família assume múltiplos sentidos na atualidade. Isso porque é cada vez mais diversificado e heterogêneo o perfil dos arranjos familiares contemporâneos (6). No Brasil, por exemplo, os dados provenientes do *Censo 2010* realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (7), revelaram novas tendências nas dinâmicas familiares, especialmente com o aumento das famílias do tipo “*monoparentais*” (sobretudo daquelas chefiadas por mulheres, sem cônjuges e com filhos); de arranjos de “*casal sem filhos*”; “*casal com filhos*” e “*pessoas que vivem sós*”, que são classificadas como “*não famílias*” (jovens, idosos, adultos maduros sem filhos). Somam-se às mudanças nas estruturas das famílias modificações nas relações intrafamiliares com a maior flexibilização e menor hierarquização dos papéis de seus componentes (6). Logo, a opção em adotar um conceito mais abrangente de família pode ser atribuída à tentativa de evitar um modelo generalizante, tendo em vista que ele poderia não expressar a realidade do contexto singular que pretendia investigar (6) (8).

Nesta direção, meu objeto neste estudo foi analisar as percepções, interpretações e práticas em torno da alimentação e do corpo obeso entre famílias beneficiárias do programa governamental de transferência condicionada de renda Bolsa Família e usuárias da Estratégia Saúde da Família no contexto do Vale do Jequitinhonha/MG. Para isso foram utilizados levantamento documental, pesquisa bibliográfica e estudo de caso exploratório com a realização da técnica das entrevistas semiestruturadas em profundidade e dos Grupos Focais. A proposta foi realizar um estudo de caso único (9) a partir da seleção de famílias pobres com casos de obesidade em um de seus componentes. Trata-se de um *estudo de caso* interpretativo de um determinado grupo, em um contexto específico, buscando apreender ações, interações sociais e significados culturais dentro de uma abordagem de pesquisa compreensiva e interpretativa (9).

A opção por me aproximar da população pobres que pretendia de fato investigar se deu a partir do Programa Bolsa Família tendo em vista que esse programa de transferência de renda tem como principal foco de beneficiários os indivíduos que vivenciam situações desiguais de saúde, renda e bem-estar.

Isso porque o Programa utiliza como critério de elegibilidade a renda monetária das famílias, sendo os pobres seu público principal. Assim, famílias com renda familiar *per capita* inferior a 70 reais podem ingressar no Programa, desde que tenham gestantes, nutrizes, crianças e/ou adolescentes com menos de quinze anos de idade em seus arranjos familiares (10). Neste sentido a escolha pelos beneficiários do programa BF representou uma via de aproximação com as famílias socialmente vulneráveis, universo que pretendia investigar. Para a seleção das famílias utilizei *três critérios de elegibilidade*, a seguir: 1) a família estava vinculada a uma unidade da Estratégia de Saúde da Família (ESF) da cidade de Diamantina, Vale do Jequitinhonha/MG; 2) a família estava cadastrada no programa governamental Bolsa Família; 3) a família apresentava diagnóstico de obesidade em pelo menos um de seus integrantes. Todas essas informações combinadas permitiram selecionar famílias socialmente vulneráveis, utilizando critérios para além da dimensão puramente normativa, incorporando elementos relacionados às condições gerais de vida e de bem-estar das famílias conforme sugere a literatura (11) (12) (13).

4.1 A Cidade de Diamantina e o Vale do Jequitinhonha/MG

A cidade de Diamantina localiza-se na Região noroeste do Estado de Minas Gerais, aproximadamente a 300 quilômetros da capital, Belo Horizonte. De acordo com os dados provenientes do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (14) para o ano de 2013, o município conta com uma população adstrita de mais de 47 mil habitantes. A cidade caracterizou-se como a maior produtora de pedras preciosas e de ouro do século XVIII e pertence ao Circuito do Diamante e da Estrada Real. Atualmente a exuberância histórica, artística e cultural da cidade é preservada e revalorizada. A cidade é um dos destinos da Estrada Real (nome dado às vias terrestres que, à época do Brasil Colônia eram percorridas no processo de povoamento e exploração econômica de seus recursos, em articulação com o mercado internacional). Esse é um dos roteiros culturais e turísticos mais ricos do Brasil. Desde o ano de 1938, Diamantina recebeu do Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional (IPHAN), o título de "patrimônio histórico nacional". E no ano de 1999, a cidade foi tombada pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), como "patrimônio da humanidade" (15) (16).

A cidade de Diamantina se insere ainda na Região do *Vale do Jequitinhonha*, considerada uma das áreas de maior desigualdade social do país. Os índices de pobreza, desigualdade social e exclusão na cidade são bastante expressivos (17). De acordo com o Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada (IPEA), a Região do Vale do Jequitinhonha apresenta uma grande participação de chefes de família que recebem rendimentos abaixo da linha de pobreza. Os dados confirmam a espacialização da pobreza na Região. A existência de indivíduos vivendo em condições de pobreza e indigência atingiu o índice de 30%, considerado um dos mais elevados do País, semelhante apenas aos das regiões do norte e nordeste.

O *Vale do Jequitinhonha* é uma região que compreende em sua totalidade 53 municípios divididos em três grandes áreas geográficas denominadas de alto, médio e baixo Jequitinhonha. A cidade de Diamantina localiza-se na Região do *alto Jequitinhonha*, onde a atividade principal foi a mineração no fim do século XVII. Atualmente há predomínio da atividade mineradora no *alto Jequitinhonha*, da pecuária no *baixo Jequitinhonha* e uma atividade mista na região intermediária (18). O *Vale* apresenta um território diverso em população, clima e geografia. Comporta tanto um modo de vida rural e tradicional, com a presença de comunidades indígenas, quilombolas, agricultores familiares, e um outro urbano, composto de pequenas e médias cidades, como Diamantina, Minas Novas, Capelinha e Montes Claros.

Atualmente a economia da cidade de Diamantina se desenvolve a partir de uma oferta diversificada de serviços, incluindo rede de hotelaria, comércio e ensino. A expectativa de vida na cidade é de 68,7 anos para o ano de 2010, segundo os dados do *Censo* do IBGE, inferior à média nacional que foi encontrada no mesmo período: 73,5 anos. E o Índice de Desenvolvimento Humano municipal (IDH-M) foi de 0,716 no ano de 2010, considerado alto, de acordo com o *Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento* (19). Contudo há variações intramunicipais importantes nos valores do IDH-M. Dessa forma, em algumas regiões da cidade o IDH-M assume índices baixos e médios. No que diz respeito a sua cobertura de saúde, a cidade conta com 33 estabelecimentos de saúde municipais (incluindo Unidades Básicas de Saúde, Hospitais Gerais, Secretarias de Saúde; Policlínica, Centros de Apoio

Psicossocial; SAMU; Centro de Atendimento à Mulher, entre outros). O município é considerado polo de referência em saúde para as pequenas cidades vizinhas. Os indicadores de saúde da cidade revelam um perfil de morbimortalidade complexo, com o predomínio de doenças do aparelho circulatório, neoplasias, doenças do aparelho respiratório e de causas externas (20). Com relação aos indicadores nutricionais, os dados obtidos do *Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional* (SISVAN) – Gestão do Bolsa Família (21) para o município, revelam prevalências bastante semelhantes de obesidade, conforme descrevi no Capítulo 3. Tal fenômeno reflete a dinâmica singular assumida pela *transição nutricional* no Brasil, com a conformação de um quadro nutricional complexo e ambivalente, no qual a problemática da obesidade no contexto da pobreza é apenas uma das suas múltiplas faces.

Particularmente no que diz respeito ao programa BF, no ano de 2012, mais de três mil famílias (3.052) estavam sendo beneficiadas pelo Programa, em Diamantina. Deste total, 1.345 famílias residiam na zona rural e 1.707 famílias moravam na zona urbana da cidade, de acordo com as informações oficiais da Secretaria Municipal de Saúde de Diamantina (22). Mais de 80% das famílias beneficiadas pelo programa BF são acompanhadas periodicamente nas unidades básicas de saúde locais, incluindo as Estratégias de Saúde da Família (ESFs), para o monitoramento das condicionalidades exigidas pelo Programa, que incluem informações sobre o estado nutricional dos beneficiários (10). A cobertura da ESF em Diamantina é de aproximadamente 85% de acordo com os dados oficiais do município para o ano de 2011 (22). Na área urbana há 100% de cobertura, sendo alguns distritos do município ainda descobertos por essa Estratégia. Os distritos da área rural selecionados neste estudo eram assistidos pela ESF.

Neste estudo as famílias entrevistadas foram selecionadas a partir dos critérios preestabelecidos. Dessa forma, por intermédio dos registros obtidos na Secretaria Municipal de Saúde de Diamantina (22) selecionei as famílias cadastradas no programa BF que eram assistidas em três unidades básicas da ESF. Duas dessas unidades estavam localizadas na área urbana da cidade (*Palha e Bela Vista*) e uma unidade na área rural (*Gruta de Lourdes*). Reconhecidamente essas unidades estavam localizadas em áreas de

abrangência marcadas por déficit de equipamento urbano e de lazer, violência, marginalidade e pobreza.

Para a realização das entrevistas utilizei três tipos de *roteiros*. De acordo com Patton (23) os *roteiros* são válidos por priorizar as experiências, os comportamentos e as percepções dos sujeitos. Nesta direção, como instrumento de campo utilizei: o *Roteiro Estruturado* (ANEXO D), que continha *informações socioeconômicas* a partir do levantamento de dados sobre renda, escolaridade, acesso a equipamento de infraestrutura, cor/raça, situação do chefe do domicílio, acesso à informação e a tecnologia. E o *Roteiro de Entrevistas Semiestruturado* (ANEXO C) para as entrevistas em profundidade. Este *Roteiro* continha informações sobre: 1) *consumo e práticas alimentares* (incluindo gastos com alimentação, local de aquisição e consumo da alimentação, critérios de seleção dos gêneros, alimentos selecionados, rotina de alimentação, crenças compartilhadas em relação à alimentação da família, entre outras informações); 2) *atividades de trabalho e lazer* (tipo de ocupação, rotina de atividades, deslocamento para o trabalho; modalidades, tipos e formas de lazer); 3) *excesso de peso e corpo* (concepções e experiências relacionadas ao corpo e questões relacionadas ao enfrentamento da obesidade); 4) *programa Bolsa Família* (concepções sobre o programa, pontos positivos e negativos, mudanças com o recebimento do benefício). Por fim levantamos informações a respeito das concepções relacionadas ao seu contexto de vida (trajetória de vida, vínculos, sociabilidade, entre outras). Em um segundo momento fiz uso do *Roteiro de Debates* (ANEXO E) para as reuniões com os Grupos Focais, a fim de aprofundar a compreensão dos titulares do programa BF acerca de algumas dimensões que mereciam maior detalhamento, tais como: 1) *alimentação e comida*; 2) *excesso de peso e corpo* e o 3) *programa Bolsa Família*.

No tratamento dos dados utilizei a *análise de conteúdo* proposta por Bardin (24). Para essa autora, a análise de conteúdo refere-se a “uma análise dos significados”. Ou seja, trata-se de “um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de

produção/recepção [...] destas mensagens” (2011:42) (24). Nesta fase realizei as três etapas no tratamento dos dados, a seguir: 1ª) *pré-análise* (leitura flutuante, formulação de hipóteses e dos objetivos iniciais e elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação); 2ª) *exploração do material* (codificação do material empírico, identificando os “núcleos de sentido”) e 3ª) *tratamento dos resultados e interpretação*, quando se realiza a categorização, que consiste na classificação dos elementos segundo suas semelhanças, e por diferenciação, com posterior reagrupamento, em função de características comuns.

A técnica empregada privilegiou a modalidade temática. Para Bardin (24) o “tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo certos critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura” (Bardin, 2011:135) (24). Fazer a análise temática, portanto, consistiu em descobrir os “núcleos de sentido”. Essa técnica é frequentemente empregada em entrevistas abertas ou mais estruturadas, individuais ou em grupos, em reuniões, entre outras modalidades. Dessa maneira procurei valorizar as motivações, opiniões, valores e crenças dos sujeitos, atribuindo maior importância às representações que elaboravam de suas experiências como explicação de suas atitudes. Segundo Becker (25) é preciso compreender como as pessoas “veem” seu comportamento e com “o quê” e “como” o confrontam, para dessa forma, melhor compreendê-los.

4.2 Escolhas e Práticas Alimentares Locais

Meu primeiro contato com a realidade da cidade de Diamantina e o contexto do *Vale do Jequitinhonha* se deu no mês de outubro de 2012, após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da *Plataforma Brasil* – base nacional e unificada de registros de pesquisas envolvendo seres humanos para todo o sistema CEP/Conep do Ministério da Saúde (ANEXO A). Etapa que defini como pré-teste. Selecionei aleatoriamente onze famílias que atendiam os critérios de elegibilidade da pesquisa. Essa fase foi extremamente válida, porque me permitiu redefinir os *Roteiros*, incorporando dimensões importantes à pesquisa. Os instrumentos para a coleta de dados foram então reformulados e ficaram bem mais consistentes e direcionados aos objetivos da pesquisa.

No período de novembro de 2012 até fevereiro de 2013 iniciei propriamente o trabalho “em campo”. As famílias foram entrevistadas em seus próprios domicílios a fim de discutir temas relacionados à alimentação, saúde, corpo, condições de vida, trabalho e lazer. Meu objetivo foi justamente este: a “escuta” atenta e cuidadosa dos entrevistados (26). Entretanto vale destacar o enorme desafio que foi realizar as entrevistas no espaço “íntimo da casa”. As entrevistas foram interrompidas muitas vezes, por inúmeras razões (barulho do rádio ou da televisão, presença de maridos e filhos, brincadeiras de crianças, etc.). Ou seja, eu me inseri de fato na rotina doméstica dessas famílias.

O trabalho de campo não apresentou grandes dificuldades operacionais e não houve nenhuma recusa à participação na pesquisa. Todas as famílias selecionadas foram, dessa forma, entrevistadas. Contudo é preciso registrar a questão do acesso a esses domicílios. Na área urbana me deparei com ruas esburacadas, lixo e, sobretudo, falta de identificação, tanto no que diz respeito ao nome das ruas, como no que se refere à numeração das casas. Nesse aspecto, a localização dos entrevistados foi difícil e foi necessário contar com a ajuda dos moradores. Na área rural a situação foi pior. Além do isolamento geográfico, as condições das estradas eram muito precárias. Todas elas de chão de terra batida. O clima é seco e a poeira avermelhada me trouxe um enorme desconforto respiratório. O isolamento e o contexto de precariedade tornavam a vida nesses locais ainda mais difícil. A pobreza que vi de tão perto é, sem dúvida alguma, extremamente desconcertante.

Em função do meu olhar “estrangeiro” (nasci e vivi grande parte da minha vida na área metropolitana do Rio de Janeiro) acreditei de antemão que teria muitas dificuldades em entrevistar essas famílias, tendo em vista que “os mineiros” são, de maneira geral, pessoas muito “reservadas” e “desconfiadas”. Além disso, um estudo realizado no *Vale do Jequitinhonha* revelou uma certa insegurança por parte dos beneficiários do BF em conceder entrevistas (27). Mas fui surpreendida de forma positiva. Durante as entrevistas a desconfiança inicial (bastante óbvia) durava apenas alguns minutos. Logo que me apresentava como estudante de pós-graduação que realizava uma pesquisa de doutorado no bairro, era prontamente convidada a entrar, revelando que os “mineiros” são também solidários e hospitaleiros (28). Além dessas

características, constatei uma prática muito particular do “povo mineiro”: a apreciação em contar “*causos*”. Quando as entrevistas se encerravam as histórias e os “causos” eram contados e referiam-se a fatos corriqueiros, às experiências do dia a dia dessas famílias. Por intermédio dessa “escuta” pude conhecer um pouco mais das concepções de vida e de mundo dos entrevistados. Dessa forma pude observar que eles eram bastante religiosos (com predomínio pela crença católica) e valorizavam demasiadamente a família, o espaço íntimo da casa, o espaço da cozinha e as refeições compartilhadas (28) (29). Em boa parte dos domicílios onde realizei as entrevistas havia na sala uma imagem sacra (de algum santo, como Nossa Senhora Aparecida, de Jesus Cristo ou da Santa-Ceia). As mulheres demonstraram durante as entrevistas que a religiosidade, a resignação e a humildade eram práticas presentes em suas rotinas. Em algum momento da entrevista, agradeciam a Deus pela vida, a casa, o trabalho e, sobretudo, o recebimento do benefício do Bolsa Família. O núcleo familiar era muito valorizado pelo grupo. A esse respeito, conforme afirmou Da Matta (1987:135) (30), para nós, brasileiros, a família é um valor: “*a família é tudo e vale por tudo*”. E no Vale do Jequitinhonha isso ficou bastante evidente.

Ao fim do trabalho de campo realizei vinte e quatro (24) *entrevistas em profundidade*, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO B), nas áreas urbana e rural da cidade de Diamantina. As entrevistas foram desenvolvidas em duas etapas: inicialmente era aplicado um *Roteiro Estruturado* voltado à coleta de dados biográficos, composição familiar, condições do domicílio, acesso a bens e serviços, *status* empregatício, vínculos sociais e condições de saúde. Em uma segunda etapa era aplicado um *Roteiro Semiestruturado*. Além desses instrumentos, utilizei ainda o *Diário de Campo*, a fim de registrar dados oriundos da observação local durante o trabalho de campo.

Para a realização dos *Grupos Focais* empreguei duas estratégias de divulgação: 1) *no local*, ou seja, na própria unidade de saúde, através de informes fixados no quadro de avisos da unidade; e 2) por intermédio das *agentes comunitárias de saúde*, que nas visitas domiciliares divulgaram o encontro e os propósitos da pesquisa. Contudo fui surpreendida no dia dos

grupos focais. Ao chegar à unidade me deparei com centenas de pessoas a minha espera. O número de participantes foi tão inesperado, que o espaço físico não comportou o contingente de pessoas, e muitas delas se aglomeravam fora da unidade de saúde. Conversei com a equipe e achamos prudente convocar todos e explicar os objetivos do encontro e da pesquisa. Esclareci tudo antes de começar os grupos. Nesse momento descobri que um “boato” se espalhou entre os beneficiários de que eu era “a pessoa” responsável pelo cadastro do programa Bolsa Família. Os que compareceram à unidade estavam, portanto, com receio de perder o benefício. Sem contar que havia, ainda, pessoas em busca do acesso ao cadastramento no Programa. Após prestar todas as informações devidas, enfatizei o propósito da pesquisa e novamente fiz o convite àqueles titulares que tinham real interesse em participar dos grupos. A unidade se esvaziou rapidamente e ficaram cerca de trinta pessoas dispostas a participar dos grupos focais. Esse evento foi único na unidade. Nas palavras da enfermeira responsável: *“Isso nunca aconteceu aqui! É só mexer no bolso do povo que todo mundo aparece”*.

Após esse episódio os grupos focais transcorreram com tranquilidade. Importante destacar que os grupos focais foram realizados em uma sala própria cedida pela unidade e com o auxílio de uma profissional da área de saúde. A realização desses grupos teve como objetivo aprofundar as temáticas centrais desta tese, a respeito dos eixos: 1) *alimentação/comida*; 2) *corpo/obesidade* e 3) *programa Bolsa Família*. A finalidade era apreender as concepções dos titulares (representantes das famílias) acerca das suas escolhas alimentares, crenças e hábitos relacionados à alimentação, além de compreender como a obesidade era percebida e vivenciada no ambiente familiar. Por fim, tinha como objetivo levantar, na percepção dos titulares, possíveis mudanças nas condições de vida, saúde, educação e bem-estar das famílias, com o recebimento do benefício.

Vale destacar que neste trabalho foram realizadas vinte e quatro (24) entrevistas, sendo quinze (15) na área urbana da cidade (especificamente nos bairros da *Palha*, *Pedra Grande* e *Bela Vista*). E nove (9) entrevistas na área rural nos distritos de *Extração*, *Fazenda Santa Cruz* e *Vaú*. Foram realizados também três (3) *grupos focais* em uma unidade da Estratégia de Saúde da

Família (ESF), com titulares do Programa Bolsa Família. Nesses encontros a média de participantes foi de dez entrevistados em cada sessão, totalizando 30 pessoas, sendo 29 mulheres e um único homem, tendo em vista a recomendação do Programa em conceder a titularidade do benefício preferencialmente à mulher.

Referencias Bibliográficas

1. Minayo MC de S. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Editora: Vozes, Petrópolis, 1995.
2. Delormier T, Frohlich KL, Potvin L. Food and eating as social practice. – understanding eating patterns as social phenomena and implications for public health. *Sociology of Health & Illness*. 2009; 31 (2): 215–28.
3. Devine CM, Jastran M RD, Jabs AJ, Wethington E, Farrell TJ, Bisogni CA. A lot of sacrifices: work-family spillover and the food choice coping strategies of low wage employed parents. *Soc Sci Med*. 2006; 63 (10): 2591–603.
4. Newcombe MA, McCarthy MB, Cronin JM, McCarth SN. Eat like a man. A social constructionist analysis of the role of food in men's lives. *Appetite*. 2012; 59: 391-398.
5. Corcuff P. As novas sociologias; construções da realidade social. Editora: Edusc, São Paulo, 2001.
6. Trad LAB. Família contemporânea e saúde. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro; 2010: 25-38.
7. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010. [acessado 05 de agosto de 2010]. Disponível: www.ibge.gov.br
8. Acosta AR, Vitale MAF. Família: rede, laços e políticas públicas. Editora: IEE/Puc, São Paulo, 2003.

9. Yin Robert K. Estudo de caso: planejamento e métodos. Editora:Bookman, Porto Alegre, 2001.
10. MDS. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome..[acessado em 20 de outubro de 2013]. Disponível em: www.mds.gov.br
11. Sen A. Desigualdade reexaminada. Editora Record, Rio de Janeiro, 2001.
12. Townsend P. The International Analysis of Poverty. Harvester Wheatsheaf. 1993.
13. Tilly C. O acesso desigual ao conhecimento científico. Tempo Social. 2006;18 (2):47-63.
14. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades. [acessado 15 de outubro de 2011]. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br>>
15. Site Oficial de Diamantina. [Acessado em: 02 de novembro de 2013]. Disponível em: www.diamantina.mg.gov.br
16. Portal Estrada Real. [Acessado em: 12 de novembro de 2013]. Disponível em: www.institutoestradareal.com.br.
17. Pochmann M, Amorim R. Atlas da exclusão social no Brasil. Editora: Cortez, Rio de Janeiro, 2003.
18. IDENE. Instituto de Desenvolvimento do Norte e Nordeste de Minas Gerais. [acessado 15 de outubro de 2013]. Disponível em <<http://www.idene.mg.gov.br>>
19. PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Índice de Desenvolvimento Humano. IDH-BRASIL. [Acessado em: 04 de julho de 2013]. Disponível em: www.pnud.org.br
20. DataSus. SIAB. Sistema de Informação da Atenção Básica. [Acessado em: 22 de julho de 2012]. Disponível em: www.siab.datasus.gov.br
21. Sisvan. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. [Acessado em: 22 de outubro de 2012]. Disponível em: www.nutricao.saude.gov.br/sisvan.

22. Secretaria Municipal de Saúde de Diamantina. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. Diamantina, Minas Gerais; 2012. Mimeo.
 23. Patton QM Qualitative research & evaluation methods. London, Editora:Sage Publication, Califórnia, India, 2002.
 24. Bardin L. Análise de conteúdo. 1ªed. Editora: Edições 70, 2011.
 25. Becker MS. Métodos de pesquisa em ciências sociais. Editora: Hucitec, São Paulo, 1993.
 26. Streeten PP. Thinking about development. Cambridge: Cambridge University Press, 1995.
 27. Leão Rego W, Panzini A. Vozes do Bolsa Família: autonomia, dinheiro e cidadania. Editora: Unesp, São Paulo, 2013.
 28. Abdala MC. Receita de mineiridade: a cozinha e a construção da imagem do mineiro. 2ª ed. Editora Edufu, Uberlândia, 2007.
 29. Frieiro E. Feijão, angu e couve: ensaio sobre a comida dos mineiros. Editora: Edusp, São Paulo, 1982.
 30. Da Matta R. A família como valor: considerações não-familiares sobre a família à brasileira. In: Almeida AM de (org). Pensando a Família no Brasil: da colônia à modernidade. Rio de Janeiro: Editora Espaço e Tempo, Editora da UFRJ, 1987:115-136p.
-

CAPÍTULO 5 - VIDAS CONTADAS & HISTÓRIAS VIVIDAS: OS RESULTADOS DA PESQUISA.

O sociólogo francês *Pierre Bourdieu*, em seu livro *“Razões Práticas: sobre a teoria da ação”*, enfatizou: *“De fato, todo o meu empreendimento científico se inspira na convicção de que não podemos capturar a lógica mais profunda do mundo social a não ser submergindo na particularidade de uma realidade empírica”* (Bourdieu, 1996:15) (1). A partir dessa afirmação do autor a respeito da importância do trabalho empírico na pesquisa, farei algumas considerações a respeito do percurso desta tese, antes de me deter propriamente na descrição dos seus resultados.

Nesta direção, torna-se importante destacar que neste trabalho optei por articular as *temáticas* que emergiram das 24 (vinte e quatro) entrevistas em profundidade e dos 3 (três) grupos focais a partir de uma análise mais ampla, integrada à discussão geral dos resultados. Esta escolha se deu em função das diversas fontes utilizadas na metodologia. A partir delas pude reconhecer os laços de interdependência em relação ao fenômeno estudado. Dessa forma optei por não separar os discursos individuais dos coletivos, uma vez que eles se mostraram complementares e integrados à discussão geral dos resultados. Na realidade minha proposta foi incorporar a perspectiva *relacional*, que atribui primazia à relação entre os entrevistados e suas escolhas nos diferentes domínios da prática social – para a compreensão da alimentação, do uso do corpo, do trabalho e do lazer. Fundamentalmente reconhecendo que essas práticas sociais ocorrem em um dado momento, a partir da posição dos entrevistados em um espaço social determinado e em uma dada situação no que se refere à oferta de bens e serviços (1).

Além dessa opção metodológica devo sinalizar que meu objetivo no trabalho de campo foi captar não apenas os beneficiários selecionados aleatoriamente, mas também, outros integrantes com excesso de peso nos domicílios, tendo em vista que a seleção das famílias se deu por intermédio do banco de dados do *Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan)* – *Módulo Gestão Bolsa Família* do município de Diamantina, cujo público beneficiário são crianças, jovens e mulheres. Contudo, ao finalizar o trabalho de campo me

deparei com uma dinâmica complexa e bastante intrigante. Notei um fenômeno bastante contraditório nesses arranjos familiares: a presença de *mulheres obesas ao lado de homens aparentemente magros e desnutridos*. De tal forma que caracterizava uma polaridade: *obesidade feminina versus desnutrição masculina*. Poucos também foram os casos de obesidade infantojuvenil nas famílias entrevistadas. Fato bastante surpreendente tendo em vista o avanço da obesidade infantil no País. Neste sentido encontrei apenas duas adolescentes com este diagnóstico. Tal fenômeno de alguma forma sinaliza que a obesidade nesse contexto não parece ser uma questão da “família”, mas sobretudo, uma problemática das “mulheres” em particular. Ou seja, foi possível perceber uma questão de gênero presente nessa dinâmica, que posteriormente iremos discutir com profundidade neste capítulo.

5.1 Condições de Vida, Trabalho e Bem-Estar das Famílias Entrevistadas

As mulheres entrevistadas apresentavam idades entre 21 e 56 anos (incluindo duas adolescentes de 12 e 18 anos de idade). Não entrevistamos mulheres idosas, embora algumas fossem aposentadas em função de doença ou de alguma outra situação de invalidez. Com relação à naturalidade, verifiquei que a maior parte das mulheres nasceu em municípios próximos à cidade de Diamantina. Apenas uma entrevistada (adolescente) nasceu na área urbana da cidade. Uma pequena parcela era proveniente de outras cidades de Minas Gerais e duas mulheres nasceram em outros estados (São Paulo e Paraná). Algumas mulheres migraram para a área urbana da cidade de Diamantina, ainda crianças, junto com os pais. Outras entrevistadas vieram em busca de trabalho ou ainda em função do casamento. Dessa forma é possível perceber que a *migração* fez parte da trajetória de vida dessas mulheres.

A esse respeito alguns autores destacam que a *migração* é uma dinâmica comumente observada no curso de vida dos mais pobres. Neste sentido, para Marques (2), os pobres têm maiores dificuldades em criar e manter vínculos sociais em função da perda de suas redes sociais originais. Tal fato, segundo o autor, compromete a sociabilidade do grupo, assim como a mobilização social. Os obstáculos para criar e recriar vínculos sociais com a mudança do local de moradia foram também descritos por Elias & Scotson (3) em seu trabalho –

“Os estabelecidos e os outsiders: sociologia das relações de poder a partir de uma pequena comunidade”. Nesse estudo os autores demonstraram que o fator “tempo de residência” era determinante nas relações de poder entre os antigos moradores da comunidade (“estabelecidos”) e os mais novos moradores (“outsiders”). Os antigos moradores, que se conheciam durante décadas, formavam um grupo de maior coesão e excluía os “outsiders” pelo simples fato de residirem a menos tempo na comunidade. Dessa forma tratavam *“os recém-chegados como pessoas que não se inseriam no grupo, como “os de fora”. Esses próprios recém-chegados, depois de algum tempo, pareciam aceitar, com uma espécie de resignação e perplexidade, a ideia de pertencerem a um grupo de menor virtude e respeitabilidade”* (Elias & Scotson, 2000:20) (3). A estigmatização dos “recém-chegados” pelo grupo estabelecido era, portanto, uma arma poderosa para que este último preservasse a sua identidade e afirmasse sua superioridade.

Nesta mesma direção, o sociólogo francês Loic Wacquant (4) descreve em seu livro *“As duas faces do gueto”*, a estigmatização sofrida pelos negros do Sul dos Estados Unidos quando migraram para trabalhar nas cidades do Norte do País após a Primeira Guerra Mundial, em função da força de trabalho não qualificada indispensável para a economia industrial em franca expansão. De acordo com o autor, *a “hostilidade dos brancos aumentou e as práticas de discriminação e de segregação, que até então eram relativamente informais e incoerentes, endureceram em relação à moradia, à escola e aos equipamentos públicos, até se estenderem à economia e à política”* (Wacquant, 2008:80) (4). De tal forma que os afro-americanos do Sul criaram uma “cidade paralela”, onde estabeleceram uma rede de infraestrutura própria, capaz de satisfazer as necessidades básicas da comunidade estigmatizada. Surgia então uma demarcação racial a partir do isolamento social dentro do espaço urbano norte-americano, que foi bem descrita e estudada na história do País.

Por outro lado é preciso destacar que a *migração* pode tanto resultar em um isolamento material e simbólico, conforme descrito nesses dois trabalhos, como também em uma oportunidade de mobilidade social por meio de um aprendizado sociocultural de assimilação e por intermédio da própria sociabilidade. Neste caso, a *migração* pode representar uma chance e não um

entreve para a mobilidade socioespacial dos recém-chegados. É o caso, por exemplo, de alguns imigrantes europeus que se estabeleceram no Brasil e construíram um patrimônio material e simbólico. Além de se tornarem empreendedores, os espaços sociais em que viviam (e alguns ainda vivem) tornaram-se bairros tradicionais e até turísticos em grandes metrópoles brasileiras. É o caso dos bairros do *Bexiga* e da *Liberdade* na área metropolitana da cidade de São Paulo.

Na área urbana da cidade de Diamantina observamos grupos sociais diferentes e distintos (1) (5). Uma classe formada por famílias tradicionais da cidade, composta de comerciantes que monopolizam grande parte da rede de serviços locais; uma parcela formada por profissionais liberais (médicos, advogados, dentistas); servidores públicos (administrativos, técnicos e professores) e uma classe que presta serviços de baixa qualificação profissional, que reside em bairros periféricos da cidade ou mesmo na zona rural e tem, em geral, seu trabalho desprestigiado socialmente. Muitos trabalham sem carteira assinada por longos períodos e recebem baixa remuneração. É o caso, por exemplo, de algumas das entrevistadas deste estudo, especialmente as que residiam na área rural.

O nível de instrução da maior parte das mulheres era baixo: *fundamental incompleto*. Encontramos ainda cinco (5) mulheres analfabetas, sendo quatro (4) “*analfabetas funcionais*”. Ou seja, com menos de quatro anos de estudo. Esse perfil é fortemente correlacionado com situações de pobreza e desigualdades sociais no Brasil (6). Estudo recente realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada (IPEA) – “*Dois décadas de desigualdade e pobreza no Brasil medidas pela PNAD/IBGE*” (7) revelou a forte correlação entre educação e desigualdade social no País. De acordo com o Estudo, os dois indicadores apresentam trajetórias claramente divergentes: enquanto a média de estudos cresce linearmente, a desigualdade cai consideravelmente. No contexto local, esta associação positiva entre escolaridade e níveis salariais também era percebida. A renda média familiar do grupo pesquisado foi coerente com os critérios do programa Bolsa Família: de $\frac{1}{2}$ salário mínimo por pessoa até três salários mínimos conforme revela o Quadro 5, a seguir.

Quadro 5: Faixas de Renda das Famílias Entrevistadas, em salários mínimos per capita, Diamantina (urbana e rural), Vale do Jequitinhonha/MG, 2012-2013.

<i>Faixas de Renda do Programa BF (renda familiar per capita)</i>	<i>Número de famílias</i>
R\$ 70,00	09
R\$ 70,01 a 140,00	15

Fonte: Elaboração própria a partir dos resultados da pesquisa.

Muitas das famílias recebiam menos de um salário mínimo por mês ou mesmo apenas o benefício do Programa Bolsa Família. As mulheres exerciam atividades remuneradas de *baixa qualificação profissional*, algumas das quais muito esporadicamente, em função da pouca oferta de oportunidades na cidade, sobretudo as que residiam na área rural. Este fato gerava sentimentos de intranquilidade e incerteza: “*eu fico preocupada porque não tem emprego*”; “*eu me preocupo com o futuro*”; “*eu queria trabalhar mas não tem trabalho aqui*”; “*é muito difícil achar serviço*”. As atividades desempenhadas pelas mulheres eram em sua maioria no setor de bens e serviços atuando como diaristas, faxineiras, domésticas, manicures, babás, merendeiras e serventes de escola. Apenas uma entrevistada exercia atividade agrícola e duas estavam desempregadas havia pelo menos um ano. A esse respeito, vale ressaltar que houve unanimidade nos discursos sobre a questão da precariedade do trabalho na cidade tanto no meio urbano como na área rural.

Atualmente estudos empíricos aprofundados contribuem para melhor compreender as repercussões da globalização sobre a qualidade e a quantidade de empregos e têm revelado uma *precarização* do trabalho feminino não apenas no Brasil, mas em todo o mundo (8). Particularmente no Brasil, desde meados dos anos de 1990, têm-se verificado maiores taxas de desemprego entre as mulheres. De acordo com a Pesquisa Mensal de Emprego realizada pelo IBGE (9) no mês de janeiro de 2013, a proporção de mulheres *economicamente não ativas* era de quase o dobro (63,4%) do observado entre os homens (36,6%). Para alguns autores (8) (10) o mercado de trabalho das mulheres no Brasil apresentou um comportamento antagônico.

Se por um lado os avanços são evidentes com a maior participação das mulheres no mercado de trabalho desde a metade da década de 1970, de outro lado é notável o aumento do desemprego e da *precarização* do emprego feminino, sobretudo entre os grupos com menor escolaridade. Uma das consequências desse duplo processo é a exacerbação das desigualdades sociais, constatada tanto entre o grupo masculino quanto entre as mulheres. Nesta dinâmica é possível verificar o impacto da escolaridade na qualidade do emprego feminino. Assim, enquanto as mulheres com melhor nível de instrução conquistaram bons empregos e assumiram cada vez mais carreiras e profissões de prestígio, as mulheres com menor nível de instrução tendem a assumir atividades ocupacionais precárias e informais. Nessa bipolarização dos empregos, um dos polos é constituído por parcela considerável de mulheres que exercem profissões consideradas pouco valorizadas socialmente, ou seja, de baixa qualificação e remuneração (8) (10) (11) conforme também pude constatar nas mulheres entrevistadas. Soma-se a este perfil de trabalho feminino, a sobrecarga de atividades desempenhadas pelas mulheres que realizam majoritariamente as tarefas domésticas. Apesar das profundas transformações observadas nas famílias contemporâneas, as mulheres permanecem, em geral, como as principais responsáveis pelas atividades do lar, sobretudo no que diz respeito às práticas manuais ou rotineiras – como lavar roupa ou limpar a casa. E, especialmente, assumem mais os cuidados com os filhos menores e demais familiares. Os homens normalmente se envolvem em tarefas domésticas específicas, tais como as de manutenção ou conserto de maneira eventual e em atividades interativas na interseção entre o espaço público-privado, incluindo fazer as compras da casa, levar os filhos ao médico ou ajudá-los nos deveres escolares (10) (12) (13).

Frente a este cenário é possível identificar algumas estratégias femininas na esfera do trabalho para conciliar todas essas tarefas diárias (14). Para Lavinas (15) existem duas vertentes explicativas para essa situação: uma delas considera que, para conciliar o trabalho doméstico, a carreira e a família, a solução para as mulheres tem sido aceitar ocupações secundárias. Por isso mesmo, observa-se por parte de alguns grupos de mulheres, a revalorização do espaço privado e familiar, domínio feminino por excelência. Esse recuo

parece se justificar em função das dificuldades reais de compartilhar as tarefas domésticas. Todas as pesquisas sobre o uso do tempo demonstram que, com a presença de crianças no domicílio, o tempo consumido nas tarefas cotidianas da casa é muito superior para as mulheres do que para os homens. Assim, para elas, as escolhas secundárias configuram-se como a modalidade ideal de conciliação entre trabalho remunerado e mundo doméstico. Jornadas mais curtas, que forçosamente implicam menos responsabilidades, permitem às mulheres dispor de tempo para encaixar a dupla jornada de trabalho. Opostamente existe uma vertente, formulada pelo pensamento crítico feminista, que contesta a visão da “desutilidade” do trabalho feminino remunerado e da carreira profissional para as mulheres. Para essa vertente crítica não se trata de ceder às trajetórias “*second best*”, mas de investir no trabalho e na profissão com todos os ônus que isso impõe (15).

Importante destacar que neste estudo entrevistei somente mulheres, especialmente porque eram elas que apresentavam diagnóstico de obesidade na família. Durante o trabalho de campo me deparei apenas com um homem obeso, que devido a problemas mentais não pôde ser incluído na pesquisa. Nos demais domicílios não encontrei homens ou crianças com excesso de peso. Esse fenômeno reforça os resultados estatísticos oficiais que evidenciam que a problemática da obesidade entre os mais pobres no Brasil é um fenômeno mais frequente no grupo feminino quando comparado com o masculino. Soma-se a este fato o reconhecimento de que as mulheres são, de fato, a clientela que mais utiliza os serviços públicos de saúde no País (16).

Na dimensão ainda do trabalho, observei um deslocamento intenso no trajeto “casa-trabalho”. As mulheres realizavam esse percurso, sobretudo “a pé”. Somente duas entrevistadas disseram fazer uso do transporte público com regularidade. Andar “a pé” é uma atividade frequente e habitual na cidade já que o transporte público é ineficiente. Durante as entrevistas as mulheres sinalizaram diversas vezes esta questão: “*não tem (transporte)*”; “*sábado não passa*”. Vale sinalizar que os bairros onde a pesquisa se realizou eram relativamente distantes do centro histórico da cidade, onde se concentra a maior oferta de trabalho, comércio e de serviços. Na área urbana os bairros localizavam-se a cerca de 30 a 40 minutos (“a pé”) do centro histórico. Na área

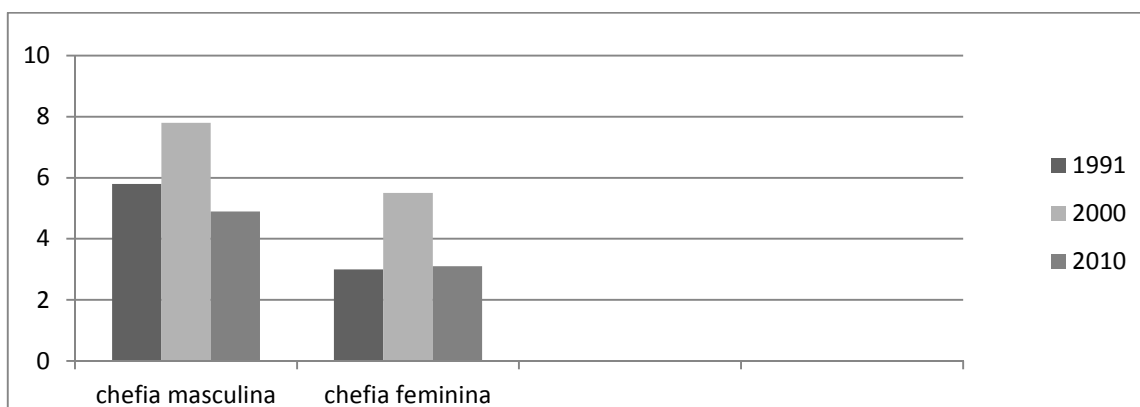
rural esse tempo dobrava: 60 a 180 minutos e não havia transporte público nessas localidades. A respeito do tempo de deslocamento “casa-trabalho”, a pesquisa realizada por Pereira & Schwanen (17) do Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada (IPEA) revelou que os trabalhadores de baixa renda fazem deslocamentos, em média, 20% mais longos do que os mais ricos, e 19% dos mais pobres gastam mais de uma hora nesse deslocamento contra apenas 11% dos mais ricos. Além deste fato, a cidade de Diamantina apresenta uma geografia singular, própria das cidades históricas brasileiras, com o predomínio de ladeiras bastante íngremes. Isso revela que há um dispêndio intenso de energia pelo grupo no seu cotidiano.

Com relação aos arranjos familiares, observei que a maior parte das famílias entrevistadas era do tipo “*casal com filhos*” e “*monoparentais*” (aqueles que são chefiados por mulheres, sem cônjuges e com filhos). De acordo com os dados do *Censo 2010* (18), essa é uma das novas tendências nas dinâmicas familiares brasileiras. No período de 2000 a 2010 houve um crescimento expressivo das famílias cuja principal responsável é a mulher. Os motivos para esse aumento podem ser creditados a uma mudança de valores culturais, relativa ao papel da mulher na sociedade com o ingresso no mercado de trabalho, instabilidade conjugal, aumento da escolaridade, maior liberdade, protagonismo social e, ainda, a diminuição do número de filhos.

A *chefia feminina* é uma situação vivenciada por mulheres pertencentes a diferentes classes sociais no Brasil (19). No entanto é uma dinâmica preocupante para os setores mais empobrecidos da população, em razão do “*alto grau de discriminação que sofrem as mulheres no mercado de trabalho onde recebem rendimentos menores por desempenharem atividades menos qualificadas*” (Lavinas, 1996:464) (20). As mulheres “chefes do domicílio” com menor nível de escolaridade participam menos do mercado de trabalho e têm níveis de renda mais baixos (21). De fato, as estatísticas oficiais apontam que há uma posição desigual na renda familiar dos domicílios *monoparentais* (18). Em geral, os homens responsáveis pelos domicílios têm melhores rendimentos do que as mulheres na mesma condição (*Gráfico 5*). O *Censo 2010* constatou que mais de 20% das mulheres responsáveis pelos domicílios não tinham nenhum tipo de rendimento. Situação que revela a vulnerabilidade social

dessas famílias. Importante destacar que nesta pesquisa verifiquei claramente uma maior precariedade nas condições gerais de vida nos arranjos domiciliares cuja chefia era feminina. Nestes ambientes era frequente constatar situações de *precarização* do trabalho, insegurança alimentar, vulnerabilidade social, instabilidade econômica, menor acesso a bens e serviços, condições precárias nas habitações, ausência de uma rede de apoio social, entre outras circunstâncias que tornavam essas famílias bastante fragilizadas socialmente.

Gráfico 5: Rendimento médio domiciliar, em salários mínimos, nos domicílios chefiados por homens e mulheres no Brasil de acordo com os Censos Demográficos dos anos de 1991, 2000, 2010:



Fonte: IBGE, Censo Demográfico, 1991, 2000, 2010.

Esse fenômeno pelo qual algumas mulheres brasileiras, ao longo das últimas décadas, vêm se tornando mais pobres do que os homens é definido por alguns autores como “*feminização da pobreza*”¹, a qual atribui esta dinâmica ao aumento no número de famílias pobres chefiadas por mulheres. Para alguns autores, a pauperização nas condições de vida dessas mulheres relaciona-se fundamentalmente à menor capacidade de ganho de rendimento pelo grupo, ocasionada por diversos fatores, incluindo a condição de gênero, a classe e a cor e/ou raça (20) (21). Contudo, alguns trabalhos criticam essa visão predominante e homogênea construída em torno das mulheres chefes de família (19). Sob este prisma é preciso considerar que a chefia feminina é uma

¹ Este conceito foi proposto por Diane Pearce no ano de 1978 (22), a qual atribui este fenômeno ao aumento no número de famílias pobres chefiadas por mulher.

situação vivenciada por mulheres pertencentes a diferentes realidades sociais, e revela, em muitas situações, mudanças positivas na trajetória de vida do grupo. Em especial, podemos assinalar a liberdade de se inserir em uma diversidade de modelos de família e estilos de vida; mudanças nas posições de poder; aumento do protagonismo social, dos níveis de escolarização e maior participação no mercado de trabalho. Todas essas transformações parecem ter impacto favorável na qualidade de vida dessas mulheres (19).

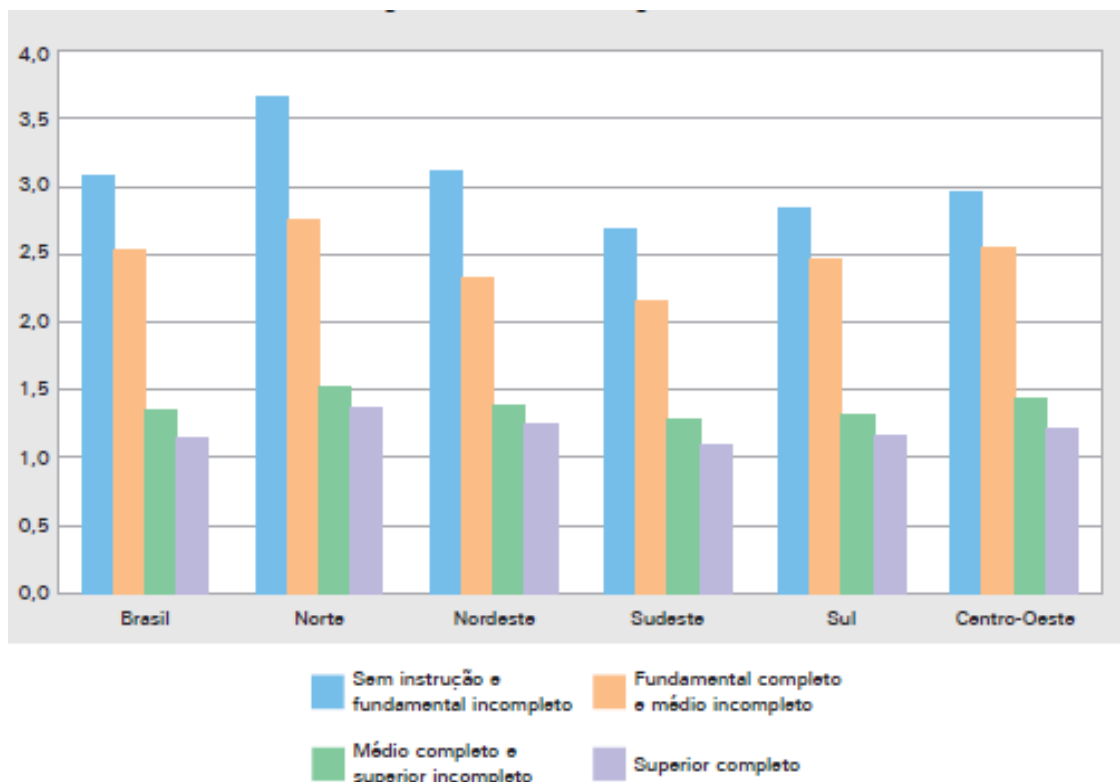
Neste estudo, verifiquei que a média de filhos encontrada foi relativamente semelhante aos resultados obtidos no *Censo 2010*, conforme ilustra a *Quadro 6*. As mulheres tinham em média: 2 a 4 filhos/cada uma. A esse respeito, de acordo com os dados do IBGE, há uma *relação diretamente proporcional entre a taxa de fecundidade e o nível de instrução no grupo feminino (Gráfico 6)*. Em geral as mulheres com nível de escolaridade superior apresentam uma taxa de fecundidade 62% menor do que o grupo das mulheres sem instrução e/ou ensino fundamental incompleto (18).

Quadro 6: Taxa de fecundidade total, por situação do domicílio, segundo as Grandes Regiões, Brasil.

<i>Grandes Regiões</i>	<i>2010</i>		
	Total	Urbana	Rural
Brasil	1,90	1,79	2,63
Norte	2,47	2,21	3,43
Nordeste	2,06	1,89	2,65
Sudeste	1,70	1,67	2,24
Sul	1,78	1,72	2,20
Centro-oeste	1,92	1,86	2,67

Fonte: IBGE (18).

Gráfico 6: Taxas de fecundidade total, por nível de instrução das mulheres, segundo as Grandes Regiões, Brasil, 2010:



Fonte: IBGE (18).

Observei ainda a presença de netos menores de cinco anos nessas famílias. Perfil que aumenta o grau de dependência e fragilidade desses arranjos familiares. Segundo a Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar - PNAD (22) a presença de crianças nos domicílios é um indicativo de vulnerabilidade nos arranjos mais pobres, sobretudo aqueles chefiados por mulheres, pelo fato de contar com menos um provedor no lar. Ainda segundo a PNAD, neste perfil, destaca-se uma sobrerrepresentação de provedores de cor ou raça preta ou parda, além de baixa escolaridade da pessoa de referência. Perfil que se aproxima das famílias entrevistadas neste estudo.

Vale ressaltar que a cidade de Diamantina conta com poucas creches públicas. Por essa razão, verifiquei que muitas mulheres, especialmente as com mais idade, assumiam os cuidados dos netos menores para que suas filhas

pudessem trabalhar. Essa é uma questão bastante problemática na superação da pobreza na cidade e na Região, especialmente entre os mais pobres. De fato há no Brasil um déficit na cobertura de creches públicas e isso dificulta demasiadamente a entrada e a permanência das mulheres no mercado de trabalho. Neste sentido, muitas mulheres precisam contar com a ajuda de parentes ou pagar outras pessoas (geralmente as vizinhas de bairro) para cuidarem de seus filhos menores. A esse respeito, mais recentemente algumas iniciativas governamentais têm sido implementadas, com o objetivo de superar este déficit na educação infantil brasileira. No ano de 2012, o Governo Federal criou o programa *Brasil Carinhoso*, cujo objetivo é beneficiar aproximadamente 2 milhões de famílias que tenham crianças com 0 a 6 anos de idade. O **programa integra** o Bolsa Família e visa atender famílias que se encontrem em extrema pobreza. Inclui em suas ações a ampliação de serviços de educação infantil à população mais pobre, fornecendo incentivos financeiros aos municípios para ampliar o número de vagas nas creches públicas, para crianças com até 4 anos de idade, especialmente as beneficiárias do programa Bolsa Família (23). No entanto são grandes os desafios para atingir essa meta. O governo pretende construir seis mil creches até o fim do ano de 2014, mas em 2013 foram entregues somente 1.180 creches. O déficit de creches públicas é significativo no País. O Ministério da Educação estima que menos de 25% das crianças de zero a três anos de idade estejam matriculadas em creches públicas no Brasil (24). Isso representa oito milhões de crianças dessa faixa etária excluídas do sistema educacional. Não há dúvidas que nas últimas décadas houve avanços significativos na cobertura da educação pública no País com a relativa universalização do acesso ao ensino fundamental, especialmente em função dos programas sociais, mas as melhorias nos indicadores educacionais ainda são muito irrisórias. Este panorama na educação pública do País não é uma situação pontual. Na verdade ele representa uma dívida social histórica que requer muito mais do que investimentos econômicos para a ampliação do acesso a creches e à educação pública. Para além da garantia do acesso é fundamental garantir a qualidade da educação ofertada pelo Estado, por intermédio de políticas educacionais que possam intervir de forma ampla na organização e administração do sistema educacional do País, incluindo investimentos na

qualificação dos professores, melhorias nas condições de trabalho e valorização da carreira desses profissionais.

Com relação ao consumo da merenda escolar, a maioria das mulheres revelou que os filhos consumiam com regularidade a alimentação oferecida na escola. Em geral a merenda oferecida era composta de preparações típicas e regionais, tais como: “arroz temperado”; “feijão tropeiro”; “canjica”; “leite com biscoito”, “mingau”; “sopa de legumes”, entre outras. Neste sentido vale ressaltar que, embora as escolas municipais tenham autonomia para a compra de alimentos, observam-se dificuldades operacionais e financeiras para a aquisição de alimentos frescos (sobretudo proveniente da agricultura família local), implantação de cantinas saudáveis e ações de educação nutricional. Neste contexto, a universidade federal local, por intermédio do Curso de Nutrição, estabeleceu convênio com as escolas municipais e estaduais da área urbana da cidade, para realizar os estágios supervisionados nas áreas da alimentação coletiva e nutrição social. Neste sentido, são realizadas ações de acompanhamento nutricional dos escolares e dos funcionários, ações educativas com as merendeiras, professores e os alunos, monitoramento das condições de higiene dos utensílios, equipamentos, bem como avaliação da merenda escolar oferecida, pesquisas na área da nutrição com ênfase na promoção da saúde e da alimentação saudável no contexto das escolas, com vistas à prevenção e a intervenção de distúrbios nutricionais, especialmente da obesidade, tendo em vista o crescimento do excesso de peso no grupo infantojuvenil no País.

5.2 Condições do Domicílio, Acesso a Bens e Serviços, Infraestrutura e Lazer

Informações sobre a *estrutura dos domicílios* revelaram que todas as habitações eram do tipo “casa”. Em sua grande maioria essas casas eram “próprias”, e por essa razão os domicílios foram definidos como domicílios “permanentes”, utilizando o critério proposto pelo *Censo 2010* do IBGE (18). O tipo de construção das casas era predominantemente a “alvenaria” (com ou sem acabamento externo ou interno, fato que se relaciona com a questão do

bem-estar e da saúde dos moradores, sendo um importante indicador da qualidade da habitação). As habitações tinham em média três a cinco cômodos e todas possuíam banheiro em seu interior. Este perfil se aproxima do verificado pelo *Censo 2010*. Os domicílios eram bastante heterogêneos: alguns simples, limpos e equipados. Outros sem acabamento interno e/ou externo, sem mobiliário, com precárias condições de higiene, limpeza e organização geral. Notadamente, uma das faces mais dramáticas da pobreza e da exclusão no *Vale* eram as condições de moradia e de infraestrutura que se revelaram extremamente precárias (25).

Todas as residências eram assistidas pela rede geral de energia elétrica. De acordo com o *Censo 2010*, o fornecimento de energia elétrica por companhias de distribuição é o serviço mais abrangente e que alcança quase a totalidade dos domicílios do País, principalmente os do Sudeste (99%). O abastecimento de água (com canalização interna) foi verificado em todas as residências, ainda que com irregularidades no abastecimento: “às vezes falta”; “falta um ou dois dias”. Por essa razão consideraram o serviço oferecido como: “bom”. A prestação de serviço de abastecimento de água por rede geral está associada à qualidade de vida dos moradores por representar maior grau de conforto e um fornecimento de água de melhor qualidade (18).

A cobertura da rede de esgoto foi verificada apenas na área urbana da cidade. Nesta região da cidade as famílias contavam com uma rede coletora. Entretanto na área rural, as famílias utilizavam a *fossa séptica* não ligada à rede coletora de esgoto, ou faziam uso de uma *fossa rudimentar* (fossa negra, poço, buraco, vala, rio). Em função disso, as mulheres da área rural consideraram o serviço “*péssimo*” ou “*ruim*”: “*não tem esgoto*”; “*ruim é o mau cheiro que fica aqui*”. Segundo o *Censo 2010* (18), do conjunto de indicadores de saneamento básico, o esgotamento sanitário foi o que apresentou os índices mais insatisfatórios na garantia de melhorias nas condições de moradia e saúde da população brasileira, sobretudo na Região Nordeste e no meio rural. Por outro lado, a coleta de lixo era realizada por empresa pública com relativa regularidade, especialmente na área urbana da cidade: “*eles recolhem o lixo*”. Algumas queixas relacionadas à pouca assiduidade nesta coleta foram

registradas: “*demora a passar*”; “*passa duas vezes por semana*”. Contudo, em dois distritos da área rural da cidade (*Fazenda Santa Cruz e Vaú*), onde realizei o estudo, não havia coleta de lixo. As famílias tinham como prática “queimar” ou “enterrar” os resíduos. No ano de 2010, o serviço de limpeza por meio das coletas direta ou indireta de lixo apresentou o desempenho mais significativo, variando entre 74,4%, na Região Norte e 95,0% na Região Sudeste do País (18). Frente a esse padrão, os domicílios investigados foram classificados como *adequados* (com abastecimento de água e esgoto por rede geral, coleta de lixo e com até dois moradores por cômodo) e *semiadequados* (domicílios com pelo menos uma das condições adequadas), de acordo com os critérios estabelecidos pelo *Censo 2010*.

Segundo o IBGE, a qualidade da habitação tem forte associação com a cor/raça no Brasil. No ano de 2010, 63% dos indivíduos brancos no País viviam em domicílios classificados como *adequados* e menos da metade dos pretos (45,9%) e dos pardos (41,2%) viviam na mesma condição habitacional, revelando dessa maneira que a moradia é um importante instrumento para medir as desigualdades sociais no Brasil (18). Com relação ao *serviço público de saúde*, as falas foram bastante contraditórias. Para algumas famílias o serviço foi considerado “ótimo” ou “bom”. E para outras famílias ele foi “péssimo” ou “ruim”. As maiores queixas relacionavam-se ao número reduzido de médicos e às enormes dificuldades encontradas para a marcação de consultas e a realização de exames médicos.

No que refere a bens de consumo, observei predominantemente o uso do “fogão” portátil nos domicílios e do gás de “botijão”. Só encontrei um “fogão de alvenaria” na área rural da cidade, revelando que o tradicionalismo do uso do “fogão a lenha” parece ir desaparecendo na Região, uma prática que era muito peculiar das “casas mineiras”, especialmente as do interior e das áreas rurais. As famílias em sua grande maioria não faziam uso da telefonia fixa (telefone fixo convencional), mas todas utilizavam a telefonia móvel (telefone móvel celular). Fato que revela a disseminação da telefonia móvel, que parece substituir, pouco a pouco, o telefone fixo, conforme constatou o *Censo 2010*. De acordo com a Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar – PNAD (26), 70%

da população brasileira acima de 10 anos de idade tem celular, o que representa um total de mais 115 milhões de pessoas, incluindo a população pobre do País.

Em todos os domicílios onde as famílias foram entrevistadas verifiquei a presença de televisão e geladeira. O microcomputador estava presente em 30% dos lares, no entanto, apenas 10% tinham acesso à *internet*. Ainda de acordo com a PNAD, no Brasil há 77 milhões de pessoas conectadas à *internet*. E entre os anos de 2009 e 2011, o número de usuários de *internet* cresceu 14,7% (22). Entretanto, entre os pobres, a expansão parece ocorrer mais lentamente. A esse respeito, para Tilly (27) um dos mecanismos de manutenção das desigualdades sociais no cotidiano das pessoas nas sociedades contemporâneas (“digitalizadas”, “conectadas” e “informatizadas”) é o acesso à tecnologia e à informação. Assim, o baixo acesso à *internet* nestes segmentos limita as chances e as oportunidades desses indivíduos a melhores ofertas de trabalho, conhecimento técnico-científico, informação, entretenimento, entre outros constrangimentos.

Com relação às atividades de lazer realizadas pelas mulheres nesses raros momentos (em que disseram ficar “à toa”) foram mencionadas: a realização de 1) *atividades manuais com ou sem fins lucrativos* (“eu vou costurar, vou tecer”; “eu gosto de costurar umas coisinhas assim para os outros e conserto roupa”; “eu costumo é cuidar dos canteiros”); 2) *convívio familiar com filhos e netos* (“eu brinco com os meninos”; “quando eu estou com tempo eu vou conversar com a minha filha”; “eu fico brincando com os meus netos porque eu gosto de brincar com eles. Fico jogando bola, levo eles pra passear na quadra”); o 3) *descanso físico* (“deito no sofá”, “tiro um cochilo”, “durmo um pouquinho”). E principalmente 4) *assistir televisão* (“quando eu tenho um tempinho pra assistir televisão eu gosto”; “deito e assisto televisão”; “vou assistir televisão, ver um filme”). Dessa forma, *assistir televisão* pareceu ser a modalidade de lazer mais comumente utilizada pelo grupo, por ser uma forma econômica, segura e disponível. Além disso, segundo Da Matta (1997:73) (28) tudo o que remete ao uso, cuidado e recuperação do corpo, e que como consequência implica descanso e renovação está ligado ao mundo doméstico e íntimo da casa.

As dificuldades das mulheres para conciliar as responsabilidades domésticas, familiares, profissionais e o tempo gasto com o deslocamento “casa-trabalho”, ficavam evidentes nas raras horas mencionadas para o período de *descanso, lazer e cuidados pessoais*: Conforme descrito nos relatos a seguir:

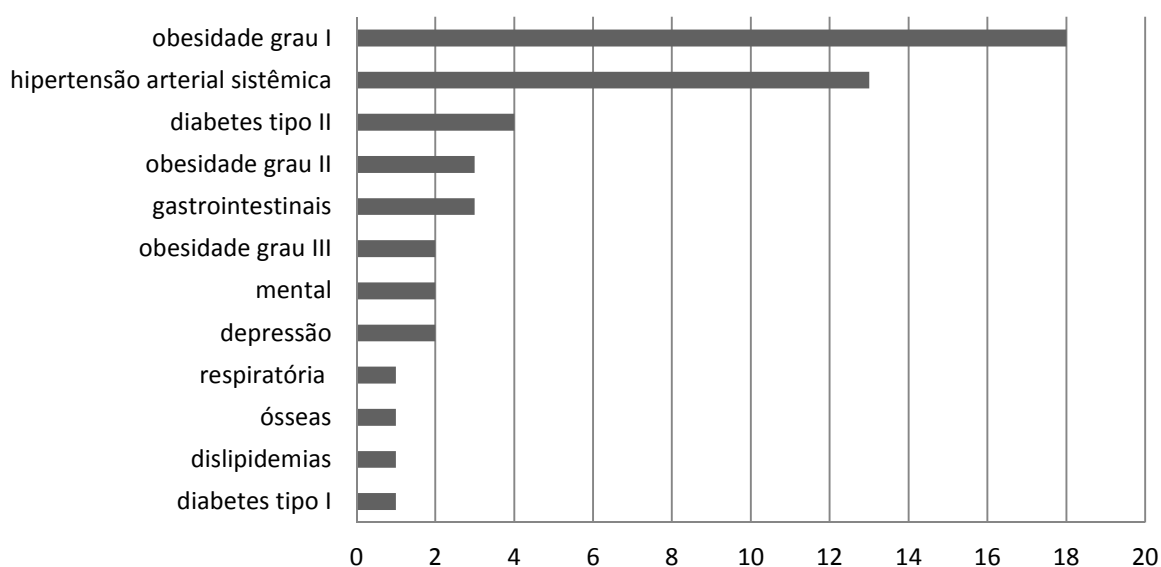
“Eu tenho pouco tempo livre!”(AM)

“É muito difícil eu ter um tempo livre. Tem dias que passo o dia todo sem sentar. Eu tenho muito serviço (...) Então é muita coisa! É muito difícil. É muito difícil eu ter tempo livre!”. (L).

5.3 O Perfil de Obesidade e as Condições de Saúde das Mulheres

O perfil de obesidade das mulheres revelou a ocorrência de *obesidade de grau I* (IMC 30,0 a 34,9 kg/m²) em 18 mulheres; *obesidade de grau II* (IMC 35,0 a 39,9 kg/m²) em 03 mulheres e *obesidade de grau III* (IMC $\geq$ 40 kg/m²) em 02 mulheres, de acordo com os critérios estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde (29). As adolescentes apresentaram diagnóstico de obesidade utilizando o indicador IMC/Idade > P85 adequado para essa faixa etária (29). Dessa forma foi possível identificar que a maior parte das mulheres entrevistadas apresentava o primeiro grau de obesidade. Além da frequência de excesso de peso, verifiquei a presença de outras doenças que me foram relatadas pelo grupo durante as entrevistas, conforme descrevo no *Gráfico 7*.

Gráfico 7: Frequência (nº) de obesidade e outras doenças nas famílias entrevistadas, Diamantina, Vale do Jequitinhonha/MG, 2012 - 2013:



Fonte: Elaboração própria a partir dos resultados da pesquisa.

Nota-se claramente que as três principais morbidades encontradas no grupo são de natureza crônica e estão relacionadas com o excesso de peso – obesidade, hipertensão arterial sistêmica e diabetes do tipo II. Esse perfil de saúde segue as tendências mundiais com o incremento de agravos crônicos decorrentes do processo de transição epidemiológica e nutricional observado em todo o mundo e, por consequência, a *complexificação* dos problemas de saúde na atualidade (30).

A esse respeito, dados da pesquisa *Vigitel – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico* (31) revelou que 23% dos adultos brasileiros apresentavam hipertensão arterial sistêmica (HAS). A frequência da doença foi ligeiramente maior em mulheres (25,5%) do que em homens (20,7%). Além disso, em ambos os sexos verificou-se que os indivíduos com menor escolaridade (até 8 anos de estudo) foram os que mais relataram o diagnóstico da doença. Entre mulheres verificou-se uma associação inversa entre nível de escolaridade e diagnóstico da HAS: enquanto 34,8% das mulheres com até oito anos de escolaridade apresentavam hipertensão arterial, a mesma condição foi observada em apenas 13,5% das

mulheres com doze ou mais anos de escolaridade. No que diz respeito ao excesso de peso, a *Vigitel* constatou que 13% dos adultos do País apresentavam obesidade, sendo 14% homens e 15,5% mulheres. O diabetes do tipo II foi prevalente em 6,3% da população adulta, sendo também maior em mulheres (7,0%) do que em homens (5,4%). E em ambos os sexos, a prevalência foi mais significativa nos indivíduos com menor escolaridade, ou seja, com até oito anos de estudo (6,1% para os homens e 9,8% para as mulheres). O perfil de saúde encontrado nesta tese revelou ser muito semelhante ao constatado em outro estudo com famílias beneficiadas por programas sociais no Brasil (32). Tal perfil torna essas famílias dependentes de atenção integral à saúde com regularidade, incluindo o acesso a serviços médicos, exames e medicamentos, entre outros procedimentos clínicos.

5.4 “Por um Fio”: a liquidez das redes de proteção social das famílias no Vale do Jequitinhonha/MG

Neste estudo, observamos que ser responsável pela manutenção econômica da família e/ou pelos cuidados com a casa e os filhos, gerava uma sobrecarga física e emocional importante para essas mulheres. Assim a sensação de insegurança sobre como ganhar a vida, somada à ausência de uma rede social confiável, capaz de tornar essa situação menos penosa é como afirma Bauman (2000:28) (33): *“um duro golpe no coração mesmo da política da vida”*.

As famílias que entrevistei estabeleciam redes sociais menores, locais e menos variadas, do tipo “*primárias*”, ou seja, bastante restritas ao próprio núcleo familiar (34). Tradicionalmente a estrutura fundamental da sociabilidade dos pobres vincula-se a um sentimento de localidade decorrente da proximidade física, convivência e cooperação onde estão muito presentes as práticas de auxílio mútuo (35) (36). Esse perfil de sociabilidade explica, em parte, a produção da pobreza e das desigualdades sociais no grupo, tendo em vista que os tipos de sociabilidade se associam fortemente à possibilidade de os indivíduos terem trabalho, algum grau de proteção social e menor precariedade (2).

Os padrões relacionais das famílias entrevistadas estavam baseados em relações de solidariedade estabelecidas com a “família”, com o núcleo familiar mais próximo (pai, mãe, irmão, sogra) através do que chamavam de “ajuda”. As mulheres costumavam recorrer a esses parentes nos casos de doença na família, falta de dinheiro para a compra de medicamentos e auxílio nos cuidados com os filhos: *“normalmente a ajuda é olhar um menino”; “dinheiro algumas vezes a gente pega, sim”; “se eu preciso de um remédio minha mãe me ajuda”*. Tais situações são intrinsecamente sociais, pois é através delas que essas famílias estabelecem relações de confiança, reciprocidade e intimidade (2).

As mulheres demonstraram resignação com a vida que levavam: *“não dá para querer muito, é preciso aceitar a vida que Deus nos deu”*. Demonstaram, em sua maioria, gostar da casa e do bairro em que vivem, mesmo com tantas faltas e tanta precariedade, sobretudo por um único motivo: a tranquilidade. De acordo com os relatos:

“Aqui é muito sossegado. De noite você tem sossego, não tem barulho, então, eu acho que pra mim está bom”
(T).

“Aqui é calmo não tem muita bagunça” (MC).

No entanto, algumas mulheres se queixaram da baixa rede de serviços oferecidos nos bairros e a falta de locais para o lazer e o convívio social: *“bom é só no centro da cidade”; “falta uma farmácia para comprar um remédio”; “não tem nada pra fazer, não tem lazer no bairro”*. Neste aspecto, observei uma maior insatisfação por parte das mulheres da área rural da cidade. De acordo com elas, faltam oportunidades, sobretudo de trabalho e de lazer na Região. Dentro dessa realidade local, tentei analisar a percepção dos 24 entrevistados e dos trinta participantes dos três grupos focais acerca do *papel do Programa Bolsa Família* nas suas condições gerais de vida, incluindo a questão do acesso à alimentação.

A respeito do *Bolsa Família* informações recentes divulgadas no ano de 2013, estimam que a sua cobertura foi de mais de 13 milhões de beneficiários (13.872.243). A média do benefício oferecido foi de 149 reais. Atualmente são

50 milhões de pessoas cobertas pelo Programa (quase 40% da população do País). A previsão orçamentária do Bolsa Família para o ano de 2013 é de quase 25 bilhões de reais (37) (38). Contudo, esse volume de recursos orçamentários destinado ao programa ainda pode ser considerado relativamente modesto, uma vez que representou aproximadamente 0,35% do produto interno bruto (PIB) no ano de 2006 (39). Por outro lado, há uma ampla literatura documentando a contribuição do BF no combate à desigualdade de renda no Brasil (40) (41) (42) (43). Estima-se que no período de 2004-2006 o PBF contribuiu com 20% desta redução em função da progressividade dos benefícios ofertada e à focalização deles (39).

Outras informações acerca do Programa revelam que ele já atende a segunda geração de beneficiários. E neste trabalho encontrei esta situação em apenas uma das mulheres entrevistadas. Quando criança, essa titular foi beneficiária do Programa BF e hoje assume a “chefia do lar” para manter seus dois filhos na área rural da cidade. Interessante destacar que embora essa entrevistada apresente mais escolaridade que a mãe (concluiu o ensino médio), encontra-se desempregada e vivendo de pequenos “bicos” (mal remunerados), realizando faxinas esporádicas tal como a trajetória de vida da mãe. O destino parece ser, em certa medida, o mesmo. Dessa maneira, o aumento do nível de escolaridade não pareceu impactar a vida dessa beneficiária no que diz respeito a sua inserção no mercado de trabalho local. Em parte, porque a questão do desemprego na Região é crítica e estrutural. De fato trata-se de um entrave histórico considerável. Por outro lado, é preciso questionar em que medida concluir o ensino médio torna esses indivíduos aptos a empregos qualificados e bem remunerados em uma sociedade cada vez mais competitiva. Ou seja, aqui parece perpetuar a pobreza com a destituição de capacidades igualitárias que habilite os mais pobres a chances reais de inserção social na sociedade contemporânea (27) (44). Além disso, me pergunto em que medida não encontrar um emprego digno, apesar dos anos dedicados à conclusão dos estudos, pode afetar negativamente a vida dessa segunda geração. Assim, constatar que a aposta em um “futuro melhor” não deu “tão certo” pode ser bastante frustrante para esse público. E quais seriam as consequências na autoestima e na qualidade de vida dessas pessoas? Um estudo sobre a

trajetória de vida da segunda geração de beneficiários do BF poderia ser útil, a fim de identificar “portas de saída” mais concretas para a pobreza na Região. Foi possível perceber, entretanto, que a maior escolaridade da beneficiária parece ter impacto na sua concepção geral sobre a vida e principalmente nos cuidados gerais com os filhos. A beneficiária demonstrou muita responsabilidade e zelo por seus dois filhos. E ainda uma preocupação com a qualidade da educação oferecida na única escola disponível na área rural da cidade.

Ainda com relação ao BF, verifiquei neste trabalho questões importantes relacionadas aos três eixos do Programa. Dessa forma pude verificar que a *transferência de renda* não transcorria de maneira uniforme para algumas das famílias beneficiadas. As intercorrências estavam relacionadas, especialmente, às alterações nos valores dos benefícios sem aviso prévio e sem os devidos esclarecimentos aos titulares do Programa. Estas situações acarretavam no grupo sentimentos de incompreensão, incerteza e desconfiança em torno da lógica de funcionamento do Programa, fragilizando a relação de credibilidade com o BF:

“A única coisa que eu recebo é o Bolsa Família, era 134,00 reais; Aí de uma hora pra outra eu fui passar o cartão tinha 38 reais! É isso que eu recebo. Levei meus papéis todos de novo para ver, sabe? Tem mais de 6 meses que eu estou recebendo isso” (T).

Em algumas ocasiões tive que orientar as entrevistadas a buscar esclarecimentos nos órgãos competentes e informá-las que o benefício era um direito social adquirido e que por essa razão elas deveriam averiguar quaisquer alterações nos valores dos benefícios, bem como no cadastro do BF. A falta de um espaço de interlocução com a gestão do Programa na cidade ficou evidente. A prefeitura parece ser incapaz de criar espaços de encontro e de esclarecimentos sobre o Programa. De fato há um descompasso entre a realidade das mulheres e a postura das autoridades governamentais. Conforme sintetizam Leão Rego & Panzini (2013:187) (45): “a *mudez dos pobres é agravada pela surdez dos agentes públicos*”. Situação que reduz as chances de exercerem sua plena cidadania. Isso se reflete ainda na baixa inserção em

associações e sindicatos locais. Neste aspecto, verifiquei que apenas duas mulheres participavam ativamente de associações comunitárias.

A respeito dos direitos sociais é possível afirmar que apesar dos avanços, exercer plenamente a cidadania no Brasil é ainda uma prática muito complicada e desafiante (28). Dessa maneira, embora a “cidadania” faça parte do ideário da ética pública que diz que: “todos somos iguais perante as leis”, em muitas situações, não é assim que ela é vivida no cotidiano de vida das pessoas. Como afirmou Da Matta (1997:79) (28) *“a palavra cidadão é usada sempre em situações negativas no Brasil, para marcar a posição de alguém que está em desvantagem ou mesmo inferioridade: “(...) sabe-se que o tratamento universalizante é impessoal, utilizado para não resolver ou dificultar a resolução de um problema”*. No caso dos pobres essa questão é ainda mais complexa. Para além do aspecto social, educacional e econômico, que são entraves concretos na reivindicação por direitos sociais, existem elementos subjetivos relacionados à pobreza. Estes incluem a questão da invisibilidade, da mudez e da exclusão da cidadania (46). Observei por parte dos entrevistados uma pluralidade de sentimentos em torno da sua condição social ao falarem de sua situação enquanto pobres. Em algumas ocasiões, constatee a extrema vergonha e a baixa autoestima do grupo. Em outras, sentimentos de orgulho e de motivação que eram depositados na expectativa de um futuro mais promissor para os filhos, que, diferentes deles, frequentavam a escola com regularidade: *“acho bom porque eles estão tendo a oportunidade de estudar, de ir para a escola. Na minha época não era assim. Eu era criança e já ajudava mãe na roça”*.

Essa realidade complexa e multifacetada tem implicações na garantia dos direitos sociais do grupo. O BF é percebido pelo grupo como uma “ajuda” governamental. Ou seja, refere-se a um “complemento” ao orçamento doméstico das famílias tendo em vista que o que de fato deveria ser garantido pelo Estado é o direito à alimentação adequada. Assim, a concessão de uma renda que é considerada pelo grupo como “insuficiente” também não garante a cidadania alimentar desses indivíduos. Por essa razão, o recurso era utilizado para complementar o orçamento doméstico. Esta questão, que já foi

mencionada em outras investigações (45) (47) (48), emergiu nas falas das entrevistadas com frequência:

“Ah, o BF ajuda muito! Quando eu estou passando muito apertada, precisando comprar alguma coisa ele (BF) chega na hora certa. É muito importante na vida da pessoa que tem necessidade” (E).

“Para mim foi a maior ajuda que o governo deu para o meu lar” (AM).

“Eu gosto demais de receber, é uma “ajudinha” boa mesmo!” (G.)

Contudo, o uso do benefício do BF pareceu ser ambivalente. Para algumas famílias o benefício de fato parecia ampliar o poder de compra do grupo, permitindo adquirir novos itens, sobretudo aqueles relacionados à alimentação, ao vestuário e ao material escolar dos filhos. Neste aspecto, o Programa foi louvado por todas as entrevistadas, que conseguem perceber mudanças positivas em suas condições gerais de vida com o Programa:

“Eu acho que mudou bastante, não tem nem como falar não! Mudou bastante”; “Mudou porque eu posso tratar meus netinhos melhor” (C.).

“Mudou muito porque o BF me ajuda em muitas coisas. Eu posso comprar mais” (A.)

“Dá pra comprar mais verduras, carne, assim dá pra comer mais” (MA).

“Para mim melhorou foi tudo! Antes a gente não sabia se tinha almoço ou janta. Hoje o povo tem tudo, tem leite de graça. Pra mim melhorou. Antigamente isso era muito raro, era tudo muito difícil” (J.).

Para outras famílias, entretanto, o recurso era gasto fundamentalmente com itens relacionados à própria “sobrevivência” e “manutenção” da casa. Ou seja, o BF representava a única fonte de renda das famílias entrevistadas. Sem emprego fixo e muitas vezes sem realizar pequenos “bicos”, as famílias

dependiam somente do BF para pagar pelos serviços essenciais tais como – energia elétrica, abastecimento de água e gás: *“a gente gasta é com a despesa”; “pago a luz”; “compro o gás”; “um remédio”*. Especialmente, verificamos que o benefício era utilizado para a compra da alimentação da família: *“é bom porque quando só tem o dinheirinho para comprar o grosso a gente compra (com o dinheiro do BF) uma verdura, uma carne”; “às vezes um lanche para eles levarem pra escola”*.

Importante destacar que observei, em determinados depoimentos, dificuldades reais no acesso à alimentação adequada na rotina diária dessas famílias. Fato que expõe o grupo a situações penosas de insegurança alimentar, conforme já verificado em outros trabalhos (49) (50). Essa questão surgiu também nos *Grupos Focais*:

“Eu como é feijão, arroz, macarrão, carne e salada. O dia que tem! O dia que não tem eu fico sem comer!” (H.)

“Para mim a alimentação é a coisa mais importante! Pra mim hoje o que está mais acontecendo é: faltando alimentação na mesa do brasileiro” (A).

“Eu compro é arroz, feijão, macarrão. Faço (feijão) andú, faço angu, faço ensuado! Tudo! Se tiver fruta eu como, mas fruta é uma vez por mês! Eu como muito pouca fruta! Fruta e verdura lá em casa, ficamos sem elas, mesmo! Só de menino eu tenho cinco! Mais três adultos são oito! (C.)

“Tem hora que a gente não pode comprar aquelas coisas que a gente precisa (...) está tudo caro e a gente não tem condições de comprar” (MA).

Neste sentido, o Programa BF assume um papel fundamental para as famílias socialmente vulneráveis, porque “ameniza”, em algum grau, situações extremas de privação. De tal forma que para algumas das entrevistadas o benefício representava o *“fio que sustentava suas famílias”*, impedindo que elas vivenciassem situações de desfiliação e precariedade conforme os relatos que emergiram nos *Grupos Focais*:

“A minha família não passa necessidade por causa do Bolsa Família, ajudou muito a gente” (L.).

“Eu até falei assim, eu vou à reunião, porque eu não posso perder o Bolsa Família. Porque se eu perder o BF o quê que será de mim? Eu tenho que comprar a minha alimentação para eu me alimentar!” (A.).

“Eu não tenho como me sustentar. Eu só tenho o BF” (M.A.).

“O Bolsa Família é uma mão na roda! Eu estou sem trabalhar e é o que está me salvando!” (G.)

“O benefício ajuda. Para o meu filho (especial) tem ajudado bastante. Acho que se não fosse esse benefício acho que não tinha como eu cuidar dele (...) a gente tem que dar graças a Deus que tem essa ajuda” (C.).

“Eu trabalhava de faxina, aí com a pressão alta o povo não gosta de chamar a gente pra trabalhar. Fica difícil. Então o BF me ajuda, me ajuda a comprar as coisas para os meninos” (MF).

De fato, é bem possível que sem o recurso obtido pelo Programa essas famílias vivenciassem situações ainda mais difíceis (pobreza extrema, miséria, fome). Por essa razão, evidencia-se que o Programa não é uma medida suficiente para transformar a vida dessas famílias. Em outras palavras, isso significa dizer que o Programa parece não atingir o seu objetivo fundamental, que é combater a pobreza e promover a inclusão social dos beneficiários. A falta de um emprego regular na Região parece ser o principal entrave para melhorar as condições gerais de vida dessas famílias, sendo uma queixa recorrente das mulheres e de seus cônjuges.

Semelhantemente ao que constataram Leão Rego & Panzini (45) em seu estudo com famílias beneficiárias do BF, verifiquei que receber um benefício de forma regular tinha um impacto positivo na autoestima dessas mulheres, sobretudo, por oportunizar a obtenção de crédito no contexto local. Ser beneficiário e ter o cartão do Bolsa Família abriam, portanto, as portas (antes

fechadas) para o crédito na Região. Fato que parece minimizar situações extremas de falta de alimentos no domicílio. Algumas famílias disseram comprar “fiado” em mercearias e pequenas vendas com certa regularidade, especialmente as famílias que viviam na área rural. Outras disseram realizar empréstimos para a compra de bens duráveis. Esse comportamento, de alguma maneira, sinaliza mudanças ambivalentes para o grupo, tendo em vista que as mulheres sentem-se menos estigmatizadas ao adquirem uma maior respeitabilidade no espaço em que vivem, mas ao mesmo tempo ficam, em outras circunstâncias, endividadas. Nesta direção, apesar de verificar “em campo” que o benefício era utilizado de forma ética e coerente pela grande maioria das mulheres, algumas delas disseram estar recebendo um valor ínfimo do recurso, em função de inúmeros empréstimos realizados. Foi muito comum observar que as mulheres, sobretudo as mais velhas, realizavam empréstimos e financiamentos para a compra de bens duráveis para os filhos e/ou netos. Sem dúvida, a ampliação nas formas de crédito para o público beneficiário do BF apresenta efeitos contraditórios e paradoxais que merecem ser melhor avaliados.

No que diz respeito ao segundo eixo do BF, o **acesso aos serviços públicos de saúde e educação**, constatei que as famílias beneficiadas atendiam as condicionalidades exigidas pelo Programa. Observei que a maior parte das crianças com mais de sete anos de idade estavam matriculadas nas escolas públicas e que todas as famílias estavam cadastradas na ESF. Contudo, informações acerca do impacto do BF na saúde dos beneficiários ainda são escassas. Mais recentemente, um estudo realizado no Brasil com crianças menores de cinco anos, beneficiárias do BF, constatou que o programa pode contribuir bastante para a saúde infantil, ao minimizar a mortalidade no grupo, especialmente as mortes que estão relacionadas com a pobreza, tais como a desnutrição e a diarreia (51). Em algumas entrevistas observei a percepção, por parte dos beneficiários, da importância do acesso aos serviços públicos de saúde:

“Eu acho que melhorou (serviço de saúde) com o programa. Acho porque menino que quase não ia ao posto de saúde, agora vai direto!” (M.)

“Eu venho para a pesagem, a consulta médica. Está ajudando a gente a se tratar!” (G.)

De acordo com o *Relatório de Condicionalidades do Programa Bolsa Família* (52), no primeiro semestre de 2010, o número de famílias beneficiadas no País era de 12,5 milhões. Destas, cerca de 11,3 milhões (89,7%) se enquadravam em um ou nos dois perfis de condicionalidades (educação e saúde). Em média, 97,7% dos alunos de 6 a 15 anos de idade e 93,1% dos alunos de 16 e 17 anos acompanhados pelo Programa cumpriram com a condicionalidade de educação no primeiro semestre de 2010. Com relação ao cumprimento das condicionalidades de saúde, os dados do *Relatório* confirmam que a vacinação em dia se mantém na faixa dos 99% de cobertura. Quanto às gestantes, 98,7% haviam cumprido as condicionalidades exigidas, isto é, estavam com as consultas do pré-natal em dia, no primeiro semestre de 2010 (52). A literatura acerca do impacto do Programa na educação ainda é escassa, mas alguns estudos revelam que com o BF aumentou o percentual de matrículas e reduziu o abandono escolar (53) (54). Entretanto, de acordo com o IBGE (55), apesar da queda de 11,5% na taxa de abandono do ensino entre jovens (18 a 24 anos) no período de 2001 a 2011, ela ainda é alta quando comparada com países europeus, onde os valores são inferiores a 10%. O IBGE analisou os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), que revelou que o percentual de jovens que não haviam completado o ensino médio passou de 43,8% em 2001 para 32,2% em 2011. Ainda de acordo com o IBGE, em 2011 o abandono escolar atingiu mais da metade dos jovens (18 a 24 anos) pertencentes aos segmentos mais pobres da população, enquanto entre o quinto mais rico, essa proporção foi de apenas 9,6% (55). Nesta direção, o estudo de Ribeiro e Cacciamale (56) a respeito do impacto do Bolsa Família nos indicadores educacionais revelou que a contrapartida exigida pelo programa de frequência a escolas públicas não repercutiu em melhoria na *performance* educacional desses beneficiários. Essas informações confirmam a persistência das desigualdades no acesso à educação de qualidade no País.

No terceiro eixo do Programa, especificamente relacionado à ampliação da *oferta de trabalho e de renda*, medida fundamental para a inclusão social

dessas famílias, verifiquei fragilidades importantes. Na maioria dos depoimentos a questão da *precarização* e escassez de trabalho na Região, sobretudo no meio rural, foi muito presente nos discursos, conforme mencionei anteriormente. Nesta direção, estudo recente realizado pelo IPEA (57) revela que embora tenha sido constatado melhora considerável no *índice de vulnerabilidade social* (obtido pela agregação de seis dimensões – *vulnerabilidade social, acesso ao conhecimento, acesso ao trabalho, escassez de recursos, desenvolvimento infantojuvenil e condições habitacionais*) esse aumento deve ser relativizado na medida em que se analisam dimensões distintas da vulnerabilidade a partir dos indicadores específicos. Dessa forma, contrariamente, a dimensão isolada de “vulnerabilidade social” apresentou aumento em função da maior presença de idosos nos domicílios e ao maior número de domicílios monoparentais (chefia feminina). Além disso, a “vulnerabilidade” apresentou heterogeneidades típicas da questão dicotômica “centro-periferia” ou “urbano-rural” sendo, portanto, mais presente na área rural e nas periferias.

A esse respeito, a Secretaria de Promoção e Desenvolvimento Social de Diamantina estabeleceu no segundo semestre de 2013 um plano de ações para o enfrentamento do desemprego na Região, a partir de um diagnóstico prévio, que levantou a demanda de “mão de obra” local. A Secretaria firmou parcerias com o Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (SENAC) e o Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (SENAI) e a partir de 2014 visa oferecer cursos profissionalizantes, tanto na área urbana como na área rural da cidade, por intermédio do Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (PRONATEC) – criado pelo Governo Federal, em 2011, com o objetivo de ampliar a oferta de cursos de educação profissional e tecnológica. Os cursos que serão oferecidos a partir do segundo semestre de 2014 incluem vagas para encanador, eletricista, mecânico de manutenção de motos, costureira, padeiro e confeitiro, auxiliar administrativo e soldador. Além dos cursos descritos, a previsão é ampliar a oferta de cursos profissionalizantes. São previstos mais de cinquenta modalidades e atividades com essa finalidade. Eles compreendem cursos para a formação de açougueiro, artesão, balconista, cabeleireiro, cuidador de idosos e cuidador infantil, depiladora, garçom,

camareira, recepcionista, jardineiro, maquiador, vendedor, vitrinista, entre outros. A previsão também da Secretaria de Desenvolvimento e Promoção Social de Diamantina é implantar no ano de 2014 os chamados “Telecentros”, que oferecem acesso gratuito à internet para a consulta de sites diversos e acesso à conta de e-mail, com a utilização de computadores por tempo de prazo máximo determinado, por intermédio da Secretaria de Estado Tecnologia e Ensino (SECTES). Todas essas medidas, segundo a coordenadora de Promoção e Desenvolvimento Social da Prefeitura de Diamantina, visam intervir na questão do desemprego e do subemprego na Região. Contudo, o foco é priorizar a população mais jovem.

Torna-se importante ressaltar que o potencial de inclusão social sustentável das famílias por intermédio das ações do BF vincula-se fundamentalmente com a organização dos municípios e o gerenciamento dos serviços oferecidos à população beneficiária (58). A esse respeito, o estudo de Santos e Magalhães (59) constatou impasses nos programas complementares do BF relacionados à ampliação do acesso a melhores oportunidades de trabalho, tais como os cursos de qualificação profissional. Por um lado, os beneficiários desconheciam a existência de cursos de qualificação e por outro, os gestores reconheceram a debilidade das ações frente à demanda local. Dessa forma, as autoras concluíram que o acompanhamento destas ações pelas esferas governamentais e pelas organizações civis constitui um eixo crucial para o combate à pobreza e à fome, contribuindo para as chamadas “portas de saída” do Programa. Nesta direção, verifiquei que algumas mulheres tinham muitas dificuldades em se inserir no mercado de trabalho, em função da baixa qualificação profissional e educacional do grupo, sobretudo nas moradoras das áreas rurais. Mas não apenas isso. Observei que há uma lacuna a ser superada no que diz respeito à divulgação dessas informações. De fato, há ainda entraves concretos na comunicação por parte do governo local, a respeito da oferta de cursos profissionalizantes e a população pobre do município. Soma-se a esta questão a falta ou a precariedade do transporte público local, que dificulta sobremaneira a mobilidade dessas pessoas para realizarem esses cursos.

Por fim, vale destacar alguns pontos positivos e negativos verificados em torno do Programa Bolsa Família. Dessa forma, nos parece que o BF é um programa relativamente bem focalizado no município de Diamantina, pois permitiu uma real aproximação com a população que pretendia de fato investigar nesta tese: os pobres. no entanto, neste estudo não me propus a avaliar o grau e a efetividade da focalização do programa. Neste sentido, novos estudos devem ser realizados sobre esta questão no município. Além disso, vale reforçar o papel significativo do Programa na ampliação do acesso aos serviços básicos essenciais à população pobre. Mudanças favoráveis relacionadas à subjetividade dos beneficiários também foram observadas. A conquista de um certo grau de liberdade e autonomia para utilizar o benefício, bem como a respeitabilidade na vida comunitária, são algumas dessas transformações observadas entre as mulheres beneficiárias do Programa (45). Por outro lado, considerando que a pobreza e as desigualdades sociais são fenômenos complexos e multidimensionais com forte persistência no País, seria muito simplista acreditar que o Programa (mesmo com toda a sua dimensão e impacto) pudesse em uma década superar esses dilemas históricos e estruturais. Enfrentar a pobreza implica caminhar no sentido de articular o programa BF com outras políticas sociais de escopo mais amplo (45) (60) (61) (62).

Diante desses resultados surgem alguns questionamentos e inquietações: de que forma as mulheres obesas e socialmente vulneráveis da cidade de Diamantina, *Vale do Jequitinhonha* conduzem a vida e a de suas famílias? Como conseguem “driblar” as adversidades cotidianas? De que forma elas administram ou tentam administrar tantas funções em meio a tamanha precariedade? Tais responsabilidades podem de alguma maneira se expressar na alimentação e no corpo? É o que pretendemos discutir a seguir.

5.5 Comida Brasileira à “Moda Mineira”: o peso do tradicionalismo frente às mudanças contemporâneas das práticas alimentares

Neste trabalho observei mudanças e permanências nas práticas alimentares das famílias entrevistadas em Diamantina/*Vale do Jequitinhonha*. A primeira transformação observada diz respeito à maior divisão dos papéis conjugais nas

tarefas domésticas, sobretudo no preparo das refeições. Dessa forma, verifiquei que as mulheres dividiam com frequência essa tarefa com o marido e/ou os filhos: “às vezes eu faço, às vezes o meu marido faz”; “pai faz, mãe faz até eu faço”. Em minha pesquisa anterior (63), verifiquei que o preparo da alimentação era uma atividade predominantemente feminina. Conforme também evidenciaram diversos autores em suas investigações com populações pobres (36) (64; 65) por séculos, a mulher brasileira foi a principal personagem da cozinha. Particularmente no caso da mulher mineira, a cozinha foi seu espaço de domínio, desde os tempos da mineração até que a praticidade da vida moderna imprimisse uma mudança nesse papel social (66).

Nesta “nova” conformação doméstica, a participação dos homens nos afazeres do lar sofreu transformações. O estudo de Bruschini e Ricoldi (67) revelou uma maior participação dos homens nas funções do lar. De acordo com as autoras, foi possível observar o envolvimento do grupo masculino em atividades domésticas “inesperadas”, tais como: “passar o pano na cozinha” e “levar os filhos na creche”. Os homens do estudo declararam gastar duas a três horas diárias nas tarefas domésticas, além de pelo menos um dia no fim de semana, para fazer e/ou ajudar a companheira com os afazeres no domicílio. Esses depoimentos revelam que os homens têm participado mais das tarefas do lar e dos cuidados com os filhos. De acordo com Hirata & Kergoat (68), observa-se atualmente uma reorganização simultânea tanto no mundo do trabalho assalariado como no mundo privado. Entretanto, as autoras alertam que as mulheres vivenciam de forma mais conflituosa a incumbência de assumir simultaneamente as responsabilidades profissionais e familiares. Foi o que constatou Casotti (2002:92) (69) em seu estudo com mulheres de diferentes classes sociais no Rio de Janeiro. De acordo com a autora, as mulheres de seu estudo estavam “*exaustas por terem assumido ao mesmo tempo, os papéis de dona de casa, profissionais de carreira e profissionais da beleza*”.

Pesquisa realizada pelo IBGE no ano de 2006 revelou diferenças significativas no “*uso do tempo*” entre os sexos, com a realização dos afazeres domésticos (70). Os homens gastavam, em média, 10 horas por semana realizando esse tipo de atividade. Enquanto as mulheres gastavam 25 horas realizando essas

mesmas funções (70). Além desses dados, a pesquisa verificou também diferenças expressivas relacionadas à condição social e ao nível de instrução. Em geral, homens e mulheres das classes de menor rendimento e menor escolaridade gastavam, em média, mais horas com os afazeres domésticos do que os indivíduos de mais alta renda e nível educacional (70). No grupo feminino esses diferenciais foram mais notáveis. As mulheres que recebiam até um salário mínimo (SM) por mês gastavam aproximadamente 24 horas por semana com as atividades domésticas. Em contrapartida, as mulheres que recebiam mais de dez SM realizavam a mesma função em aproximadamente 15 horas semanais (70). Dessa forma é possível dizer que as desigualdades sociais também se mostram presentes na vida doméstica das mulheres pobres e menos escolarizadas (71). A realização de pesquisas a respeito do “uso do tempo” por homens e mulheres é, dessa maneira, fundamental para o desenho de políticas públicas equitativas no País.

No que diz respeito ao *preparo das refeições*, verifiquei ser comum utilizar o *óleo de soja industrializado* com certa regularidade: “*nós fazemos a comida é com o óleo*”. A gordura de porco ainda é utilizada, mas com uma frequência bem menor. Resquício da predileção pelo consumo de suínos na Região das Minas Gerais. Como afirmou Frieiro (1982:159) (72): “*o mineiro planta o milho e cria o porco, o porco come o milho e o mineiro come o porco*”. Alguns temperos naturais também eram utilizados: “*eu coloco tempero de alho e cebola*”. Em geral, as famílias faziam a *comida cozida ou refogada*: “*faço mais é cozida*”; “*procuro não fazer fritura, só faço cozida*”. Segundo Lévi-Strauss (73) em oposição à “*comida assada*”, que é aristocrata e marca o ponto culminante do banquete, a “*comida cozida*” evoca a cozinha caseira, íntima e popular. Essa distinção entre assado e cozido nos permite compreender, em certa medida, a manifestação simbólica do predomínio da “comida cozida” voltada para o espaço da casa entre as famílias entrevistadas. Neste sentido, para Abdala (2007) na intimidade da culinária, em Minas Gerais, os cozidos predominam no dia a dia e incluem preparações como o feijão, angu, mexido, verduras e legumes cozidos com carne (frango com quiabo, mandioca e canjiquinha com carne). Entretanto a “carne”, quando presente no cardápio das famílias (“*carne é lá de vez em quando, não tem jeito*”) era frequentemente preparada frita.

Especialmente as carnes de porco e de frango, que eram aquelas que predominavam no cardápio das famílias: *“a carne geralmente é frita”; “a carne eu faço mais frita, uso o óleo mesmo”*.

As famílias consumiam o que denominavam ser o *“básico”*, o *“grosso”*. A alimentação era categorizada nessas duas expressões pelas mulheres. Compreendia o consumo do *“arroz com feijão”*, macarrão ou angu e carne acrescida de alguma verdura (quando havia esses dois últimos itens no cardápio): *“eu faço o básico. O básico é o arroz, o feijão, o macarrão, a carne”; “salada quando tem pra fazer”; “eu faço feijão, arroz, verdura. Tem vezes que não tem verdura e eu faço só feijão, arroz e carne. Outra hora é ovo”*. Alguns alimentos próprios da culinária mineira foram bastante citados, revelando o peso do *tradicionalismo* operando nas escolhas e preferências alimentares das famílias. Neste sentido, as famílias parecem preservar, em parte, a cultura alimentar da Região. Os alimentos mais mencionados no cardápio diário do grupo foram: o *angu*, a *couve mineira*, a *carne de porco*, o *frango refogado*, o *quiabo*, a *abóbora*, verduras silvestres (mostarda, rúcula, almeirão), o *biscoito de polvilho*, o *torresmo* e a *garapa (caldo da cana-de-açúcar)*. E preparações específicas à base de milho, tais como o *“ensuado”* e a *“tiborna”* consumidos, sobretudo na área rural. A primeira consistia de uma mistura de farinha de milho com sal e óleo, que se levava ao fogo brando. E a segunda era uma preparação feita com farinha de milho, açúcar e café. Tais misturas à base de farinha de milho podem ser consideradas preparações *“multisseculares”*, porque são típicas da cultura alimentar não apenas de Minas Gerais, mas do País (72).

Frieiro (72), em seu livro *“Feijão, angu e couve”*, nos descreve as primeiras impressões a respeito da alimentação e dos costumes registradas pelos *“naturalistas europeus”*, que percorreram parte do território nacional durante o período da colonização. Muitas preparações à base de milho foram descritas na época: pipoca, curau, pamonhas, farinha, cuscuz, biscoitos, bolos, canjica. Segundo o autor, *“os ricos comiam por gosto e os pobres por necessidade”* (Frieiro, 1982:57) (72). Descrevem, por exemplo, situações inusitadas tais como os comedores de *“jacuba”*. O termo *“jacuba”* era depreciativo, significava

rústico. “Jacuba” é um mingau ralo feito de fubá misturado com rapadura e água. O mesmo nome dado ao café engrossado com farinha de milho ou de mandioca (preparação muito semelhante ao que verifiquei entre as mulheres da área rural, com o consumo da “*tiborna*”). A “*jacuba*” era um alimento considerado desprezível na época. Por essa razão, o termo era usado para ofender, insultar. A expressão “jacubeiro” significava que os outros eram frouxos, mal alimentados com a conhecida mistura de água com farinha e rapadura. Outra curiosidade descrita pelos excursionistas europeus foi o uso da farinha ao invés do pão em todo o território brasileiro, sendo em Minas Gerais a da farinha de milho, ao invés da farinha de mandioca que se comia de “*arremesso*”. Os “nativos” espalhavam a farinha na mesa, juntavam um punhado com as pontas dos dedos e arremessavam de uma só vez na boca (72).

Além dessas situações, o autor descreve a base da alimentação na época (72). Os escravos, por exemplo, eram alimentados com água misturada com farinha de milho (angu) durante o dia e com feijão à noite, além da aguardente (que não podia faltar). A dieta do tropeiro também era pouco variada, consistia de feijão, farinha de mandioca, toucinho, carne seca, couve e café. De onde surgiu o termo “feijão do tropeiro” preparação feita com a mistura de alguns desses ingredientes. Séculos se passaram e outros excursionistas descreveram que a base da alimentação do “roceiro pobre” continuava a mesma: feijão com angu. Neste trabalho, constatei que o paladar para o consumo de determinados alimentos e preparações relacionava-se fortemente às preferências, gostos e costumes próprios da cultura de Minas Gerais (72) (66) (74). Neste aspecto, a “comida mineira” pode ser considerada, de certa forma monótona. Trata-se de uma comida simples, com poucas variações no cardápio e, portanto, trivial. As famílias comiam: o feijão, o angu, a farinha de milho, o arroz, carne de porco, linguiça, torresmo, galinha, couve, biscoito de polvilho, café adoçado com açúcar, rapadura ou garapa.

As tradições e particularidades da alimentação das famílias parecem, de fato, percorrer os séculos, caminhando em certa medida na contramão da dinâmica de homogeneização da alimentação contemporânea. Essa constatação é

surpreendente tendo em vista o fenômeno mundial de “aculturação alimentar” fruto das profundas transformações advindas do processo de globalização, e nos leva a crer que ainda que “novos” alimentos sejam incorporados à dieta do grupo, tais como o macarrão industrializado, o óleo de soja, o açúcar refinado e os biscoitos, predomine no cardápio das famílias a apreciação pelos alimentos tradicionais da cultura de Minas Gerais. Especialmente, no meio rural, onde o consumo da *tiborna* e do *ensuado* ainda se faz muito presente. Conforme afirmam Contreras & Gracia (2011:391) (75): “a *“história da alimentação humana apresenta, paradoxalmente, conservadorismos duráveis e transformações profundas”*. Essa peculiaridade na manutenção das tradições alimentares parece ser o caso das famílias que entrevistei no *Vale do Jequitinhonha*. Como sintetizou Frieiro “o mineiro é sóbrio no comer” (1982:38) (72).

Em geral, nas famílias existia uma rotina compartilhada para o consumo das refeições ao longo do dia. Comportamento que reforça em certa medida o estereótipo da “*família tradicional mineira*”, muito religiosa, cujas refeições assumem o lugar do sagrado, devendo ser compartilhadas por todos, em espírito de comunhão. De fato, “*faz parte do universo das representações do mineiro o fato de conferir grande valor à família e às relações de parentesco*” (Dutra, 1991:114) (74). Douglas (76) descreveu com propriedade a dimensão eminentemente social da refeição. De acordo com a autora, para cada refeição há um horário, uma disposição à mesa, um tipo de combinação de alimentos, um ritual, uma conduta social. Neste sentido, o “comer junto”, com a “família unida” se reveste de significados simbólicos. Envolve, portando, dimensões como a intimidade, a convivência, a reunião do grupo doméstico, a sociabilidade, a comunicação e os conflitos no universo familiar. Para Câmara Cascudo (1983:307) (77) “*oferecer alimentos na alegria do convívio, comer junto, é a mais antiga fórmula de cordialidade portuguesa*”.

Opostamente, as refeições “fora de casa”, no espaço da “rua”, eram escassas e só aconteciam quando as mulheres estavam realizando o trabalho remunerado. Esse comportamento parece envolver duas dimensões. A primeira diz respeito ao consumo de alimentos “fora de casa”, que parece ser uma prática mais comumente encontrada em outros grupos e contextos

sociais, conforme revelam as pesquisas oficiais (78). E, ainda, o lugar simbólico assumido pela “comida” na realidade das famílias mineiras: o da intimidade e o da família. Conforme afirma Dutra (2004:106) (74): “*a cozinha mineira acontece na intimidade do mundo da casa e das relações pessoais, ao contrário do ar livre do churrasco dos pampas ou do mundo público, festivo, dos mercados dos quitutes baianos. Não deve faltar entre seus ingredientes (...) o tempero de alho e cebola, o café, as quitandas, o queijo “mineiro”, a boa conversa*”. De fato, o jeito particular de ser mineiro refere-se a uma sociabilidade que tem no hábito de servir e compartilhar a comida no espaço da “casa” um de seus principais traços reconhecidos (66). Para Woortmann (79) a alimentação é uma prática que expõe a intimidade e também o *status* social, por revelar aquilo que se come. Sendo, portanto, para alguns grupos uma prática muito particular, restrita ao espaço da casa e da família. Sob este prisma Da Matta (1984:58) (80) sintetiza: “*diz-me o que comes e dir-te-ei quem és*”.

Mudanças e variações na alimentação do fim de semana revelaram ser raras entre as famílias entrevistadas: “*é a mesma coisa*”. As poucas alterações citadas foram: “*faço uma carne assada*”, “*frango frito*”, “*linguiça frita*”, “*macarrão para sair do arroz com feijão*”. Com relação às mudanças na composição da dieta nas famílias, verificamos não haver modificações na alimentação dos seus integrantes dentro do domicílio, ou seja, foi unânime o discurso de que “*todos comem a mesma coisa*”. Embora, vale destacar, apresentavam perfis de corpo distintos. A respeito das diferenças observadas nos perfis de corpo, é importante destacar a polaridade existente entre o *corpo obeso das mulheres* e o *corpo desnutrido dos homens*. Esse fenômeno me pareceu bastante intrigante. Entretanto, a partir dos discursos das entrevistas e durante os grupos focais pude constatar uma problemática muito presente nessas famílias e que foi também sinalizada em outra investigação (45): o *alcoolismo masculino*. Esta situação foi confirmada em minhas conversas informais com as agentes de saúde e as assistentes sociais que atendem as populações dos bairros nos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e nos Centros de Referência Especializada de Assistência Social (CREAS). Segundo Frieiro (72) o álcool é e sempre foi um refúgio, um remédio para todos os males, sobretudo para o homem pobre. Além disso, é um poderoso estimulante do

qual se pode obter energia. Não raro, as mulheres mencionaram o uso frequente do álcool por seus companheiros e todos os conflitos vivenciados pela família em decorrência dessa dependência:

“Agora eu estou doente. Estou precisando tomar muito leite, comer muita verdura, muita carne, esses ‘trem’! Porque meus exames todos deram problema. Eu estou com desgaste nos ossos, problema de má alimentação. Mas só que o dinheiro não está dando. Porque um salário não dá pra nada e meu marido gosta de “tomar” cachaça, então não sobra nada! Aí ele compra só o grosso e o grosso você já viu, né? E com esse grosso a gente vai empurrando (...). Só que a grana da gente não dá, né? Porque você já viu como está hoje em dia” (M).

O alcoolismo é considerado um dos mais sérios problemas de saúde pública na atualidade, sendo mais frequente sua ocorrência nos homens do que nas mulheres. Em geral, o alcoolismo está presente em homens com pouca escolaridade, moradores de bairros populares e que recebem baixos rendimentos, ou mesmo não apresentam um trabalho formal, obtendo algum tipo de renda na informalidade (81). O alcoolismo é uma doença que assume tanto uma dimensão física como moral. No caso dos homens pode comprometer sua “força física” e sua disposição para o trabalho. O consumo excessivo e regular conduz à debilidade do corpo, à inanição e a desnutrição. Isso explicaria, em parte, o corpo magro dos homens que encontrei nos domicílios durante a realização da pesquisa, uma vez que é sabido que “a cachaça engana a fome” (Frieiro,1982:195) (72). De acordo com o discurso de uma das entrevistadas, a dependência do álcool, que atinge o doente, prejudica a sua responsabilidade como pai, marido e trabalhador (81). Por essa razão, as relações do alcoólico afetam o trabalho e, sobretudo, a família. Os conflitos familiares decorrentes da dependência do álcool por parte dos homens envolvem “brigas do casal”, “conflitos com os filhos” e “perda da família” (81). Nas mulheres entrevistadas verifiquei sentimentos de angústia e descontentamento com essa realidade: “é difícil, sabe. Não sei pra quê eu tenho marido. Ele não serve pra nada!”.

Particularmente, em Diamantina, pode-se dizer que a cachaça é uma bebida consumida com regularidade por homens e mulheres, por fazer parte da cultura local. Logo que se descobriram as Minas Gerais, e pouco antes de se começar a povoar, “*instalaram-se engenhos de moer cana e destilar aguardente*” (Frieiro, 1982:191) (72). O botânico George Gardner, viajando por Minas Gerais no ano de 1840, notou o uso imoderado da cachaça na Região de Diamantina e não só entre os negros, mas entre mulheres e homens brancos de todas as camadas sociais. Para Gardner “*os diamantinenses granjearam a fama de amigos da pinga por exigência do clima frio*”. E ainda o conservam até hoje. Os engenhos não existem mais, mas a “pinga” é largamente consumida na cidade. Não somente em Diamantina, mas em todo o Estado de Minas Gerais, bebe-se ainda muita cachaça. Por essa razão a aguardente pode ser considerada um “patrimônio” cultural do Estado (72) (66).

Além do problema do alcoolismo, suspeito também da ocorrência de dependência química, especialmente do uso do “*crack*” entre os homens. O corpo extremamente magro e (aparentemente) desnutrido parece denunciar a ação devastadora do uso desse entorpecente no aspecto físico geral destes homens. De acordo com a coordenadora e as assistentes sociais que trabalham nas ações de Promoção e Desenvolvimento Social do município, o “*crack*” está muito presente e largamente difundido nos bairros populares e na área rural, especialmente nas famílias mais pobres. A questão da dependência química no grupo masculino carece de maiores investigações acadêmicas e de uma intervenção governamental eficiente na Região.

A *dieta das mulheres* revelou ser monótona e sem variações no cardápio conforme descrevo no *Quadro 7*. Em geral, no período da manhã consomem: café adoçado com açúcar (ou garapa) e pão, bolo ou biscoito de polvilho. No almoço a comida é “normal”, “básica” (arroz com feijão, macarrão ou angu, uma verdurinha e uma carnezinha quando tem), que pode ser repetida ou não na refeição do jantar. Algumas mulheres consumiam em algum momento do dia o “*ensuado*” ou a “*tiborna*”, especialmente as mulheres que residiam na área rural. Outras mulheres consumiam no período da noite o “*mexido*” – preparação feita com as sobras de alimentos do almoço. Para Abdala (66) o “*mexido*” entre

os mineiros faz parte da “lógica da economia nos tempos difíceis” quando se aproveitava tudo, incluindo as sobras dos alimentos.

Interessante observar que o padrão de alimentação das mulheres se aproxima da cultura alimentar não apenas de Minas Gerais, mas do País conforme também demonstrou a pesquisa do IBGE (78). De acordo com essa Pesquisa as classes de menor renda no Brasil, bem como os grupos que residem no meio rural, têm um consumo alimentar que combina a dieta tradicional brasileira à base de “arroz e feijão”, com alimentos de baixo teor de nutrientes e, em contrapartida, alto teor calórico, sendo dessa maneira considerado um perfil de consumo mais saudável do que o observado em outras classes de rendimentos. No entanto, tal perfil tem contribuído para o aumento dos déficits nutricionais, especialmente para o problema do excesso de peso (78).

Quadro 7 Dieta das mulheres, área urbana e rural, Diamantina, Vale do Jequitinhonha/MG:

Dieta	Urbana	Rural
Manhã	Café com açúcar, pão, biscoito, bolo.	“tiborna”, “ensuado”, café com açúcar, rapadura ou garapa.
Almoço	Arroz, feijão “carioquinha” ou “tropeiro”, macarrão, verduras, carne de porco, frango ou ovo.	arroz, feijão “carioquinha”, hortaliça silvestre, angu, farinha de milho, carne de porco ou frango (muito raramente).
Merenda	Biscoito, pão ou bolo.	“tiborna”, “ensuado”, biscoito.
Jantar	Igual ao almoço, “mexido” ou “lanchinho”.	Igual ao almoço

Fonte: Elaboração própria a partir dos resultados da pesquisa.

Para as mulheres a principal refeição era o “almoço”. As demais refeições eram pouco prestigiadas. Os alimentos consumidos no período da manhã apareceram sempre no diminutivo: eu tomo um “cafezinho”, um “biscoitinho”. Comportamento semelhante ao verificado no estudo de Zaluar (36) com os moradores da Cidade de Deus, no Rio de Janeiro. O lanche da tarde ou a

“merenda” (como dizem) parecia ser uma prática pouco comum no grupo: “é só *almoço e jantar mesmo*”. No entanto, verificamos que algumas mulheres faziam uso do café com açúcar, biscoitinhos, “*ensuado*” ou “*tiborna*” ao longo do dia. Nesse período do dia elas mencionaram cometer alguns “excessos”: “*abro a geladeira toda hora*”; “*é a hora que eu belisco*”; “*como uns biscoitinhos*”. O jantar pouco a pouco parece perder o seu prestígio conforme constatou Canesqui (64). Muitas das entrevistadas faziam um “lanchinho”; “mexidinho”, “macarrãozinho”. E outras, nem sequer realizavam essa refeição.

Surpreendentemente, em função da tradição mineira, o consumo do leite e principalmente do queijo foi muito pouco mencionado pelo grupo. Somente duas entrevistadas declararam tomar leite diariamente em função da gratuidade promovida pelo “*Programa Estadual Leite é Saúde*”, que fornece semanalmente o gênero “in natura”. As verduras eram categorizadas como “*verdurinhas*” ou “*uma verdura qualquer*”, sendo pouco valorizadas no cardápio das famílias. Da mesma forma, o consumo de frutas revelou ser praticamente nulo. E quando elas apareciam no cardápio das famílias, as mulheres ofereciam exclusivamente aos filhos. Prática que evidenciou que as mulheres negligenciam o seu próprio consumo de alimentos em favor dos filhos e/ou do marido, conforme também verificou Aguirré (82) em seu trabalho com mulheres pobres e obesas na Argentina. Essa situação foi mencionada algumas vezes pelas mulheres entrevistadas em alguns discursos: “*quando se tem criança é assim como aquele ditado diz: a mãe deixa de botar na sua boca, para botar na boca dos filhos*”; “*sempre tem que ter uma verdura para os meninos e um macarrão para o meu marido*”; “*quando eu penso em comida (...) não penso em mim, eu penso é nos meus filhos. Como se diz, não é pra mãe, é para os filhos*”; “*a gente come qualquer coisa, mas as crianças não comem qualquer coisa*”; “*de manhã eu tomo café com açúcar, com garapa, mais de garapa do que de açúcar. Aí eu passo o dia inteiro. Agora os meninos eu faço comida pra eles*”.

De acordo com Frieiro (72) o pouco consumo de leite, frutas e verduras faz parte de nossa tradição alimentar. Não apenas no interior como nas cidades, a escassez no consumo desses itens é mencionada na literatura desde a época da colonização. O baixo consumo de frutas, legumes e verduras ainda se faz

muito presente em toda a população brasileira. Não apenas por uma questão de acessibilidade (83) (84), mas também porque envolve uma dimensão cultural. De acordo com os resultados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF, 2008-2009) do IBGE (78): menos de 10% da população brasileira atinge as recomendações de consumo de frutas, verduras e legumes. O consumo de leite também é muito aquém do recomendado. Esse perfil se reflete em elevadas prevalências de inadequação de consumo de vitaminas e minerais. A pesquisa conclui: *“em síntese, o consumo alimentar no Brasil é principalmente constituído de alimentos de alto teor energético e apresenta baixo teor de nutrientes, configurando uma dieta de risco para déficits em importantes nutrientes, obesidade e para muitas doenças crônicas não transmissíveis”* (78).

Com relação à prática da produção para o autoconsumo, observei que são poucas as famílias que mantêm o cultivo da “horta domiciliar” ou a criação de pequenos animais para subsistência. Das 24 famílias entrevistadas apenas sete realizavam essa prática. As justificativas para o não cultivo da horta caseira relacionavam-se ao clima, ao pouco espaço disponível (meio urbano) e aos gastos com as contas de água, conforme observado em outro estudo (45). Os alimentos mais cultivados eram: couve, salsa, cebolinha, cebola, tomate, chuchu e plantas medicinais. Segundo as mulheres do meio rural: *“às vezes, a gente pega (na horta) uma verdura, um repolho, uma alface, uma batata, mas é coisa que consome durante o ano”*. Já as famílias do meio urbano realizavam pequenos cultivos de hortaliças, tais como a salsinha, cebolinha, a couve e algumas plantas medicinais que são utilizadas para o preparo de chás naturais. Apenas uma família tinha pomar com frutas diversas na área urbana da cidade. E outra família criava galinhas para seu próprio consumo na área rural. Assim, verificamos que a cultura do “roçado” vai pouco a pouco desaparecendo da realidade das famílias do Vale.

5.6 Sentidos e Significados das Práticas Alimentares

A relação entre alimentação e *status* social ficou evidente quando as famílias revelaram as dificuldades materiais para a compra de alimentos no dia a dia: *“a gente vê e não pode comprar”*; *“está tudo muito caro e não dá pra ficar comprando toda hora”*. Dessa forma, em geral, a compra dos mantimentos era

realizada mensalmente pelas famílias ou “só quando faltava alguma coisa”. Normalmente em supermercados de maior porte localizados na área urbana da cidade ou em pequenos armazéns (onde ainda se pode comprar “fiado”). No caso das famílias do meio rural, essa compra às vezes era feita de dois em dois meses, em função das dificuldades de acesso aos alimentos nessas localidades. As famílias se deslocavam até a área urbana para a compra dos mantimentos e traziam as mercadorias no ônibus (transporte privado), pois não há sistema de entrega de mercadorias pelos supermercados na zona rural, somente na área urbana. No que se referem aos gastos com alimentação, o custo desse item no orçamento doméstico era de 200 a 400 reais mensais. Valores muito semelhantes ao verificado em meu estudo anterior (63).

Da mesma forma que o preparo das refeições passa a ser uma tarefa que pouco a pouco é dividida entre homens e mulheres no universo doméstico, a *compra dos mantimentos* também demonstrou ser uma prática compartilhada. Algumas mulheres vão junto com o marido às compras dos gêneros alimentícios. Entretanto, em muitas situações, o marido ou os filhos mais velhos realizam essa prática, sozinhos. Uma função que pareceu ser delegada com mais naturalidade ao marido: “*tem vezes que eu vou, tem vezes que o meu marido vai*”; “*essa parte é com meu esposo ele faz uma compra que é por mês*”.

As famílias seguem, em parte, a *lógica da economia doméstica* para a compra de mantimentos. Em geral, compram aqueles gêneros considerados “prioritários”; os de maior “necessidade”; “o que mais precisa”; o “mais barato”, o que está “mais em conta”. Notei que a escolha alimentar parece ser uma escolha voltada, sobretudo para as “necessidades” da família, de acordo com o que o “dinheiro permite comprar”. Nesse contexto, verificamos ser menor a margem para escolhas e preferências alimentares no grupo. De tal forma que as mulheres chegavam a afirmar:

“Eu não tenho escolha, não. O que tiver eu como. A gente foi criada assim. Não tem escolha pra mim não, sabe?” (J.).

A visível dificuldade das entrevistadas em expor as suas preferências alimentares me causou estranhamento. Parece relacionar-se ao papel de abnegação assumido por essas mulheres no espaço da família, tendo em vista que em vários depoimentos foi possível perceber que elas negligenciavam com frequência o seu próprio consumo de alimentos em favor dos filhos e/ou do marido. As raras preferências citadas pelo grupo foram o consumo de carnes, biscoito de polvilho (“biscoito de goma”), fritura, café com pão e bolo. Entre os alimentos mais desejados estavam presentes as “carnes”, as “massas” e algumas “frutas”:

“Massas eu gosto muito! Eu acho que é por isso que sou obesa” (A).

“Tem muitas coisas que eu não compro porque eu não posso! Não dá, né? Tem muitas frutas maravilhosas lá, aquelas frutas, ameixa, mamão, goiaba, muitas coisas lá que eu não compro” (ML).

As dificuldades materiais para a compra e o consumo de alimentos ficaram mais evidentes nos três grupos focais realizados com os titulares do PBF:

“Comer bem é uma coisa que a gente não tem. Que não pode ter. Se eu for comprar verdura, o arroz com feijão, como é que fica? A gente não tem dinheiro pra comprar fruta. Eu nem conheço o quê que é isso mais, sabe? Eu lembro que eu comia na roça que eu plantava (...), uma porção de coisa. Hoje não tem isso!” (A).

“Eu compro é arroz com feijão e largo as frutas. Metade vai pras verduras e as frutas a gente larga!” (J).

“Verdura é quando dá. Eu compro é uma vez por mês, porque não da pra ficar comprando direto. Carne também se tiver a gente compra” (S).

No campo das preferências e aversões alimentares foi possível verificar ambivalências e contradições operando na seleção dos alimentos pelo grupo. O jiló foi o único alimento rejeitado no cardápio das mulheres. Verduras e frutas além de pouco consumidas em razão das dificuldades materiais do grupo (“o dinheiro não dá pra comprar”) eram itens menos desejados pelas mulheres: “*eu não sou muito de fruta, eu gosto mais é de um pão*”; “*folha eu não gosto muito, não*”; “*não gosto de verdura*”. Tais comportamentos revelam que para além das escolhas alimentares associadas às condições materiais do grupo, operam também nessa dinâmica aspectos simbólicos que podem ser classificados como preferências, “*habitus*” ou “*gostos*”. O *habitus* diz respeito ao conjunto de disposições incorporadas e que associam condições objetivas e subjetivas (1) (5). Neste aspecto, é também por intermédio da alimentação que o grupo define o seu estilo de vida e reforça sua posição social (1). Assim, posso concluir que as entrevistadas preservam em parte a sua alimentação tradicional, porque ela faz parte da cultura, da memória afetiva e familiar, porque elas estão habituadas, porque apreciam o seu sabor, porque ela é mais barata, acessível, prática ou conveniente (77). Ou seja, ela está vinculada à sua cultura e tradição alimentar.

O padrão alimentar das famílias entrevistadas encontra-se fundamentalmente vinculado aos hábitos, costumes e práticas alimentares historicamente construídos, evidenciando, portanto, a forte influência da dimensão cultural operando nas escolhas e preferências alimentares do grupo. Igualmente, expressa os *lugares* sociais, a dinâmica das *relações*, as mudanças e transformações impostas pela vida contemporânea, assim como reforça a identidade e o *status* social do grupo.

Paralelamente, as famílias preservam a cultura e a tradição alimentar e incorporam novas preferências e gostos alimentares em seus cardápios. Nesse sentido, a inclusão de “novos” alimentos tais como o *macarrão*, o *açúcar refinado*, os *biscoitos industrializados* e o *óleo de soja* estão presentes no cardápio diário das famílias, ao lado do consumo tradicional do café, da garapa, do milho (em suas diferentes variações), da carne de porco e de frango, das verduras silvestres (couve, mostarda), do torresmo e do mexido. A agregação desses “novos” alimentos se deve à ampliação e massificação de

alguns gêneros, em decorrência do barateamento no custo desses produtos (incluindo ainda as ações de *marketing*). Tais gêneros tornam-se, portanto, boas opções por se enquadrarem às condições materiais do grupo e à praticidade imposta pela vida moderna, conforme descrevem outros autores (75) (85) (86) (87). Ou seja, enquanto há por parte das famílias a inclusão de itens industrializados, o grupo preserva tradições alimentares seculares (72).

5.7 “Que Saudades da Comida da Roça”: as construções simbólicas em torno da alimentação

Para a maioria dessas mulheres que vivenciaram (e para as poucas que ainda vivenciam) a prática de plantar e colher no roçado de subsistência, a alimentação da “roça” era mais “natural”, mais “saudável”, mais “gostosa” e, nesse aspecto, *melhor* do que a alimentação dos dias de hoje: *“nossa alimentação era uma alimentação saudável, era saudável porque ela era fabricada na nossa região mesmo, nós mesmos que fazíamos”; “hoje a gente come essas coisas que são mais é remédio! A gente comia as coisas natural de lá (roça). Ah, era diferente! Era tudo natural de lá mesmo (...) uma comida saudável, não tem nem comparação”*. Na roça todos os alimentos eram de produção familiar (35). Essa ligação forte com o alimento está muito presente na memória afetiva do grupo e representa elemento importante das representações sociais em torno da comida para essas famílias.

Em contrapartida, a alimentação da “roça” era escassa em função do tamanho das famílias e do ciclo natural de cultivo e plantio. Algumas mulheres vivenciaram situações penosas de fome, conforme o depoimento a seguir:

“Eu via minha mãe chorando porque não tinha o que comer. Eram 14 filhos. Nós morávamos na roça, aí meu pai ia a Diamantina pra ver se arrumava um dinheirinho, uma coisinha, pra poder comprar. Nem meio saco de pão ele conseguia! Era muito difícil! Tinha vez que não tinha nada pra comer, em vista de hoje a gente tá rico, né?”; “a gente morava na roça, a gente passava até necessidade! Eu acho que

a gente comia mais era feijão com angu. Quando tinha pra comer era isso!” (E.).

Sendo escassa, a comida da roça era “ruim”, por ser insuficiente para a manutenção das famílias. Com relação às *representações sociais em torno da alimentação*, verificamos que para as mulheres o “comer bem” assumia duplo sentido. De um lado associava-se a ideia de não faltar a alimentação: “*é ter a comida na mesa*”; “*é nunca faltar a alimentação do dia a dia*”; “*é ter o essencial*”. E, ao mesmo tempo, representava a alimentação ideal, variada, leve e saudável: “*comer bem é se alimentar com tudo aquilo que se precisa*”; “*é ter uma alimentação variada, com frutas, verduras e legumes, todos os dias, na hora certa, na quantidade certa*”; “*é uma comida leve, temperada, gostosa, saborosa com pouco sal e gordura*”; “*comer bem? É comer o essencial*”; “*é ter uma alimentação leve com mais verdura do que massa*”; “*é ter verduras todos os dias*”. Nas sociedades de consumo, a alimentação “leve”, “natural”, “*diet/light*” é difundida como própria de um estilo de vida de uma determinada classe social. Nesse aspecto, para além de se constituir como um regime adequado e bom para a manutenção da saúde, a “alimentação saudável” assume uma dimensão simbólica, que distingue e diferencia determinados segmentos (5). Em oposição, “comer mal” é literalmente não ter o que comer: “*é ter fome e não ter as coisas*”. E significa também comer sem variações no cardápio: “*é falta de alimentos como vitaminas, ferro, acho que isso é comer mal*”. Por outro lado, *comer mal* também envolve questões relacionadas aos exageros e às transgressões às recomendações médicas, ou seja: “*é exagerar, é comer demais, comer com os “olhos”; “comer guloseimas, gordura, fritura, massa*”.

Concepções acerca da alimentação revelaram que ela pertence ao “*mundo natural*”, ou seja, a alimentação assume o sentido do ciclo natural das coisas da vida. Neste sentido, a alimentação faz parte do cotidiano, do dia a dia: é a “base de tudo”, “faz parte da vida e tem que ter ela”. Mas ao mesmo tempo retraduz o “*discurso médico*” dominante, incorporado e difundido na mídia (“a gente vê na televisão”) e pelos profissionais de saúde (“os médicos falam”): “*alimentação saudável é melhor para a saúde*”; “*alimentação saudável é uma comida que não é frita, é mais cozida*”; “*é se alimentar na hora certa, na*

quantidade certa"; *"é ter verduras todos os dias, é ter carne, um sucozinho"*. Com relação ao que as mulheres gostariam de saber sobre alimentação, constatei que a maior parte das entrevistadas não tinha interesse nessa questão, talvez por ser um tema presente na rotina diária delas. Dessa maneira, apenas quatro mulheres mencionaram ter desejo em saber sobre temas relacionados à alimentação tais como: prejuízos da má alimentação na saúde, alimentação para o emagrecimento e a elaboração de algumas preparações específicas.

5.8 As singularidades do contexto: o urbano & o rural

Com relação aos resultados embora tenha optado por analisá-los de forma mais ampla e relacional acredito ser importante sinalizar neste subitem as singulares e especificidades observadas no contexto urbano e na área rural. De maneira geral, posso dizer que as concepções relacionadas à alimentação e ao corpo obeso revelaram-se muito próximas nestes dois contextos tendo em vista que a realidade da área rural se aproximava das características observadas na área urbana de uma cidade do interior do País, distante geograficamente da área metropolitana, como é o caso da cidade de Diamantina/MG. Contudo, algumas particularidades merecem ser sinalizadas a fim de melhor compreender o fenômeno da obesidade no grupo. Assim, posso dizer que, as famílias entrevistadas no espaço urbano apresentavam de uma maneira geral melhores condições de vida em função do maior acesso a bens e serviços. Isso revela que embora avanços tenham sido alcançados nas últimas décadas com a queda da pobreza na área rural do país há ainda desigualdades marcantes entre o urbano e o rural sendo esta questão bastante desafiante para as políticas públicas brasileiras (88). A maior parte das mulheres que residiam em meio urbano estavam inseridas em postos de trabalho ainda que mal remunerados e instáveis. Isso permitia a obtenção de algum tipo de renda para a manutenção da casa minimizando situações de privação extremas. Com relação as condições dos domicílios e o acesso a infraestrutura verifiquei que as casas estavam equipadas com água, luz, saneamento básico e coleta de lixo. Havia transporte público ainda que bastante precário e irregular. Os filhos estavam, em sua quase totalidade, matriculados em escolas e creches públicas. O contexto local ainda apresentava certa precariedade na oferta de

espaços públicos de lazer, nas condições de pavimentação, numeração e localização de ruas e casas. Havia ainda uma rede varejista razoável onde eram comercializados produtos alimentícios, de higiene e limpeza (armazéns, mercados, padarias, açougues). A proximidade com o centro histórico da cidade onde se concentra a maior parte do comércio e dos serviços acirrava os contrastes sociais ao mesmo tempo em que proporcionava uma maior oferta de bens e serviços a essa população. A alimentação desse grupo revelou ser monótona, mas com um consumo maior de produtos industrializados – biscoitos, bolos, óleo de soja, açúcar refinado, sucos industrializados, entre outros. Neste grupo observamos que a refeição do jantar era uma prática pouco frequente no grupo com o predomínio do consumo de pequenos lanches ou do “mexido” preparado com as sobras do almoço.

No meio rural as condições das estradas dificultavam enormemente o acesso às famílias. As estradas de terra estavam em condições bastante precárias com muitos buracos, nenhuma iluminação e sinalização além do incômodo da poeira e do clima extremamente seco. Em dias de chuva, por exemplo, as estradas ficavam interditadas. Essa é uma questão importante já que acarreta um isolamento social considerável no grupo acentuando as condições de desigualdades e de pobreza. Posso dizer que esses distritos podem ser considerados como pequenos vilarejos, com poucas casas, um irrisório comércio local, uma escola pública e nenhum serviço de saúde. A cobertura de saúde era realizada uma vez por semana quando o carro da prefeitura levava a equipe a essas localidades. No meio rural não havia, por exemplo, coleta de lixo, saneamento e transporte público. Ou seja, os serviços básicos não eram garantidos. O comércio local e, em especial, o acesso aos alimentos era bastante limitado. As mulheres realizavam as compras a cada dois meses quando se deslocavam por conta própria até a área urbana da cidade para realizarem as compras nos supermercados do centro histórico. Sem dúvida, há uma maior precariedade nas condições de vida dessas famílias sendo a questão do desemprego bastante crítica e estrutural tanto para homens como para mulheres. Neste contexto, a vida revelou ser mais sofrida, com situações de privação mais nítidas e possivelmente de insegurança alimentar. Nesse grupo a alimentação revelou o peso do tradicionalismo e da cultura local com a

manutenção de hábitos e costumes regionais singulares, tais como o consumo de preparações a base de milho (tiborna e o ensuado), o consumo de garapa, de verduras silvestres, da farinha de milho e do café artesanal. Assim, como de pequenos cultivos e criação de animais. Por essa razão observamos um consumo menor de produtos industrializados nessas famílias. As dificuldades no acesso a alimentos industrializados nesse contexto e a maior ligação dessas famílias com a natureza, a terra e a cultura rural propiciavam a manutenção de práticas domésticas convencionais que privilegiavam a cultura alimentar local. Do mesmo modo o corpo obeso para as entrevistadas relacionava-se muito com a natureza, o papel de gênero e a maternidade. Essas mulheres, em geral, tinham mais filhos do que as mulheres entrevistadas na área urbana, eram em sua maioria casadas e assumiam majoritariamente as tarefas domésticas no âmbito alimentar tal como cozinhar para a família.

5.9 “As Gordinhas não Existem”: as concepções e disposições frente ao corpo obeso

Para as mulheres entrevistadas o “excesso de peso” estava relacionado a duas dimensões fundamentais. Uma delas, posso caracterizar como “*descontrole*”, que se refere a situações de excessos como “passar do que é normal”; “passar dos limites”; “passar da medida”; “estar bem gorda”; “é estar acima daquela tabela”. E a um conjunto de *sinais e sintomas clínicos*, tais como “pressão alta”; “gordura no coração”; “cansaço”, “indisposição”; “desânimo”; “dor no corpo todo”; “exames alterados”, entre outros. Interessante assinalar que das 24 mulheres entrevistadas apenas seis mencionam claramente estar com excesso de peso. Algumas mulheres, inclusive negaram “estar acima do peso” mesmo apresentando o diagnóstico clínico: “*eu acho que excesso de peso eu não tenho, não. Acho que excesso de peso a pessoa tem que estar bem gorda*”; “*excesso de peso pra mim é 100-200 kg*”; “*nossa! às vezes eu me acho gorda daí vejo uma pessoa e penso: nossa! eu sou magra perto daquilo. Aí eu falo: eu não sou gorda, não! Tem gente pior do que eu ainda!*”. Dessa forma, nos parece que o *corpo obeso* não é “percebido” pelas mulheres, mas “sentido” pelo grupo em duas situações bem definidas. Por intermédio dos *sinais e sintomas clínicos*, conforme mencionamos que acarretam nas mulheres uma maior preocupação com a saúde: “*eu fico preocupada é com a saúde*”. E pelas

dificuldades em encontrar um vestuário, fato que compromete demasiadamente a autoestima das mulheres.

Neste contexto, o *corpo obeso* torna-se um incômodo para as mulheres, por acarretar uma série de manifestações físicas que geram um enorme desconforto no grupo, comprometendo o bem-estar e a realização das tarefas rotineiras, incluindo o inconveniente de não ter o que vestir: *“é difícil ter excesso de peso, a gente se sente muito pesada, dá muito cansaço”; “estar gorda é nenhuma roupa servir na gente”; “a pessoa que é gorda demais se cansa, tudo você quer fazer, mas se sente cansada”; “tem dias que eu estou sem vontade de fazer nada. Eu sinto muita dor nas pernas, isso eu sinto muito”; “nem buscar lenha eu consigo mais porque tenho que subir morro e eu não aguento, eu perco a minha respiração”*. De acordo com Novaes (89) o atendimento psicológico a indivíduos pobres e obesos aponta para sujeitos *poliqueixosos*. Via de regra descrevem-se como pessoas extremamente ansiosas e com bastante labilidade afetiva, ou seja, alternam sintomas de ansiedade com depressão e uma profunda melancolia. Os relatos desses pacientes em um ambulatório público no Rio de Janeiro evidenciaram que o ganho de peso relacionava-se a episódios traumáticos, a estados de privação severa e a todos os tipos de violência doméstica e sexual, sofridas no âmbito familiar. De acordo com essa autora, *“são histórias de vidas marcadas pelo desamparo e pelo abandono, em que o excesso de adiposidade poderia apontar para uma proteção contra a violência e o desamparo”* (Novaes, 2012:108) (89). Nesta mesma direção, Casotti (69) verificou aspectos emocionais envolvidos nas práticas alimentares das mulheres de seu estudo. Comer para as mulheres, segundo a autora, ia além de uma simples compensação pelo provável estresse do trabalho, mas preenchia um vazio ou uma carência emocional profunda.

As mulheres ressentiam-se enormemente quando não encontravam um *vestuário* próprio. E esse sentimento relacionava-se a uma necessidade “natural” de ter o que vestir, uma vez que esta é uma prática básica e rotineira. No entanto, em seu dia a dia, as mulheres se deparam com um padrão de vestuário (imposto pela moda) direcionado apenas a um padrão de corpo: o magro (90). Padrão este que simplesmente não as considera, conforme os

relatos das próprias mulheres: *“a pessoa gorda atrapalha demais (...) não tem roupa que te serve. Tudo que veste, você acha que não está bem”*; *“eu fico chateada mesmo é quando eu vou comprar uma roupa porque meu número é 42, então ela me dá 46 e não entra! Ai a vendedora fala: não, não é nada não! É porque essa confecção veio com problema. E essas roupas bonitinhas são só até o número 40! Gorda não tem vez na loja! Eu brinco muito com elas: é só as magrinhas que existem, né? As gordinhas não existem, não?”*.

Inevitavelmente não encontrar uma roupa adequada para vestir afeta a autoestima das mulheres, conforme verificamos nos depoimentos a seguir: *“tem dias que eu me sinto enorme, é horrível!”*; *“eu não gosto do meu corpo”*; *“sou insatisfeita com o meu corpo”*; *“eu me sinto triste, a gente vai comprar roupa e não acha roupa que fica bem”*. Das 24 mulheres entrevistadas apenas quatro disseram sentir-se bem com o próprio corpo. Percebe-se que a questão da baixa autoestima e da aceitação do próprio corpo parecem elementos importantes no grupo investigado.

A preocupação com a “gordura” relacionava-se com a questão do comprometimento na saúde das mulheres, desvinculando-se, em parte, das dimensões estéticas, conforme revelavam os discursos, a seguir: *“eu quero perder gordura porque eu acho que eu posso ficar doente”*; *“gordura demais não é saúde”*. Isso porque os sinais e sintomas clínicos são muito frequentes, tais como: *“cansaço”*, *“dor nas pernas”*, *“dor na coluna”*; *“dói o corpo todo”*, *“sinto meu corpo pesado”*, *“pressão alta”*, *“é muito ruim, eu não consigo andar muito”*; *“eu sinto meu corpo muito pesado. Tem dia que meus pés incham, eu custo até para andar. Sinto falta de ar. Por eu ser gorda eu me sinto pesada demais”*; *“eu sempre estou com um trem doendo”*. O “nervoso” foi uma expressão também muito frequente nos discursos das mulheres a respeito do sobrepeso, conforme também revelaram outros trabalhos (91) (92): *“é porque eu sou muito nervosa”*; *“fico nervosa demais e como demais”*; *“é só nervoso”*.

Com relação ao momento em que perceberam o ganho de peso, semelhante ao que verificaram vários estudos realizados com mulheres obesas no Brasil (63) (89) (93) (92) (94) e esteve fortemente associado a dois momentos específicos da vida das mulheres: o casamento e a gravidez. Sendo a

maternidade o episódio mais marcante e presente em praticamente todos os discursos das mulheres entrevistadas: “antes de eu casar eu era magrinha”; “cada gravidez minha eu fui ganhando peso”; “eu era magrinha, depois que veio os filhos o trem desandou mesmo”; “foi depois de ter os meninos”. Nesta direção, a literatura tem evidenciado a correlação positiva entre obesidade, gravidez e pós-parto em mulheres brasileiras (93) (95) (96). O excesso de peso no pós-parto relaciona-se a uma gama de variáveis incluindo: ganho de peso inadequado durante a gestação, dieta, tempo e intensidade do aleitamento materno, raça negra, primiparidade, idade materna, baixa renda e baixa escolaridade (96) (97). No entanto no Brasil, a maioria das ações de saúde direcionadas ao pós-parto visa basicamente garantir o aleitamento materno (96).

No que diz respeito ao *enfrentamento da obesidade*, foi possível verificar *duas questões* fundamentais no depoimento das mulheres. Para o grupo intervir no excesso de peso significava seguir as *orientações médicas, ou seja*, ter “disciplina”; “autocontrole” (“fazer atividade física”; “caminhada”; “exercício”; “esporte”; “natação”; “andar”; “se puder, fazer academia”; “dieta”, “regime”; “alimentação certa”; “tem que fazer a coisa certa”; “fechar a boca”; “controlar a boca”; “parar de comer”; “fazer força”). Enfrentar o excesso de peso era ainda, para o grupo, ter maior *acesso a profissionais de saúde*, para deles obter “algumas recomendações”; “dicas”; “orientação”; “ter um “acompanhamento”. Nesse aspecto, consideram ser possível intervir sobre o problema com o auxílio de médicos e outros profissionais de saúde, através de consultas (com “médico” ou “nutricionista”). Contudo, pouco a pouco é possível delinear ao longo dos depoimentos das mulheres e dos titulares do Programa BF, as *reais dificuldades no enfrentamento do excesso de peso* pelo grupo.

Na análise de todo o material empírico verificamos o entrelaçamento de múltiplas dimensões operando na dinâmica da obesidade no grupo. Assim, constatamos que o corpo obeso “fala por si só”. Ele retrata e traduz fielmente a vida do grupo entrevistado. As mulheres apresentam pouca escolaridade, estão desempregadas ou subempregadas, têm filhos e/ou netos pequenos, vivem sozinhas ou em relações conflituosas (convivendo com a dependência química de seus cônjuges, que assim como elas estão “desempregados” ou

subempregados), são moradoras de áreas geográficas distantes e isoladas dos centros urbanos, residem em casas precárias, muitas sem saneamento e que depositam nos filhos o “futuro próspero” que para elas não chegou. Mulheres que vivem dilemas diários, inclusive aqueles relacionados à má alimentação. A obesidade expõe, portanto, uma outra face da pobreza, das desigualdades sociais na contemporaneidade. A obesidade nas mulheres entrevistadas no *Vale* está intimamente associada à pobreza e à questão de gênero. Um fenômeno extremamente desafiador, porque põe à tona o desencontro entre a realidade social e cultural das mulheres entrevistadas e as ações públicas de intervenção na obesidade. No capítulo a seguir aprofundo essa discussão.

Referencias Bibliográficas

1. Bourdieu P. Razões práticas: sobre a teoria da ação. Tradução: Mariza Correa. Editora: Papirus, Campinas, São Paulo, 1996.
2. Marques E. Redes sociais, segregação e pobreza em São Paulo. Editora UNESP, São Paulo, 20103.
3. Elias N, Scotson JL. Os estabelecidos e os *outsiders*: sociologia das relações de poder a partir de uma pequena comunidade. Editora: Jorge Zahar, Rio de Janeiro, 2000.
4. Wacquant L. As duas faces do gueto. Editora: Boitempo, São Paulo, 2008.
5. Bourdieu P. A distinção: crítica social do julgamento. 3ª Ed. Editora: Zouk, Porto Alegre, 2011.
6. Rocha S. Caracterização da pobreza no Brasil. In: IPEA. O Brasil no fim do século: desafios e propostas para ação governamental. Editora: IPEA, Rio de Janeiro, 1994.

7. IPEA. *Duas décadas de desigualdade e pobreza no Brasil medidas pela PNAD/IBGE. Comunicado do Ipea nº 159. IPEA: Rio de Janeiro, 2013*
8. Hirata H. Tendências recentes da precarização social e do trabalho: Brasil, França, Japão. *Cad. CRH*. 2011a; 24 (1): 15-22.
9. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Mensal de Emprego janeiro de 2013 [acessado 05 de fevereiro de 2013]. Disponível: www.ibge.gov.br
10. Bruschini MCA. Trabalho e gênero no Brasil nos últimos dez anos. *Cadernos de Pesquisa*. 2007; 37 (132):537-572.
11. Lavinhas, L. Emprego Feminino: O que há de novo e o que se repete. *Dados* [online]. 1997; 40 (1): 15-32.
12. Sorj B. Trabalho remunerado e trabalho não-remunerado. In: Oliveira, S. de; Recamán, M. Venturi, G. *A mulher brasileira nos espaços público e privado*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2004. p.107-119.
13. Bruschini MCA. *Mulher, casa e família*. Editora Vértice, São Paulo, 1990.
14. Hirata H. Trabalho do cuidado (*care*) em perspectivas comparada: França, Japão e Brasil. In: Abreu, MA (org). *Redistribuição, reconhecimento e representação: diálogos sobre igualdade de gênero*. Editora: Ipea, Brasília, 2011b. p. 83-108.
15. Lavinhas L. Estratégias femininas para conciliar trabalho remunerado e trabalho doméstico no século XXI. *Revista ABET*. 2011; 10 (2):56-79.
16. Brasil. Ministério da Educação. Programa Nacional de Acesso ao Ensino Médio e Emprego (PRONATEC). [acessado em 05 de outubro de 2013]. Disponível em [http: www.pronatec.mec.gov.br](http://www.pronatec.mec.gov.br).
17. Pereira RHM, Schwanen T. *Tempo de deslocamento casa – trabalho no Brasil (1992-2009)*. Editora: IPEA, Brasília, Rio de Janeiro, 2013.

18. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2000. [acessado 05 de fevereiro de 2013]. Disponível: www.ibge.gov.br
19. Macedo M dos S. Mulheres chefes de família e a perspectiva de gênero: trajetória de um tema e a crítica sobre a feminização da pobreza. Caderno CRH. 2008; 21 (53): 389-404.
20. Lavinhas L. Mulheres no universo da pobreza: o caso brasileiro. Revista Estudos Feministas. 1996; 4 (2): 464-479.
21. Barros R, Fox L, Mendonça R. Female-headed households, poverty, and the welfare of children in urban Brazil. Economic Development and Cultural Change. 1997; 45 (2): 231-257.
22. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar, 2011. [acessado 05 de fevereiro de 2013]. Disponível: www.ibge.gov.br
23. Brasil. MDS (Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome). Programa Brasil Carinhoso. [acessado em 05 de agosto de 2013]. Disponível em <http://www.mds.gov.br>.
24. Brasil. Ministério da Educação. [acessado em 05 de agosto de 2013]. Disponível em <http://www.mec.gov.br>.
25. Lavinhas L, Cobo B, Veiga A. Bolsa-família: impacto das transferências de renda sobre a autonomia das mulheres e as relações de gênero. Revista Latino-americana de Población. 2012.
26. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar, 2011. [acessado 05 de fevereiro de 2013]. Disponível: www.ibge.gov.br
27. Tilly C. O acesso desigual ao conhecimento científico. Tempo Social. 2006; 18 (2): 47-63.
28. Da Matta R. A casa e a rua. Espaço, cidadania, mulher e morte no Brasil. Editora: Rocco, Rio de Janeiro, 1997.

- 29.WHO. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Geneva: 1997.
30. Batista Filho M, [Assis AMO](#), Kac G. Transição Nutricional: conceitos e características. In: Kac G, Sichieri, R, Gigante DP. (org.). Epidemiologia Nutricional. 1ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, Atheneu, 2007.p. 445-460.
31. Brasil. Ministério da Saúde. *Vigitel Brasil 2010*: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. [acesso em 12 de maio de 2013]. Disponível em < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_2010.pdf>.
- 32 IBASE. Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas. Repercussões do programa bolsa família na segurança alimentar e nutricional das famílias beneficiadas. Editora: Ibase, Rio de Janeiro, 2008.
33. Baumann Z. Em busca da política. Editora: Jorge Zahar, Rio de Janeiro, 2000.
34. Marques E. Redes sociais, segregação e pobreza em São Paulo. Editora UNESP, São Paulo, 2010.
35. Candido A. Os parceiros do Rio Bonito. Editora 34, São Paulo, 2001.
36. Zaluar A. A máquina e a revolta: as organizações populares e o significado da pobreza. 2ª ed. Editora: Brasiliense, São Paulo, 2000.
37. Brasil. MDS (Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome). Programa Bolsa Família. Legislação e Instruções. [acessado em 05 de agosto de 2013]. Disponível em <http://www.mds.gov.br/bolsafamilia>.
38. Portal da Transparência nos Recursos Públicos Federais. [Acessado em: 22 de julho de 2013]. Disponível em: www.portaltransparencia.gov.br.
39. Soares S, Ribas RP, Soares FV. Focalização e cobertura do Programa Bolsa-Família: qual o significado dos 11 milhões de famílias. IPEA: Rio de Janeiro. Texto para Discussão nº 1396, 2009.

40. Soares FV, Soares S, Medeiros M, Osório RG. *Programas de transferência de renda no Brasil: impactos sobre a desigualdade*. Brasília: Ipea, 2006 (Texto para Discussão).
41. Soares S, Osório RG, Soares FV, Medeiros M, Zepeda E. Programas de transferência condicionada de renda no Brasil, Chile e México: impactos sobre a desigualdade. Brasília: Ipea, 2007 (texto para discussão, n. 1.293).
42. Hoffmann R. Transferências de renda e redução da desigualdade no Brasil e em cinco regiões, entre 1997 e 2005. In: Barros RP, Foguel MN, Ulyssea G. (Orgs.) *Desigualdade de renda no Brasil: uma análise da queda recente*, v. 2). Brasília: Ipea. 2007. p. 17-40.
43. Barros RP de, Foguel M, Ulyssea G. Desigualdade de renda no Brasil: uma análise da queda recente. Editora: IPEA, Brasília, 2007.
44. Sen A. Well-being, agency and freedom. The Dewey Lectures 1984. *Jornal of Philosophy*. 1985; 82:169-221.
45. Leão Rego W, Panzini A. Vozes do Bolsa Família: autonomia, dinheiro e cidadania. Editora: Unesp, São Paulo, 2013.
46. Streeten PP. Thinking about development. Cambridge: Cambridge University Press, 1995.
47. Costa VM, Castro LMC, Prado SD, Gugelmin SA. A “ajuda” do programa bolsa família: representações da transferência de renda para seus beneficiários. *Demetra*. 2012; 7(3): 203-216.
48. Pires A. Orçamento familiar e gênero: percepções do programa Bolsa Família. *Cadernos de Pesquisa*. 2012; 42 (145): 130-161.
49. Uchimura KY, Bosi MLM, Lima FEL de, Dobrykopf VF. Qualidade da alimentação: percepções de participantes do programa bolsa família. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012; 17(3):687-694.
50. Anschau, FR, Matsuo T, Segall-Correa AM. Insegurança alimentar entre beneficiários de programas de transferência de renda. *Revista Nutr.*, Campinas. 2012. 25(2):177-189.

51. Rasella D, Aquino R, Santos CAT, Paes-Sousa R, Barreto ML. Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities. 2013. Lancet 15: 01-8.
52. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Relatório de Condicionais do Programa Bolsa Família: 1º semestre de 2010. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Renda e Cidadania. Brasília, 2010.
53. Glewwe P, Kassouf AL. Qual é o Impacto do Programa Bolsa Família na Educação? Revista do Centro Internacional de Políticas para o Crescimento Inclusivo (CIP-CI). 2010; nº107:1-2.[acessado em 15 de março de 2013]. Disponível em < <http://www.ipc-undp.org/pub/port/IPCOnePager107.pdf>>
54. Glewwe P, Kassouf AL. The Impact of the Bolsa Escola/Família Conditional Cash Transfer Program on Enrollment, Drop Out Rates and Grade Promotion in Brazil. Minnesota: Department of Applied Economics, University of Minnesota. 2008.
55. IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). [acessado 15 de outubro de 2011]. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br>>
56. Ribeiro R, Cacciamali MC. Impactos do Programa Bolsa-Família Sobre os Indicadores Educacionais. Economia, Brasília(DF), 2012; 13 (2): 415–446.
57. Furtado BA. Índice de Vulnerabilidade das Famílias (2000-2010): resultados. Texto para Discussão nº 1835. Editora: IPEA, Brasília, Rio de Janeiro, 2013.
58. Trevisani J. de JD. Avaliação da implementação das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família e seu papel no cuidado à saúde: um estudo de caso no Município do Rio de Janeiro. Tese de Doutorado. SP: Universidade de São Paulo. 2012.
59. Santos CRB, Magalhães R. Pobreza e Política Social: a implementação de programas complementares do Programa Bolsa Família. Ciência & Saúde Coletiva. 2012; 17 (5): 1215-1224.

60. Bichir RM. O Bolsa Família na berlinda? Os desafios atuais dos programas de transferência de renda. 2010. Novos Estudos, Cebrap, 87 (1):115-129.
61. Soares, S. Bolsa Família: um resumo de seus impactos. Revista do Centro Internacional de Políticas para o Crescimento Inclusivo (CIP-CI). 2012; nº137:1-2.[acessado em 15 de março de 2013]. Disponível em: www.ipc-undp.org/pub/port/IPCOnePager137.pdf
62. Lavinas L, Nicoll M. Pobreza, transferências de renda e desigualdades de gênero: conexões diversas. Revista Parcerias Estratégicas. 2006; 22: 39-75.
63. Ferreira VA. Obesidade & pobreza: o aparente paradoxo. [Dissertação]. RJ: Escola Nacional de Saúde Pública – Fiocruz; 2003
64. Canesqui AM, Garcia RWD. Antropologia da nutrição: um diálogo possível. Editora: Fiocruz, Rio de Janeiro, 2005.
65. Canesqui AM. Comida de pobre, comida de rico: um estudo sobre alimentação num bairro popular [tese]. Campinas: Departamento de Medicina Preventiva e Social, Universidade Estadual de Campinas; 1976.
66. Abdala MC. Receita de mineiridade: a cozinha e a construção da imagem do mineiro. 2ª ed. Editora Edufu, Uberlândia, 2007.
67. Bruschini MCA, Riboldi AM. Revendo estereótipos: o papel dos homens no trabalho doméstico. Estudos Feministas. 2012; 20 (1): 259-287.
68. Hirata H, Kergoat D. Novas configurações da divisão sexual do trabalho. Cadernos de Pesquisa. 2007; 37(132):595-609.
69. Casotti L. À mesa com a família: um estudo do comportamento do consumidor de alimentos. Rio de Janeiro: Editora Coppead, UFRJ. 2010.
70. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: síntese de indicadores 2005. Rio de Janeiro: IBGE, 2006. [acessado 05 de fevereiro de 2013]. Disponível: www.ibge.gov.br
71. Ramos, DP. Pesquisas de usos do tempo: um instrumento para aferir as desigualdades de gênero. Estudos Feministas. 2009; 17(3): 861-970.

72. Frieiro E. Feijão, angu e couve: ensaio sobre a comida dos mineiros. Editora: Edusp, São Paulo, 1982.
73. Lévi-Strauss C. A origem dos modos à mesa. Editora: Cosac Naify, São Paulo, 2006.
74. Dutra RCA. A boa mesa mineira. [Dissertação]. RJ: Museu Nacional. Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1991.
75. Contreras J, Gracia M. Alimentação, sociedade e cultura. Editora: Fiocruz, Rio de Janeiro, 2011.
76. Douglas M. *Natural symbols: explorations in cosmology*. New York: Editora: Pantheon, 1974.
77. Câmara Cascudo L. História da alimentação no Brasil. Editora USP, São Paulo, 1983.
78. IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009: antropometria e análise do estado nutricional de crianças e adolescentes no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
79. Woortmann K. O sentido simbólico das práticas alimentares. In: Araújo WMC, Tenser CMR. (org.). *Gastronomia: cortes e recortes*. Brasília: SENAC; 2006: 23-55.
80. Da Matta R. O que faz o Brasil Brasil? Editora: Rocco, Rio de Janeiro, 1984.
81. Campos MS, Teixeira SM. Gênero, família e proteção social: as desigualdades fomentadas pela política social. *Revista Kátal*. Florianópolis. 2009;13(1):20-28.
82. Aguirre P. Aspectos socioantropológicos de la obesidad en la pobreza. In: Pena M, Bacallao J (org). *La obesidad en la pobreza: un nuevo reto para la salud pública*. Washington: OPAS, 2000. p.13-25.
83. Duran AC. Ambiente Alimentar Urbano em São Paulo, Brasil: avaliação, desigualdades e associação com o consumo alimentar. Tese de Doutorado. SP: Universidade de São Paulo. 2013.

84. Claro RM. Influência da Renda Familiar e dos Preços dos Alimentos sobre a Composição da Dieta Consumida nos Domicílios Brasileiros. Tese de Doutorado. SP: Faculdade de Saúde Pública de São Paulo – USP. 2010.
85. Fischler C. El (h)omnívoro- El gusto, la cocina y el cuerpo. Editora: Editorial Anagrama, Barcelona, 1995.
86. Grácia-Arnaiz M. Paradojas de la alimentación contemporánea. Editora: Icària, Barcelona; 1996.
87. Carrasco SP. Antropologia i alimentació: una proposta per l'estudi de la cultura alimentària. Editora: Bellaterra. Barcelona, 1992.
88. Neri M, Melo LCC de, Monte S RS. Superação da pobreza e a nova classe média no campo. Fundação Getúlio Vargas, Brasília: 2012.
89. Novaes J de V. Você tem fome de quê? Sobre a clínica da obesidade em um hospital público. In: Vilhena J de, Novaes J de V (org) Corpo para que te quero? Usos, abusos e desusos. Rio de Janeiro: Editora Puc-RJ, Appris; 2012. p.103-120.
90. Baudrillard J. A sociedade de consumo. 3ª Ed. Editora 70: Lisboa, 2010.
91. Canesqui AM. Olhares socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos. Editora: Hucitec, Fapesp, São Paulo, 2007.
92. Mendonça P C. Práticas Alimentares e de Atividade Física de Mulheres Obesas Atendidas em Unidades Públicas de Saúde do Município de Niterói: Trajetórias e Narrativas. . [Tese de Doutorado]. RJ: Escola Nacional de Saúde Publica - Fiocruz; 2005.
93. Novaes J de V. Com que corpo eu vou? Sociabilidade e usos do corpo nas mulheres das camadas altas e populares. Editora: Puc-Rio/Pallas, Rio de Janeiro, 2010.
94. Ferreira VA, Silva AE, Rodrigues CAA, Nunes NLA, Vigatto TC, Magalhães R. Desigualdade, pobreza e obesidade. Ciência & Saúde Coletiva. 2010; 15 (Supl.1): 1423-32.

95. Rebelo F, Castro MB, Dutra C, Schlussek MM, Kac G. Fatores associados à retenção de peso pós-parto em uma coorte de mulheres, 2005-2007. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.* 2010; 10 (2): 219-227.
96. Castro MBT, Kac, G, Sichieri R. Determinantes nutricionais e sócio-demográficos da variação de peso no pós-parto: uma revisão da literatura. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.* [online]. 2009; 9 (2):125-137.
97. Colebrusco LD de O. Fatores determinantes da variação de peso no período pós-parto. [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública de São Paulo, Usp; 2010.
98. Buvinic M, Gupta GR. Female-headed households and female-maintained families: are they worth targeting to reduce poverty in developing countries? *Economic Development and Cultural Change.* 1997; 45 (2): 259-280.

CAPÍTULO 6 – OBESIDADE E POBREZA NO VALE DO JEQUITINHONHA/MG

Nesta tese, procurei analisar as percepções, interpretações e práticas em torno da alimentação e do corpo obeso a partir da valorização do contexto social. Essa escolha partiu do reconhecimento de que as intervenções atuais direcionadas à problemática da obesidade tendem a desvincular o fenômeno do contexto social no qual os indivíduos obesos vivem, subestimando ou negligenciando o papel do espaço social na conformação do perfil de corpo desses indivíduos (1). A meu ver, a perpetuação dessas iniciativas de intervenção parece comprometer demasiadamente o enfrentamento da obesidade, que hoje se apresenta como um dos maiores desafios do campo da saúde pública em todo o mundo, inclusive no Brasil (2) (3). Minha tarefa neste trabalho, portanto, foi tentar transpor análises convencionais e tradicionais nesta área de investigação. Para isso procurei integrar campos disciplinares e utilizar instrumentos de pesquisa complementares na tentativa de respaldar este trabalho com argumentos mais consistentes, que possibilitassem de alguma forma responder a pergunta central dessa tese: como explicar o fenômeno da obesidade em um contexto singular, marcado por desigualdades sociais e pobreza, tal como a cidade de Diamantina no *Vale do Jequitinhonha/MG*? Como explicar perfis de corpos distintos entre mulheres, homens e crianças pobres nesta Região? Assim, após a análise de todo o material empírico, resultado da minha imersão em uma das Regiões mais marcadas pela pobreza e a desigualdade social do País, pude reconhecer os principais elementos envolvidos nessa dinâmica social que se expressa no corpo dos entrevistados.

Inicialmente posso dizer que o fenômeno da obesidade entre os pobres entrevistados expressa a lógica paradoxal que associa os preceitos democráticos igualitários, com a intensificação das desigualdades sociais e em saúde no Brasil (4). De um lado, o Estado brasileiro implementa um escopo de políticas públicas pautadas nos princípios da universalidade e da justiça social. De outro, intensifica as desigualdades geográficas, espaciais, raciais, sociais,

econômicas e de gênero (5) (6) (7) (8) (9) (10). O hiato entre o discurso democrático de igualdade e a realidade social dos indivíduos resulta, dessa maneira, em uma profunda fragmentação social com a ampliação de um contingente de pobres que vivenciam em seus contextos sociais situações de extrema precariedade, onde a dinâmica da obesidade na pobreza emerge como uma de suas múltiplas faces (11) (12) (13) (14) (15).

No Brasil, as desigualdades sociais são marcantes e persistem em função de sua natureza histórica e estrutural. Apesar dos avanços conquistados nas últimas décadas com a redução da pobreza e das desigualdades sociais, reflexos da adoção de políticas públicas inclusivas e universais adotadas pelo Estado brasileiro, o País ocupa uma das principais posições entre os países mais desiguais do mundo, com cerca de 16,3 milhões de pessoas em situação de pobreza extrema (16). Além disso, é preciso destacar que o Estado também evolui consideravelmente na construção de marcos legais com vistas a assegurar o bem-estar e a saúde de seus cidadãos. A inclusão do direito universal a saúde, assim como ao direito humano a alimentação na Constituição Federativa brasileira, são exemplos concretos dessa trajetória bem-sucedida. Contrariamente, neste mesmo período, observa-se a expressiva redução dos investimentos públicos em decorrência das medidas de ajuste fiscal e de estabilização monetária que acarretaram a *precarização* dos serviços de infraestrutura, que passaram a não garantir de forma satisfatória as demandas sociais e de cidadania da população (7). Como consequência, os indivíduos que ocupam as piores posições sociais são também aqueles com as piores condições de vida e saúde.

A dinâmica do excesso de peso entre as famílias entrevistadas se insere dessa forma nesse contexto político e social contraditório. O fenômeno revela o cenário contemporâneo brasileiro e ainda os resquícios históricos do modelo de colonização escravocrata; a institucionalização de políticas públicas extremamente desiguais implementadas por décadas no País; a precariedade das instituições governamentais nos contextos locais, em especial em Regiões geográficas mais isoladas do eixo Sul-Sudeste como o Norte e Nordeste, as cidades do interior e as zonas rurais do País, incluindo o *Vale do Jequitinhonha/MG*. Mas não apenas isso. O fenômeno da obesidade entre os

pobres entrevistados é um processo dinâmico e ambivalente. Ou seja, deriva não apenas das políticas e das ações do Estado na Região, mas fundamentalmente desse entrelaçamento entre os fatores de natureza macrossocial, os constrangimentos de ordem material, as experiências simbólicas e culturais, as oportunidades e contingências locais e à lógica das grandes corporações que regem os mercados globais. Sem dúvida, o fenômeno evidencia esse tecido de interdependência operando nesta dinâmica complexa e desafiante (17) (18) (19) (20) (21).

Nesta direção, constatei neste estudo o descompasso entre a garantia dos direitos sociais legalmente conquistados e o atendimento efetivo das demandas plenas de cidadania da população pobre entrevistada. Esses indivíduos convivem hoje com as garantias legais de cidadania e equidade. Contudo, o Estado não parece oferecer as condições reais para que esses brasileiros tenham de fato garantidos seus direitos civis e democráticos. Por exemplo, no campo da alimentação, o Estado incluiu o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) entre os direitos sociais estabelecidos no artigo 6º da Constituição Federal, por intermédio da Emenda Constitucional nº64 de 24 de fevereiro de 2010 (22), que visa assegurar a todos os brasileiros o acesso regular e permanente a uma alimentação digna, suficiente e nutricionalmente adequada. No entanto, pesquisas nacionais realizadas por instituições governamentais revelam que os brasileiros, em especial os mais pobres, não têm garantido esse direito humano. O Ministério da Saúde publicou no ano de 2010 os dados provenientes da *Vigitel*, pesquisa telefônica realizada com a população adulta em várias capitais brasileiras, os quais revelaram que apenas 30% dos adultos do País consumiam frutas e hortaliças com regularidade (23). Paralelamente, informações da Pesquisa de Orçamentos Familiares, divulgada no mesmo ano pelo IBGE, revelaram perfil semelhante: menos de 10% da população atingiu as recomendações de consumo de frutas, verduras e legumes. E o consumo desses alimentos, bem como de leite e derivados, revelou ser muito maior nas classes de mais alta renda. O consumo de alimentos para fins especiais, incluindo os que auxiliam na intervenção na obesidade, tais como os alimentos “*diets*” foram praticamente inexistentes nos estratos de menor renda (23). A Pesquisa do IBGE concluiu que a dieta da população brasileira é composta de alimentos com alto teor energético e baixo teor de nutrientes, configurando-se como uma alimentação inadequada e de risco para

déficits nutricionais e para as doenças crônicas não transmissíveis, sobretudo a obesidade.

Tais informações confirmam o hiato entre os direitos constitucionais adquiridos e as desigualdades no acesso à alimentação nutricionalmente adequada. Dessa forma, aderir a uma alimentação suficiente e de qualidade é para boa parcela da população brasileira uma medida muito pouco viável e factível, especialmente para a população mais pobre do País. Reconhecidamente existem desigualdades marcantes no acesso a alimentos “in natura”, orgânicos ou mais saudáveis, que notadamente são mais onerosos quando comparados com alimentos energéticos e/ou industrializados, sendo, portanto, dificilmente incluídos no cardápio dos pobres (24). Esta questão é crítica tendo em vista que uma dieta regular, nutritiva e, sobretudo, variada, constitui-se de um recurso imprescindível para as medidas de intervenção no excesso de peso, acarretando entraves concretos no enfrentamento do problema. A respeito dessa questão, é amplamente reconhecido que a pobreza tem uma enorme influência sobre o padrão de consumo obesogênico (25) (26) (24) (25) (26; 27; 28; 29; 30; 24; 3; 31).

Nesta direção, pode-se dizer que os aspectos simbólicos e culturais relacionam-se fundamentalmente com o fenômeno da obesidade entre os pobres. Em geral, famílias pobres que vivem situações de insegurança alimentar no Brasil tendem a consumir uma dieta monótona, composta basicamente por alimentos energéticos e de baixo custo, não apenas por uma questão de ordem material ou por aspectos ligados a praticidade e a palatabilidade, mas essencialmente por uma questão de natureza cultural (3) (24) (32) (14) (33). A monotonia alimentar entre os mais pobres não é uma questão recente. Há uma extensa literatura que descreve a alimentação dos mais pobres no Brasil ao longo dos séculos revelando que esse perfil de consumo alimentar foi construído historicamente desde os tempos da colonização e se intensifica mais recentemente com a difusão de alimentos calóricos e industrializados que são disponibilizados em larga escala e a baixo custo no País. Como descrito nos capítulos anteriores a dieta monótona e pouco nutritiva dos mais pobres fez parte de nossa tradição e cultura alimentar.

Há entre os mais pobres a predileção por alimentos calóricos à base de tubérculos, farináceos, grãos, gorduras e açúcares. Em contrapartida um baixo consumo de frutas, legumes e verduras (33) (34) (35) (11). Nesta direção, o enfrentamento desta questão impõe o desafio de criar espaços de negociação, diálogo e de esclarecimentos a respeito dos riscos envolvidos no consumo excessivo desses alimentos para essa população, em particular, sobretudo o relacionados ao excesso de peso e as doenças crônicas.

Soma-se a todos esses fatores a questão da acessibilidade e da conveniência que são entraves concretos na superação da obesidade entre os mais pobres. Em contextos sociais pauperizados observa-se, por exemplo, uma ampla oferta de produtos industrializados e calóricos. De fato, estudos nacionais e internacionais revelam que há uma disponibilidade limitada na comercialização de alimentos saudáveis em bairros mais populares quando comparados a outros bairros de maior nível socioeconômico (25). Esses ambientes são denominados de “*foods deserts*” – contextos onde há escassez de locais para a comercialização de alimentos mais variados e nutritivos. Em geral, bairros cujos moradores têm maior poder aquisitivo apresentam um maior número de opções saudáveis, quando comparados a estabelecimentos similares, mas localizados em áreas de menor nível socioeconômico. Neste sentido, além da variedade de produtos oferecida ser maior nesses locais, observa-se que os grandes supermercados varejistas localizam-se em geral distante dos bairros mais pobres, o que dificulta o acesso do grupo a esses locais, em função do transporte (seja devido à ausência do transporte público, seja pela impossibilidade de pagar por esse serviço). Esse reconhecimento sobre a disponibilidade de alimentos nos contextos locais é importante, sobretudo nos estudos com a população mais pobre, porque permite obter informações sobre o consumo alimentar desses grupos para além do ambiente domiciliar. Neste sentido, informações sobre o contexto alimentar em uma determinada localidade geográfica permite compreender melhor as opções e escolhas alimentares dos moradores daquele bairro e/ou Região (25) (36) (37) (38). Nesta tese observei, por exemplo, que nos bairros onde realizei as entrevistas prevaleciam os pequenos comércios que vendiam, em geral, alimentos densamente calóricos e de menor valor nutricional. Padarias, mercearias,

pequenas biroskas, onde se comercializavam pães, produtos industrializados (macarrão, açúcar, café, biscoitos, doces, refrigerantes), bebidas alcoólicas e poucos alimentos hortifrutigranjeiros. Em meu diário de campo registrei o valor de alguns produtos infantis e comparei com um supermercado varejista localizado em uma área mais central da cidade. A diferença de preços foi nitidamente maior nos mercados localizados nos bairros periféricos. O adicional girava em torno de 20 a 30% para cada produto. Na área rural a situação foi mais crítica. Nesses locais não havia supermercados e os pequenos comércios ofereciam uma variedade limitada de alimentos. Verduras, legumes e frutas, por exemplo, eram raros e muito caros. E dificilmente eram comprados pelas famílias que entrevistei, conforme verifiquei em vários relatos.

Paralelamente, os pobres encontram poucos recursos em suas rotinas diárias, para incluir atividades de lazer, atividades esportivas e/ou com algum dispêndio energético. A sobrecarga de tarefas diárias desempenhadas pelo grupo; a falta de flexibilidade de horários; o tempo gasto com o deslocamento casa-trabalho, a pouca condição material para otimizar os serviços domésticos atrelada à ausência de espaços públicos e seguros para realizar atividades físicas orientadas dificultam a adesão de qualquer prática nesse sentido (39). Nos bairros em que realizei a pesquisa eram escassos os locais disponíveis para o lazer. Importante destacar que hoje o sedentarismo é um fenômeno contemporâneo que acomete todos os indivíduos, independentemente de sua classe social (40). A pesquisa *Vigitel* do Ministério da Saúde no Brasil revelou que apenas 15% dos adultos entrevistados relataram realizar atividade física de lazer. Em contrapartida, 28% desses mesmos entrevistados disseram assistir televisão três ou mais horas por dia (41).

A respeito dessa questão, vale sinalizar que a lógica de como o indivíduo organiza o seu cotidiano e o seu tempo de lazer não é apenas um reflexo da sua situação econômica. Fundamentalmente ela traduz um comportamento social (42). Sem dúvida, elementos de natureza cultural operam nesses perfis de atividades. Neste trabalho, observei que os pobres desejavam, em seus “raros” momentos de descanso e de lazer, incluir atividades relacionadas ao convívio familiar dentro do espaço doméstico, especialmente assistir televisão ou brincar e conversar com os filhos ou netos. Tais comportamentos revelam

que as formas de “lazer” para os entrevistados assumem sentidos próprios e singulares, que podem, em algumas situações, se distanciar das concepções normativas largamente difundidas por outros grupos sociais (39).

6.1. Ambivalências e Contradições de ser “pobre e obeso” na atualidade

No imaginário coletivo contemporâneo os pobres que apresentam excesso de peso são julgados moralmente (43). É possível dizer, inclusive, que esses indivíduos são duplamente estigmatizados. São vistos não apenas como “desnecessários” socialmente por sua condição de *subconsumidores*, como também “desajustados” por seu excesso de gordura corporal. Dentro dessa visão, são considerados gordos porque não seguem as recomendações higiênicas impostas pelo mundo moderno (18). E dessa maneira, são julgados moralmente como desprovidos de “força de vontade” (porque não conseguem emagrecer); “descontrolados” (por comerem além do que precisam) e “preguiçosos” (por não cumprirem os rígidos preceitos de uma vida saudável). Neste cenário contemporâneo, são considerados “desviantes” porque transgridem as regras legitimadas socialmente (44). Em outras palavras, isso significa dizer que são considerados os únicos culpados por sua condição de obesos (43). Contudo, tais grupos estão longe de serem culpados por sua condição física e material. Essa culpabilização social gera inúmeros desconfortos psíquicos para esses indivíduos. E tais desconfortos muitas vezes são expressos no corpo. Diante de tantas “faltas” e de tamanha “invisibilidade social” é possível observar o adoecimento do corpo desses indivíduos. As situações adversas de vida impactam consideravelmente as condições de saúde do grupo onde se observa o aumento dos índices de adoecimento físico e mental (45). Baixa autoestima, isolamento social, vergonha, humilhação, desesperança, depressão, ansiedade, são distúrbios presentes na vida dos pobres e obesos contemporâneos. Estudos sobre o “estresse”, por exemplo, revelam que os mais pobres são alvos frequentes de diversos fatores estressores que impactam negativamente o perfil de saúde do grupo. De fato há uma distribuição social desigual das experiências estressoras que têm efeitos nos determinantes psicossociais desses indivíduos (46) (47). Há de se reconhecer que os pobres vivem de maneira extremamente penosa. Para além dos constrangimentos materiais que os privam de toda a sorte, vivem na

extrema incerteza do amanhã. E a pobreza não se reduz à insuficiência dos recursos materiais, à fome ou à escassez extrema, mas leva à falta de esperança e de perspectivas. Em outras palavras, sentem todo o mal-estar de *“viver uma vida, que não é vida”* (48).

Neste cenário social o alimento aparece, de alguma forma, como um componente fundamental para aplacar os dilemas diários. O alimento emerge, dessa maneira, como um elemento que propicia segurança, conforto e identidade cultural. Sem dúvida, a alimentação assume um componente emocional e cultural fundamental na vida desses indivíduos. Ela representa a memória afetiva e familiar, o vínculo com a sua história, as tradições, a cultura e a sua própria identidade enquanto sujeito e grupo social. Em algum grau, o papel assumido pela alimentação contraria a dinâmica da homogeneização alimentar contemporânea (49). Neste sentido, é possível afirmar que a obesidade entre os pobres é um fenômeno contemporâneo legítimo. Esses indivíduos buscam, por intermédio da alimentação, aplacar os “mal-estares” causados pela vida em meio à precariedade e a exclusão. A comida seria aqui utilizada como um recurso de contenção desses sofrimentos diários, um objeto capaz de minimizar as dores e a sensação de abandono social. Um recurso empregado, por exemplo, pelas mulheres dessa pesquisa, conforme descrevo a seguir.

6.2 A Face Feminina da Obesidade no Contexto Local

Neste estudo, pude constatar que o fenômeno da obesidade entre o grupo entrevistado era uma problemática vivenciada fundamentalmente pelas mulheres da Região. Conforme constatei nesta pesquisa, as mulheres vivenciavam de forma bastante conflituosa o excesso de atribuições advindas dos vários papéis sociais assumidos pelo grupo. Tal sobrecarga era expressa no perfil de corpo obeso das mulheres. Elas assumiam majoritariamente os serviços domésticos; os cuidados com os filhos e familiares (e, no caso das *“chefes de família”*, o sustento da casa); o gerenciamento dos escassos recursos provenientes de programas sociais, assim como as responsabilidades no cumprimento das contrapartidas exigidas pelo Programa. Além disso, constatei que essas mulheres com muita frequência negligenciavam as suas

necessidades em prol dos familiares, sobretudo a sua própria alimentação. Não raro, foi possível verificar que as mulheres separavam os alimentos mais saudáveis para as crianças e/ou seus cônjuges.

As mulheres entrevistadas nesta pesquisa viviam ainda uma dura realidade social no contexto urbano e rural de Diamantina, *Vale do Jequitinhonha*. Em geral, apresentavam baixa escolaridade e algumas eram inclusive analfabetas. Esse perfil revela que o analfabetismo é um problema importante para os grupos de menor renda, nos municípios de pequeno porte e nas áreas rurais do País (50). Essas mulheres apresentavam muito pouco acesso à informação e à tecnologia, em função do isolamento geográfico e do contexto local. Tal situação gerava desigualdades de oportunidades de trabalho, tendo em vista que a educação é, sem dúvida, um dos principais meios de acesso a melhores rendimentos e posições ocupacionais. Dessa maneira, a diminuição das desigualdades de acesso à educação e à informação neste grupo em particular poderia combater as desigualdades de renda e minimizar os efeitos da reprodução da pobreza (51). Como consequência deste perfil, as mulheres estavam inseridas em trabalhos informais, muito esporádicos, e recebiam baixa remuneração. Muitas mulheres da área rural, por exemplo, tinham que percorrer quilômetros de estrada de chão batido até a área urbana, para realizar uma faxina e receber quantias ínfimas por essa atividade, e ainda tinham que pagar transporte privado para ir e voltar. Diante dessa precariedade social as mulheres pareciam não ter muitas expectativas com relação ao futuro. O “futuro melhor” parecia estar mesmo reservado apenas aos filhos e netos.

No contexto local a obesidade revelou ser um fenômeno frequente nas mulheres e não nos homens ou no grupo infantojuvenil entrevistado. Ela pode ser considerada uma dinâmica contemporânea, que revela a rede de relações imbricadas nesse processo histórico, socioeconômico e cultural. Nesta direção, o corpo obeso evidenciava a teia de relações complexas que atravessavam o fenômeno em questão. Assim, várias dimensões da pobreza e das desigualdades sociais estavam presentes na experiência da obesidade no grupo – gênero, relações sociais locais, a biografia dos indivíduos, o isolamento

social, ciclo de vida, condições de vida, saúde, trabalho e lazer, assim como aspectos simbólicos e culturais.

O isolamento geográfico, o estabelecimento de redes sociais menores, as desigualdades no acesso à renda, ao trabalho, à informação e à tecnologia, representavam, portanto, as faces mais visíveis da pobreza e também do corpo obeso no grupo (52) (53) (54), de tal forma, que as mulheres pobres e obesas de Diamantina, *Vale do Jequitinhonha/MG* estavam excluídas das melhores oportunidades de trabalho, rendimentos, condições de infraestrutura, cultura e lazer. Neste aspecto, verifiquei a destituição dos direitos humanos mais elementares do grupo. O grupo investigado vivenciava, portanto, as faces contraditórias da exclusão e da pobreza, que se expressava ora na escassez das condições materiais e sociais de vida das mulheres, ora na opulência do corpo. Da mesma forma os homens, de forma ambivalente, vivenciavam por intermédio do corpo magro e desnutrido esse contexto de desigualdades sociais. Os corpos retratavam, portanto, de forma paradoxal, as situações penosas de se viver na Região. Para além do corpo biológico e da fome fisiológica, existia um corpo, que demandava, mas não se saciava (55). A obesidade entre as mulheres pobres entrevistadas me parece, dessa forma, uma demanda por direitos civis, autonomia e liberdade, trabalho e renda dignos, visibilidade social, equidade na divisão dos papéis de gênero, educação e saúde de qualidade, respeito a cultura e as tradições regionais, alimentação suficiente e nutricionalmente adequada e, sobretudo, pela própria sobrevivência existencial. Neste contexto, a “visibilidade corporal” advinda da obesidade contrapõe-se à “invisibilidade social” vivida pelas mulheres pobres. Diferentemente da pobreza que não é reconhecida socialmente, o corpo gordo quer ser notado, ou seja, quer de fato existir.

Esse é um debate profundo e extremamente complexo, tendo em vista que envolve questões éticas, políticas, morais e humanitárias. Tais constatações impõem o debate a respeito do delineamento de estratégias factíveis para o enfrentamento da problemática da obesidade entre os pobres no Brasil.

Referencias Bibliográficas

1. Delormier T, Frohlich KL, Potvin L. Food and eating as social practice. – understanding eating patterns as social phenomena and implications for public health. *Sociology of Health & Illness*. 2009; 31 (2): 215–28.
2. WHO. World Health Organization. Data and statistics. [acessado em 10 de março de 2013]. Disponível em: www.who.org.
3. IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009: antropometria e análise do estado nutricional de crianças e adolescentes no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
4. Escorel S. Os dilemas da equidade em saúde: aspectos conceituais. Brasília, DF: Opas, 2001. Disponível em: www.opas.org.br/serviços/arquivos. Acessado em: 15 de Nov, 2013.
5. Bahia L. A cor do SUS. Caderno Opinião. Jornal O Globo. Rio de Janeiro. Publicado em 25 de novembro de 2013.
6. Barros MB de A, Francisco PMSB, Zanchetta LM, Cesar CLG. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003-2008. *Ciencia e Saude Coletiva*, 2011;16 (9): 3755-3768.
7. Fleury S. Desigualdades injustas: o contradireito à saúde. *Psicologia e Sociedade*, 1011; 23(1): 45-52.
8. Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade. Fundação Nacional de Saúde: Brasília, FUNASA, 2005.
9. Nunes A, Santos JRS, Barata RB, Vianna SM. Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento. Brasília: OPAS/IPEA, 2001.
10. Travassos C, Viacava F, Fernandes C, Almeida CM. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2000; 5(1):133-149.

11. Zaluar A. A máquina e a revolta: as organizações populares e o significado da pobreza. 2ª ed. Editora: Brasiliense, São Paulo, 2000.
12. Tonial SR. Desnutrição e Obesidade: faces da desigualdade social no acesso aos alimentos e nas representações do corpo. [Tese de Doutorado]. RJ: Escola Nacional de Saúde Pública - Fiocruz; 2001.
13. Silva DO da. O fiel da balança na história do corpo obeso em mulheres de baixa renda. [Dissertação]. RJ: Escola Nacional de Saúde Pública - Fiocruz; 1997.
14. Ferreira VA. Obesidade & pobreza: o aparente paradoxo. [Dissertação]. RJ: Escola Nacional de Saúde Pública – Fiocruz; 2003.
15. Ferreira VA, [Magalhães R](#). Práticas alimentares cotidianas de mulheres obesas moradoras da Favela da Rocinha, Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2011; 16: 2983-2991.
16. IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada. A década inclusiva (2001-2011): desigualdade, pobreza e políticas de renda. Comunicados do IPEA. 2012.
17. Contreras J, Gracia M. Alimentação, sociedade e cultura. Editora: Fiocruz, Rio de Janeiro, 2011.
18. Baudrillard J. A sociedade de consumo. 3ª Ed. Editora 70: Lisboa, 2010.
19. Corcuff P. As novas sociologias; construções da realidade social. Editora: Edusc, São Paulo, 2001.
20. Elias N. A sociedade de corte. Editora Zahar, Rio de Janeiro, 2001.
21. Slater D. Consumer, culture e modernity. Editora: Polity Press, Cambridge, 2008.
22. Brasil. EC - Emenda Constitucional nº 64 de 24 de fevereiro de 2010. Altera o artigo 6º da Constituição Federal para introduzir a alimentação como direito social.
23. Brasil. Ministério da Saúde. *Vigitel Brasil 2010*: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e

Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. [acesso em 12 de maio de 2013]. Disponível em < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_2010.pdf>.

24. Ferreira VA, Silva AE, Rodrigues CAA, Nunes NLA, Vigatto TC, Magalhães R. Desigualdade, pobreza e obesidade. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010; 15 (Suppl.1): 1423-32.

25. Duran AC. Ambiente Alimentar Urbano em São Paulo, Brasil: avaliação, desigualdades e associação com o consumo alimentar. Tese de Doutorado. SP: Universidade de São Paulo. 2013.

26. Jorge MIE, Martins IS, Araujo EAC de. Diferenciais socioeconômicos e comportamentais no consumo de hortaliças e frutas em mulheres residentes em municípios da região metropolitana de São Paulo. *Revista de Nutrição*. 2008; 21 (6): 695-703.

27. Silva R de C, Oliveira AM, Szarfarc SC, Pinto E de J, Costa LCC da, Rodrigues LC. Iniquidades socioeconômicas na conformação dos padrões alimentares de crianças e adolescentes. *Rev. Nutr., Campinas*. 2012; 25(4):451-461.

28. Biragan JT. Consumo de frutas e hortaliças “in natura” no município de Piracicaba/SP e sua implicação socioeconômica no estado nutricional. [Dissertação de Mestrado]. Piracicaba (SP): Universidade de São Paulo; 2012.

29. Levy RB, Claro RM, Mondini L, Sichieri R, Monteiro CA. Regional and socioeconomic distribution of household food availability in Brazil, in 2008-

30. Mondini L, Moraes SA de, Freitas ICM de, Gimeno SGA. Consumo de frutas e hortaliças por adultos em Ribeirão Preto, SP. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2010; 44 (4): 686-694.

31. Claro RM, Monteiro CA. Renda familiar, preço de alimentos e aquisição domiciliar de frutas e hortaliças no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2010; 44 (6):1004-20.

32. Claro RM, Monteiro CA. Renda familiar, preço de alimentos e aquisição domiciliar de frutas e hortaliças no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2010; 44 (6):1004-20.

33. Frieiro E. Feijão, angu e couve: ensaio sobre a comida dos mineiros. Editora: Edusp, São Paulo, 1982.
34. Canesqui AM. Comida de pobre, comida de rico: um estudo sobre alimentação num bairro popular [tese]. Campinas: Departamento de Medicina Preventiva e Social, Universidade Estadual de Campinas; 1976.
35. Freire G. Açúcar: Uma sociologia do doce, com receitas de bolos e doces do Nordeste do Brasil. Companhia das Letras, São Paulo, 1997.
36. Ward PR, Verity F, Carter P, Tsourtos G, Coveney J, Chui-Wong K. Food Stress in Adelaide: The Relationship between Low Income and the Affordability of Healthy Food. *Journal of Environmental and Public Health*.
37. Walker RE, Keane CR, Burke JG. Disparities and access to healthy food in the United States: A review of food deserts literature. *Health & Place*. 2010; 16:876–884.
38. Powell LM, Slater S, Mirtcheva D, Bao Y, Chaloupka FJ. Food store availability and neighborhood characteristics in the United States. *Preventive Medicine*. 2007; 44:189–195.
39. Douglas M, Isherwood B. O mundo dos bens: para uma antropologia do consumo. Editora:UFRJ, Rio de Janeiro, 2004.
40. Lipovetsky G. A felicidade paradoxal: ensaio sobre a sociedade de hiperconsumo. Editora: Companhia da Letras, São Paulo, 2006.
41. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009: antropometria e análise do estado nutricional de crianças e adolescentes no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2010. [acessado 05 de fevereiro de 2013]. Disponível: www.ibge.gov.br
42. Bogenhold D. Social Inequality and the Sociology of Life Style: material and cultural aspects of social stratification. *The American Journal of Economics and Sociology*. 2001; 60 (4):829-847.

43. Fischler C. Obeso benigno, obeso maligno. In: Sant'Anna DB (org). Políticas do corpo: elementos para uma história das práticas corporais. São Paulo, Editora: Estação Liberdade; 1989.p.69-80.
44. Sudo N, Luz MT. Sentidos e significados do corpo: uma breve contribuição ao tema. Ceres, 2010; 5 (2): 101-112.
45. Ducan BB, Chor D, Aquino EML, Bensenor IM, Mill JG, Schmidt MI, Lotufo PA, Vigo A, Barreto SM. Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. Revista Saúde Pública, 2012, 46 (Supl): 126-34.
46. Faro A, Pereira ME. Raça, racismo e saúde: a desigualdade social da distribuição do estresse. Estudos de Psicologia, 2011;16 (3): 271-278.
47. Almeida S de S, Nascimento PCBD, Quaioti TCB. Quantidade e qualidade de produtos alimentícios anunciados na televisão brasileira. Revista Saúde Pública. 2002; 36(3):353-355.
48. Lipovetsky G. A felicidade paradoxal: ensaio sobre a sociedade de hiperconsumo. Editora: Companhia da Letras, São Paulo, 2006.
49. Contreras J, Gracia M. Alimentação, sociedade e cultura. Editora: Fiocruz, Rio de Janeiro, 2011
50. Castro JA de. Evolução e desigualdade na educação brasileira. Educ. Sociedade. 2009; 30 (108): 673-697.
51. Ribeiro CAC. Desigualdade de Oportunidades e Resultados Educacionais no Brasil. Dados, Revista de Ciências Sociais. 2011; 54 (1):41 a 87.
52. Wacquant L. As duas faces do gueto. Editora: Boitempo, São Paulo, 2008.
53. Tilly C. O acesso desigual ao conhecimento científico. Tempo Social. 2006;18 (2):47-63.
54. Marques E. Redes sociais, segregação e pobreza em São Paulo. Editora UNESP, São Paulo, 2010.

55. Seixas CM. Comer, demandar e desejar: considerações psicanalíticas sobre o corpo e o objeto na obesidade. [Dissertação]. RJ: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social; 2009.
56. Bauman Z. Danos colaterais: desigualdades sociais em uma era global. Editora: Jorge Zahar, Rio de Janeiro, 2013.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Obstáculos e Oportunidades para o Enfrentamento da Obesidade entre as Mulheres pobres do Vale do Jequitinhonha

A obesidade entre as mulheres pobres entrevistadas nesta pesquisa revela um fenômeno social complexo, que expressa as diversas situações de vulnerabilidade social vividas pelo grupo, bem como os múltiplos aspectos imbricados nesta dinâmica multifacetada, tais como alimentação, cultura, corpo, papéis sociais, gênero, educação, direitos sociais, trabalho e lazer. Fundamentalmente, o fenômeno traz à tona questões humanitárias e éticas que estão relacionadas à liberdade e à autonomia destas mulheres, à questão da cidadania, do respeito a cultura e as tradições locais e, ainda à temática da justiça social distributiva. Dessa forma, as considerações finais desta tese têm por intuito apontar os principais obstáculos e as possíveis oportunidades para o enfrentamento desta problemática tão desafiante.

Nesta direção, há de se considerar que em função de sua natureza complexa, o enfrentamento da obesidade nas mulheres pobres entrevistadas na Região envolve questões de ordem econômica, social, histórica, cultural e ainda de direitos civis. No *Vale do Jequitinhonha*, as iniquidades sofridas pelas mulheres entrevistadas advindas de suas péssimas condições de vida são certamente inaceitáveis para um País que assumiu o compromisso de erradicar a pobreza e promover a equidade social há exatos dez anos. A esse respeito, a estratégia governamental de combate à fome e à exclusão social por intermédio do programa de transferência condicionada de renda – o *Bolsa Família*, revelou ser uma intervenção política insuficiente para promover “*portas de saída da pobreza*”, e conseqüentemente a inclusão social das mulheres pobres do *Vale* e de suas famílias. O Programa BF sem dúvida alguma representa um avanço político extremamente positivo para as famílias entrevistadas, ao minimizar os efeitos perversos da pobreza, mas não parece ser capaz de transformar o contexto de extrema precariedade em que vivem esses concidadãos. Não há dúvidas de que a pobreza na Região do *Vale do Jequitinhonha* é de natureza estrutural. Neste sentido, é preciso reconhecer que apesar de todos os

avanços obtidos existe ainda um hiato social abissal, que requer uma ampla intervenção do Estado brasileiro. Por essa razão, um escopo de políticas públicas integradas parece ser uma medida política mais coerente para a Região, a fim de superar seu histórico déficit social e econômico (1). Há de se garantir, para além dos programas sociais de combate à fome e a pobreza, políticas amplas, de natureza intersetorial, em parceria com o setor privado e a sociedade civil, que considere as necessidades e vulnerabilidades das mulheres pobres da Região para que se possa, de fato, oferecer ao grupo serviços públicos eficientes e especialmente de qualidade. Isso significa dizer que o Estado deve garantir o acesso à infraestrutura adequada, assim como às ferramentas necessárias para que essas mulheres possam ter oportunidades para integrar-se socialmente, superando não apenas o isolamento geográfico, mas, sobretudo, o isolamento social. Investimentos públicos devem, portanto, assegurar trabalho e renda permanentes; acesso a terra; condições de moradia dignas; saneamento básico; transporte público; saúde integral e de qualidade; educação e qualificação profissional; acesso à tecnologia e à informação; sistemas de abastecimento alimentar; acesso a alimentação nutritiva e a espaços de lazer. Dessa forma, é de fundamental importância que as instituições do País democratizem o acesso dessas mulheres aos meios fundamentais de vida, incluindo os principais recursos educativos e tecnológicos com vistas à inclusão digital e à difusão de conhecimento (2). Tais medidas devem assegurar não apenas a efetiva inserção das mulheres pobres no contexto do trabalho contemporâneo, mas, sobretudo, contribuir para formar pessoas críticas, reflexivas e mais bem preparadas para realizarem suas escolhas e opções de como desejam viver, exercendo o seu protagonismo social.

O enfrentamento da obesidade entre as mulheres pobres de Diamantina, *Vale do Jequitinhonha/MG* impõe em primeiro lugar, uma reflexão crítica a respeito da efetividade das atuais ações de controle da obesidade no campo das políticas públicas brasileiras. Reconhecidamente a agenda para o tema da obesidade no País se estrutura dentro do modelo da promoção da saúde que dá ênfase as mudanças comportamentais individuais e coletivas privilegiando a dimensão biológica do problema, desconsiderando o papel histórico,

socioeconômico, simbólico e cultural imbricado neste processo. Enfrentar a obesidade no grupo impõe, dessa maneira, ações contextualizadas a realidade local. Ou seja, envolve medidas públicas mais amplas e integradas que considere a rede de interdependência que opera nesta dinâmica. Neste sentido, o desafio é considerar as especificidades locais e reconhecer as vulnerabilidades e potencialidades dos contextos sociais. Neste aspecto, medidas de geração de emprego e renda para os mais pobres na região do Vale do Jequitinhonha/MG; melhorias salariais com a redução do hiato entre homens e mulheres; qualificação profissional e inclusão digital; maior flexibilidade de horários nas jornadas de trabalho para as mulheres; ampliação do tempo de licença maternidade; auxílios sociais no caso de doenças crônicas como a obesidade. Além disso, a proposição de uma rede articulada de apoio integral à saúde e assistência social à mulher, que inclua: 1) ações de saúde (principalmente, no período do pós-parto e do puerpério); 2) oferta suficiente de creches e escolas públicas em horário integral; 3) apoio psicológico e de assistência social às famílias pobres que passam por múltiplos conflitos, incluindo o uso de drogas e álcool; 4) implementação de programas sociais específicos direcionados aos arranjos familiares chefiados por mulheres com filhos menores e outros dependentes; 5) institucionalização de espaços para a problematização das práticas sociais e de negociações na atenção básica de saúde local, entre outras ações, são medidas que se apresentam mais oportunas para superar a problemática da obesidade feminina entre a população pobre entrevistada na Região do *Vale do Jequitinhonha*.

No campo da alimentação e nutrição, os obstáculos para o enfrentamento da obesidade feminina envolvem o compromisso do Estado em proteger e defender através de mecanismos regulatórios os direitos sociais da população mais pobre. Isso porque há uma lacuna importante na área da regulação de alimentos no País. Neste sentido, é urgente a criação de uma legislação de alimentos que inclua a definição de limites para a adição de nutrientes específicos; medidas de taxaço de preços a produtos calóricos e de subsídios para a aquisição de alimentos saudáveis; regulação rigorosa das ações publicitárias com ênfase no direito do cidadão à informação e à escolha consciente que deve sobrepor os valores do mercado e do capital (3). Além

dessas medidas, torna-se fundamental ampliar a produção, comercialização e distribuição de alimentos mais nutritivos, “in natura” em contextos pauperizados, onde, reconhecidamente, há poucas opções saudáveis de alimentação fortalecendo a agricultura familiar e promovendo o auto consumo sustentável (4) (5).

Paralelamente, é preciso ressaltar que as práticas alimentares são influenciadas não apenas pela produção, oferta, acesso e disponibilidade de alimentos no contexto local, mas por fatores culturais, simbólicos e ideológicos relativos às crenças sobre a alimentação, o corpo, as formas de trabalho, de lazer e os papéis sociais de gênero. Como constatei nesta tese, as práticas alimentares das mulheres pobres entrevistadas eram fortemente influenciadas por uma cultura alimentar secular, que tem como base a predileção pelos alimentos altamente calóricos, as gorduras, os açúcares e farináceos, bem como pelas massas, os biscoitos, e os produtos industrializados – resquícios não somente de nossa tradição lusitana, mas da incorporação de escolhas alimentares advindas das mudanças nas práticas dietéticas contemporâneas (6) (7). A monotonia alimentar é ainda um traço marcante na cultura alimentar dos mais pobres. Em geral, nesses grupos há poucas variações no cardápio, o que em muitas circunstâncias compromete a qualidade da alimentação consumida e contribui para o perfil de obesidade no grupo (8) (9) (10) (11) (12). Ao mesmo tempo, questões simbólicas relacionadas ao corpo feminino e sua estreita interação com elementos da natureza, como a procriação, a maternidade e a feminilidade, repercutem no excesso de peso feminino. Formas de lazer próprias revelam ainda as singularidades e especificidades que operam no perfil de atividade física das mulheres entrevistadas no *Vale*. A valorização da família, do convívio com os filhos e netos, das atividades manuais e do espaço íntimo da casa, revelou ser uma prática social que conferia identidade ao grupo. A oferta limitada de espaços públicos de lazer e recreação nos bairros mais pobres e na área rural da Região são fatores que reforçam este perfil de atividades do grupo. Os papéis de gênero também organizam e balizam as práticas sociais das mulheres do *Vale*, reproduzindo as situações de vulnerabilidade e de desigualdades sociais. Os múltiplos papéis sociais assumidos pelas mulheres enquanto mães, esposas, titulares de

programas sociais e as principais responsáveis pelos afazeres do lar e os cuidados com os filhos e/ou netos expressam as desigualdades de gênero, que sem dúvida geram uma sobrecarga emocional e física importante no grupo. Dessa forma, foi frequente observar nas mulheres a ocorrência de Transtornos Mentais Comuns (TMC) com predomínio das queixas psicossomáticas (10) (13) (14).

Frente a este cenário, para enfrentar os múltiplos obstáculos envolvidos na problemática do excesso de peso feminino no contexto do *Vale do Jequitinhonha*, é preciso superar o descompasso entre as necessidades e demandas “reais” das mulheres e as ações públicas de intervenção à obesidade. A esse respeito, é importante considerar que as iniciativas de enfrentamento da obesidade no Brasil são, na prática, difusas e pouco integradas. E em geral estas ações estão pautadas apenas na dimensão biológica do problema (15). Por essa razão, elas priorizam o tratamento dietético, medicalizante e cirúrgico dos indivíduos obesos, nos diferentes ciclos de vida, a partir da visão biomédica que associa o problema ao nível das escolhas individuais, desconsiderando que as escolhas individuais, na alimentação ou no lazer, são fundamentalmente escolhas sociais, conforme constatei nesta tese. Ou seja, as escolhas individuais interagem com o contexto social e envolvem dimensões mais amplas como a produção, o abastecimento, o acesso, a disponibilidade, a renda, o contexto e a cultura local. Por essa razão, torna-se necessário repensar urgentemente os modelos tradicionais de intervenção à obesidade, largamente difundidos nos meios de comunicação e no campo da saúde, que atribuem a responsabilidade do excesso de peso apenas às escolhas individuais de alimentação e de atividade física. É preciso refletir se os protocolos pré-estabelecidos, os guias e as recomendações gerais para a população brasileira podem de fato nortear as ações de enfrentamento da obesidade e das doenças crônicas nas mulheres pobres em função do seu caráter extremamente normativo (16). Neste contexto, há de se considerar também a necessidade de investir na formação dos profissionais das áreas da saúde, educação e da assistência social, a fim de qualificar esses profissionais para o trabalho no espaço comunitário com a valorização do cuidado dentro do contexto da vida real dos indivíduos obesos

(17). Neste sentido, a valorização do contexto e da cultura local deve ser priorizada e não desconsiderada, como bem se observa na prática (18). Neste debate, vale destacar que a alimentação deve ser considerada como um patrimônio e preservada através do resgate e da valorização dos alimentos regionais típicos (19) sem desconsiderar os riscos envolvidos no consumo excessivo de certos alimentos e preparações. Construir caminhos dialógicos, instituir espaços de “escuta”, reflexão e negociações com a comunidade, considerando a complexidade das especificidades locais, são medidas fundamentais para que se possam encontrar estratégias mais factíveis para o sucesso das iniciativas de intervenção à obesidade. Tais medidas parecem ser bem mais promissoras na superação do déficit existente nas ações de enfrentamento do problema no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e das políticas públicas vigentes hoje no País (20) (21) (22). Por outro lado, oportunidades são vislumbradas no contexto local para a superação do fenômeno da obesidade feminina no grupo entrevistado no *Vale do Jequitinhonha*. Assim, embora algumas das mulheres entrevistadas não se “percebessem” como obesas, elas “sentiam” o enorme desconforto proveniente dos sintomas do excesso de peso, e por essa razão se preocupavam excessivamente com as repercussões negativas da obesidade na sua saúde e bem-estar. Esta constatação, sem dúvida alguma, contribui para a adesão do grupo às medidas de intervenção no problema. Além disso, na atenção básica e no âmbito do SUS, a estreita parceria entre as Equipes de Saúde da Família (ESFs) e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs) favorece a criação de espaços legítimos de escuta, reflexão e questionamentos das práticas sociais que são reproduzidas no cotidiano do grupo. Na atenção básica, a articulação com o programa Bolsa Família nas ações de enfrentamento da obesidade entre as mulheres pobres, permitiria fortalecer, expandir, consolidar e potencializar as ações de intervenção na obesidade, promovendo a universalização do cuidado. Neste aspecto é necessário, para além do monitoramento do estado nutricional dos beneficiários, ampliar as ações de vigilância nutricional aos titulares e demais familiares, a fim de realizar o diagnóstico da obesidade e o encaminhamento para o cuidado integral com mais agilidade e eficiência. Dessa forma, ampliar a cobertura para a família dos beneficiários do programa BF permitiria reconhecer o contexto de vida “real” do

grupo. Para os homens adultos do *Vale do Jequitinhonha*, por exemplo, esta ação seria fundamental para as intervenções relacionadas aos quadros de desnutrição e ainda para o diagnóstico dos casos de dependência química, com os devidos encaminhamentos para os centros de apoio específicos oferecidos no município. A esse respeito, vale ressaltar a urgência na realização de maiores investigações a respeito do baixo peso, da desnutrição e da dependência química entre a população masculina do *Vale*. De acordo com os resultados desta pesquisa, essas questões revelaram-se serem críticas na Região. Importante salientar também a necessidade de investir em estudos sobre o perfil alimentar e nutricional da população infantojuvenil da Região, incluindo avaliar a qualidade da merenda escolar oferecida e as ações de promoção da saúde no espaço da escola.

Concomitantemente, investimentos institucionais de amplo espectro na Região seriam extremamente oportunos para revitalizar a economia local, tendo em vista que a cidade de Diamantina, no século XVIII, foi uma das maiores economias do País, em função da extração de pedras preciosas, sobretudo o diamante. Investimentos públicos maciços e o estabelecimento de parcerias interinstitucionais – universidades locais, governo, setor privado, sociedade civil organizada, seriam fundamentais para retomar o potencial econômico da cidade a fim de superar o déficit histórico, social e econômico da Região. O fortalecimento de cooperativas e associações de moradores, da cultura, do turismo, da culinária e do artesanato regional se revela como uma oportunidade concreta de promover o crescimento econômico na Região do *Vale*. Especialmente, esses investimentos seriam fundamentais para enfrentar as iniquidades sofridas pelas populações mais pobres, em particular, as mulheres obesas. Fundamentalmente elas se apresentam como possibilidades mais factíveis frente ao contexto local, favorecendo novas “portas de saída da pobreza”. Na zona urbana, a inclusão de espaços públicos de cultura e lazer, ampliação do comércio varejista de alimentos, oferta de emprego e qualificação profissional, renda e inclusão digital seriam medidas com impacto positivo no controle da obesidade do grupo, conforme salientei anteriormente. Na zona rural, o Estado deve promover a reforma agrária e um sistema alimentar seguro, produtivo e equitativo, ou seja, um modelo de produção familiar

agroecológico, a fim de ampliar o acesso a uma dieta nutritiva e de qualidade nestas populações. Tais ações vitalizam as condições tradicionais e culturais de reprodução desses grupos em suas formas típicas de produção e de vida e permitem fixar a população no interior evitando processos migratórios tão comumente observados nas populações pobres (23).

Acredito que enfrentar a obesidade feminina na população pobre de Diamantina, *Vale do Jequitinhonha* é uma tarefa árdua, de longo prazo, porque impõe uma mudança estrutural de ordem política, econômica e social. Mais do que isso. Impõe mudanças culturais a partir de um compromisso ético não só do Estado, mas de toda a sociedade brasileira. Isso porque no Brasil, como bem sinaliza o antropólogo Roberto DaMatta (24), prevalece ainda a cultura da “desigualdade sobre a igualdade”, resquícios de uma trajetória histórica de políticas estatais extremamente desiguais adotadas pelo País. Por essa razão, enfrentar a obesidade entre as mulheres pobres do *Vale* impõe também uma mudança de natureza cultural em toda a sociedade, para que se repudiem as injustiças sociais. A obesidade feminina entre a população mais vulnerável socialmente é uma questão que deve estar, portanto, no cerne da agenda pública, assim como ocorreu com o programa Fome Zero e Bolsa Família, instituídos no ano de 2003 e 2004. O tema deve mobilizar a sociedade civil, o poder público, os setores privados e as instituições acadêmicas e de pesquisa. Não há dúvidas de que este é um debate de natureza intersetorial. Neste sentido, mais recentemente observam-se avanços que convergem nesta direção. A *Câmara Intersectorial de Segurança Alimentar e Nutricional* (CAISAN) composta por dezenove Ministérios, incluindo os Ministérios de Desenvolvimento Social e Combate a Fome, Saúde, Educação, Cidades, Agricultura, Pecuária e Abastecimento, além do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA) e da OPAS/OMS, apresentou no ano de 2011 o “Plano Intersectorial de Prevenção e Controle da Obesidade: promovendo modos de vida e alimentação adequada e saudável para a população brasileira”. Trata-se de um esforço governamental e intersectorial para o enfrentamento do problema no País. O objetivo do *Plano* é organizar uma estratégia articulada, conjunta e intersectorial para o enfrentamento do sobrepeso e da obesidade e de seus determinantes, considerando as ações

vigentes hoje no País. Atualmente, o *Plano* está em fase final para publicação no ano de 2014 (25).

Por fim, encerro esta tese com otimismo, mesmo reconhecendo que o enfrentamento da obesidade entre as mulheres pobres entrevistadas na cidade de Diamantina/*Vale do Jequitinhonha* é uma realidade árdua. Apesar deste cenário tão desigual e excludente, acredito na mudança. Acredito na transformação dos valores morais e éticos. Acredito na reconstrução dos direitos sociais. Acredito na afirmação da cidadania universal. Acredito em um modo de viver solidário, em que prevaleça o respeito mútuo, o amor ao próximo, o repúdio às iniquidades e, fundamentalmente, a responsabilidade social.

Referencias Bibliográficas

1. Leão Rego W, Panzini A. Vozes do Bolsa Família: autonomia, dinheiro e cidadania. Editora: Unesp, São Paulo, 2013.
2. Tilly C. O acesso desigual ao conhecimento científico. *Tempo Social*. 2006;18 (2):47-63.
3. Marins BR, Araujo IS de, Jacob S do C. A propaganda de alimentos: orientação, ou apenas estímulo ao consumo? *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;16(9):3873-3882.
4. Claro RM. Influência da Renda Familiar e dos Preços dos Alimentos sobre a Composição da Dieta Consumida nos Domicílios Brasileiros. Tese de Doutorado. SP: Faculdade de Saúde Pública de São Paulo – USP. 2010.
5. Ferreira VA, Silva AE, Rodrigues CAA, Nunes NLA, Vigatto TC, Magalhães R. Desigualdade, pobreza e obesidade. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010; 15 (Supl.1): 1423-32.
6. Frieiro E. Feijão, angu e couve: ensaio sobre a comida dos mineiros. Editora: Edusp, São Paulo, 1982.

7. Contreras J, Gracia M. Alimentação, sociedade e cultura. Editora: Fiocruz, Rio de Janeiro, 2011.
8. Ferreira VA, Silva AE, Rodrigues CAA, Nunes NLA, Vigatto TC, Magalhães R. Desigualdade, pobreza e obesidade. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010; 15 (Supl.1): 1423-32.
9. Ferreira VA, [Magalhães R](#). Obesidade entre os pobres no Brasil: a vulnerabilidade feminina. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011; 16 (1): 2279-2287.
10. Ferreira VA. Obesidade & pobreza: o aparente paradoxo. [Dissertação]. RJ: Escola Nacional de Saúde Pública – Fiocruz;
11. Tonial SR. Desnutrição e Obesidade: faces da desigualdade social no acesso aos alimentos e nas representações do corpo. [Tese de Doutorado]. RJ: Escola Nacional de Saúde Pública - Fiocruz; 2001.
12. Zaluar A. A máquina e a revolta: as organizações populares e o significado da pobreza. 2ª ed. Editora: Brasiliense, São Paulo, 2000.
13. Pinho Pde S, Araujo TN de. Associação entre sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns em mulheres. *Revista Bras. Epidemiol.* , 2012; 15 (3): 560-72.
14. Mendonça P C. Práticas Alimentares e de Atividade Física de Mulheres Obesas Atendidas em Unidades Públicas de Saúde do Município de Niterói: Trajetórias e Narrativas. . [Tese de Doutorado]. RJ: Escola Nacional de Saúde Pública - Fiocruz; 2005.
15. Coutinho JG, Gentil PC, Toral N. A desnutrição e obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única da nutrição. *Caderno de Saúde Pública*, 2008; 24 (Supl 2):332-340.
16. Canesqui AM. Olhares socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos. Editora: Hucitec, Fapesp, São Paulo, 2007.
17. Beckes DS, Beckes MTS, Erdmann AL, Bucher A, Marchiori MT, Koerich MS. Significado da atuação da equipe da Estratégia de Saúde da Família em uma

comunidade socialmente vulnerável. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2012; 17 (5): 1151-1157.

18. Delormier T, Frohlich KL, Potvin L. Food and eating as social practice. – understanding eating patterns as social phenomena and implications for public health. *Sociology of Health & Illness*. 2009; 31 (2): 215–28.

19. Freitas MCS de, Pena PGL. Segurança alimentar e nutricional: a produção do conhecimento com ênfase nos aspectos da cultura. *Rev. Nutr.* [online]. 2007; 20 (1): 69-81.

20. Jaime PC, Silva ACF da, Lima AMC de, Bortolini GA. Ações de alimentação e nutrição na atenção básica: a experiência de organização no Governo Brasileiro. *Rev. Nutr.*, Campinas. 2011; 24(6):809-824.

21. Santos AM dos, Scherer, PT. Reflexões acerca das políticas públicas no enfrentamento a obesidade no Brasil. *Sociedade em Debate*. 2011; 17 (1): 219-236.

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

23. Pessoa M de O, Ney, MG. Paradigmas do desenvolvimento e o exemplo do Instituto de Desenvolvimento dos Vales do Jequitinhonha, Mucuri e Norte de Minas através do Projeto de Combate à Pobreza Rural no Vale do Jequitinhonha-MG. *Inc. Soc.* 2012; 6(1):69-77.

24. Da Matta R. O Brasil odeia a igualdade, o mérito, o mercado. Entrevista no Portal da Democracia. [acessado em 05 de novembro de 2013]. Disponível em: <www.flc.org.br>.

25. MDS. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Câmara Intersectorial de Segurança Alimentar e Nutricional. CAISAN. Plano Intersectorial de Prevenção e Controle da Obesidade. [acessado em 20 de outubro de 2013]. Disponível em: www.mds.gov.br

ANEXOS

ANEXO A: PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA - ENSP/ FIOCRUZ



PROJETO DE PESQUISA

Título: Desigualdades sociais, pobreza e obesidade: um estudo sobre práticas alimentares no Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais.

Área Temática:

Área 9. A critério do CEP.

Versão: 2

CAAE: 05882512.3.0000.5240

Pesquisador: vanessa alves ferreira

Instituição: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - ENSP/FIOCRUZ

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 101.433

Data da Relatoria: 18/09/2012

Apresentação do Projeto:

Comentários em parecer anterior.

Objetivo da Pesquisa:

Comentários em parecer anterior.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Comentários em parecer anterior.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Comentários em parecer anterior.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Comentários em parecer anterior.

Recomendações:

Comentários em parecer anterior.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendências atendidas.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo

Bairro: Manguinhos

CEP: 21.041-210

UF: RJ

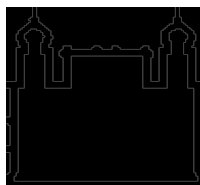
Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2598-2863

Fax: (21)2598-2863

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br

ANEXO B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Comitê de Ética em Pesquisa



ANEXO III - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Desigualdades sociais, pobreza e obesidade feminina.

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa “Desigualdades sociais, pobreza e obesidade feminina” desenvolvida por Vanessa Alves Ferreira, discente de Doutorado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação da Professora Dr^a. Rosana Magalhães. O objetivo central do estudo é: *analisar as práticas alimentares e concepções compartilhadas sobre consumo alimentar e obesidade em famílias beneficiadas pelo Programa Bolsa Família no Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais.*

O convite a sua participação se deve a ser representante de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família no Vale com diagnóstico de obesidade na família. Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir dela. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Dessa forma, qualquer dado que possa identificá-lo(a) será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material armazenado em local seguro.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a

pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista/questionário à pesquisadora do projeto. A entrevista somente será gravada se houver autorização do(a) entrevistado(a). Além disso, você será pesado(a) e sua altura será medida. A duração da entrevista é de aproximadamente uma hora. As entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso a elas a pesquisadora e sua orientadora.

Ao fim da pesquisa, todo o material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 196/96 e orientações do CEP/ENSP”.

O benefício relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é o de contribuir para a melhor compreensão do comportamento da obesidade na população beneficiada por programas sociais, particularmente o Bolsa Família no Brasil, a fim de possibilitar o delineamento de estratégias de prevenção e controle da obesidade no País.

A pesquisa pode acarretar algum tipo de constrangimento durante a entrevista ou mesmo na obtenção do peso e da estatura do(a) entrevistado(a) durante a pesagem. Por essa razão, a sua participação é voluntária e você pode deixar de participar em qualquer momento da pesquisa.

Os resultados serão divulgados em artigos científicos e na tese.

Este Termo é redigido em duas vias, sendo uma para o participante e outra para o pesquisador.

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa. Declaro ainda que autorizei a gravação da entrevista, assim como o acesso às informações contidas em meu prontuário de saúde.

Estou de acordo (Resolução CNS 196/96, item IV) e concordo em participar.

(Assinatura do sujeito da pesquisa)

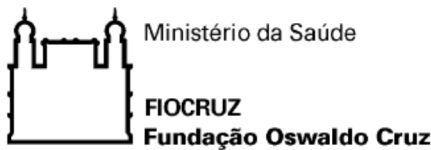
(Assinatura da Pesquisadora Responsável, Vanessa Alves Ferreira, Doutoranda de Saúde Pública na ENSP/FIOCRUZ - RJ).

Contato com a pesquisadora responsável:

Telefones: (21) 8142-6625. Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Andar Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP: Tel e Fax - (0XX) 21-25982863, E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br; <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

ANEXO C: ROTEIRO DE ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADO



TÍTULO DO PROJETO: *Desigualdades sociais, pobreza e obesidade feminina.*

Vamos começar a entrevista: eu vou fazer algumas perguntas a respeito da sua alimentação e do seu dia a dia.

1. Você pode me falar como normalmente é preparada a alimentação da família?
2. Agora me conte: como é feita a compra de alimentos na sua casa? Você pode me dar alguns exemplos dos alimentos que são comprados e os que não são comprados? E por quê?
3. Em algum momento a alimentação de alguém ou da família muda? Por quê?
4. Pode me descrever como é a sua alimentação? E o que gosta e o que não gosta de comer?
5. Para você o que é comer bem e o que é comer mal? E por quê?
6. O que você sabe sobre alimentação e o que você gostaria de saber sobre alimentação?
7. Na sua opinião, o que mais influencia a escolha dos alimentos na sua casa?
8. Você costuma comer fora de casa? (explorar o quê e por quê).
9. Por favor, me fale como era a alimentação na sua infância?
10. Agora eu gostaria que você me contasse: como normalmente é o seu dia?
11. Você tem algum tempo livre no seu dia a dia? O que você faz quando tem um tempo livre?

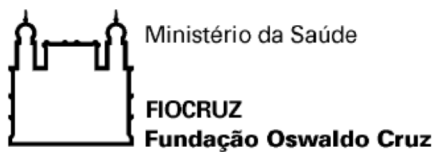
Agora eu vou fazer algumas perguntas a respeito do seu corpo:

- 12. Por favor, me fale como você se sente em relação ao seu corpo?
- 13. Em algum momento da sua vida seu corpo se modificou?
- 14. Para você o que é excesso de peso? E o que você gostaria de saber a esse respeito?
- 15. Em sua opinião, como é possível enfrentar o excesso de peso?

Por fim, eu vou fazer algumas perguntas relacionadas a sua vida:

- 16. Como é a sua relação com os familiares e vizinhos? Você faz parte de algum grupo, tem por hábito se reunir com parentes, amigos?
- 17. Quando você precisa de alguma ajuda a quem normalmente recorre?
- 18. Por favor, me fale: como é viver na casa e no bairro em que você mora? Você pode me dizer, o que é bom e o que é ruim?
- 19. Que mudanças você percebeu na sua vida com o recebimento do benefício do Programa Bolsa Família? Você pode me dar alguns exemplos?
- 20. Qual a sua opinião sobre o programa Bolsa Família?

ANEXO D: ROTEIRO ESTRUTURADO



NOME: _____ IDADE: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

TÍTULO DO PROJETO: *Desigualdades sociais, pobreza e obesidade feminina.*

Agora vou fazer algumas perguntas sobre moradia, acesso a serviços básicos e seu trabalho.

1. Primeiro me diga: onde você nasceu?

2. Quem mora na casa com você?

Grau de Parentesco ou tipo de vínculo:

Grau de Parentesco: _____ Sexo: () F () M. Idade: _____

Grau de Parentesco: _____ Sexo: () F () M. Idade: _____

Grau de Parentesco: _____ Sexo: () F () M. Idade: _____

Grau de Parentesco: _____ Sexo: () F () M. Idade: _____

Grau de Parentesco: _____ Sexo: () F () M. Idade: _____

Grau de Parentesco: _____ Sexo: () F () M. Idade: _____

3. Você frequentou a escola? Em caso afirmativo:

() fundamental incompleto () fundamental completo () segundo grau incompleto

() segundo grau completo () superior incompleto () superior completo ()

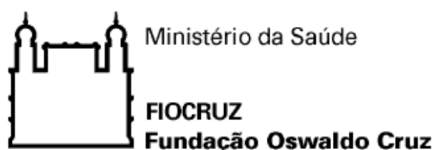
4. Alguém mais na sua casa frequenta a escola? (especificar idade e ano escolar): _____

5. Você trabalha? () S () N. Em caso afirmativo em que setor: () serviços () atividade rural () indústria () outros _____.

6. Quando você precisa sair ou ir para o trabalho como você vai? () a pé () ônibus () bicicleta () carro () outros.
7. Em média a renda da sua família é de:
() < 1 SM () 1 a 2 SM () > 3 salários () 3 a 5 SM () > 5 SM.
8. A sua casa é () própria () alugada () arrendada?
9. Tem quantos cômodos? () 3 () 3-5 () > 5
10. Tem água encanada e esgoto? () S () N. Como são esses serviços, na sua opinião? () ótimo () bom () regular () ruim () péssimo.
11. Como faz com o lixo? () o lixo é queimado () o lixo é coletado por empresa pública () o lixo é despejado em terreno baldio () outros fins.
12. Na casa tem telefone fixo? () Sim () Não.
13. Alguém possui celular? () Sim () Não.
14. Na casa tem computador? () Sim () Não. E internet? () Sim () Não.
15. Você usa o transporte público? () Sim () Não. Como é esse serviço, na sua opinião? () ótimo () bom () regular () ruim () péssimo.
16. Como você avalia os serviços de saúde na sua região? () ótimo () bom () regular () ruim () péssimo.
17. Alguém tem alguma doença na sua família? Precisa de tratamento especial ou usa remédio com regularidade? () S () N. _____

18. Como você avalia a escola na sua região? () ótima () boa () regular () ruim () péssima.
19. Você participa de algum sindicato, partido ou associação comunitária? () Sim () Não.
20. O que você acha do programa Bolsa Família? () ótimo () bom () regular () ruim () péssimo.

ANEXO E: ROTEIRO DE DEBATES – GRUPO FOCAL



TÍTULO DO PROJETO: *Desigualdades sociais, pobreza e obesidade feminina.*

Data do Encontro: ____/____/____

Local: _____ Horário: _____

Número de Participantes: _____

- **Informar sobre a Pesquisa:** *Meu nome é Vanessa e eu sou estudante e pesquisadora da Fundação Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro. Eu convidei vocês para este encontro com o objetivo de conversarmos sobre alguns temas relacionados à alimentação, ao corpo e às condições de vida de vocês. É mais um bate-papo informal, em que o que vale é a opinião de vocês. Assim gostaria de dizer que a participação de vocês é muito importante e fundamental para este trabalho de pesquisa e que é um prazer ter vocês aqui neste encontro.*
- **Gravação do encontro:** *É importante que saibam que nós estaremos gravando este encontro para evitar que alguma fala importante não seja registrada a tempo. Eu gostaria que todos participassem, só gostaria que não falassem ao mesmo tempo, para que a gente possa ouvir cada um de vocês. Vocês podem dar a opinião que quiserem porque vocês não serão identificados porque a gravação é para uso exclusivo da pesquisa. Ninguém será identificado.*
 1. Nossa pesquisa é sobre alimentação e sua relação com o corpo e com o dia a dia de vocês. Então, para começar gostaria que me falassem o que vocês pensam sobre alimentação.
 2. Na opinião de vocês, o quê é “comer bem”?
 3. Podem me descrever como é a alimentação de vocês no dia a dia?

4. Bom, vamos falar um pouco sobre o corpo. Por favor, me falem como vocês se sentem em relação ao corpo que têm hoje. Alguém aqui acha que tem excesso de peso? (Explorar desejos, opiniões sobre obesidade e saúde).
5. Todos aqui estão cadastrados no programa Bolsa Família que tem o objetivo de transferir renda, mas também de melhorar o acesso aos serviços de saúde e a escola. Como vocês avaliam o programa? O acesso aos serviços melhorou, ou piorou?
6. Muitas pesquisas demonstram que as famílias usam o benefício de muitas maneiras, podem comprar roupas para os filhos, pagar a prestação de um eletrodoméstico, fazer mais lanches fora de casa. Como vocês utilizam o benefício?
7. Especificamente, em relação à alimentação, para vocês o que mudou com o recebimento do benefício do Programa Bolsa Família?

APÊNDICE A: AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE DIAMANTINA.



PREFEITURA MUNICIPAL DE DIAMANTINA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Diamantina, 10 de setembro de 2012.

Prezados Senhores:

Eu Thaísa Mara Rocha Rodrigues Coordenadora da Atenção Básica de Saúde, declaro que tenho ciência e autorizo o Projeto de Pesquisa intitulado “**Desigualdades sociais, pobreza e obesidade: um estudo sobre práticas alimentares no vale do Jequitinhonha-MG**” proposto pela Professora **VANESSA ALVES FERREIRA**, a ser desenvolvido nas unidades da cidade, junto a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – FIOCRUZ .

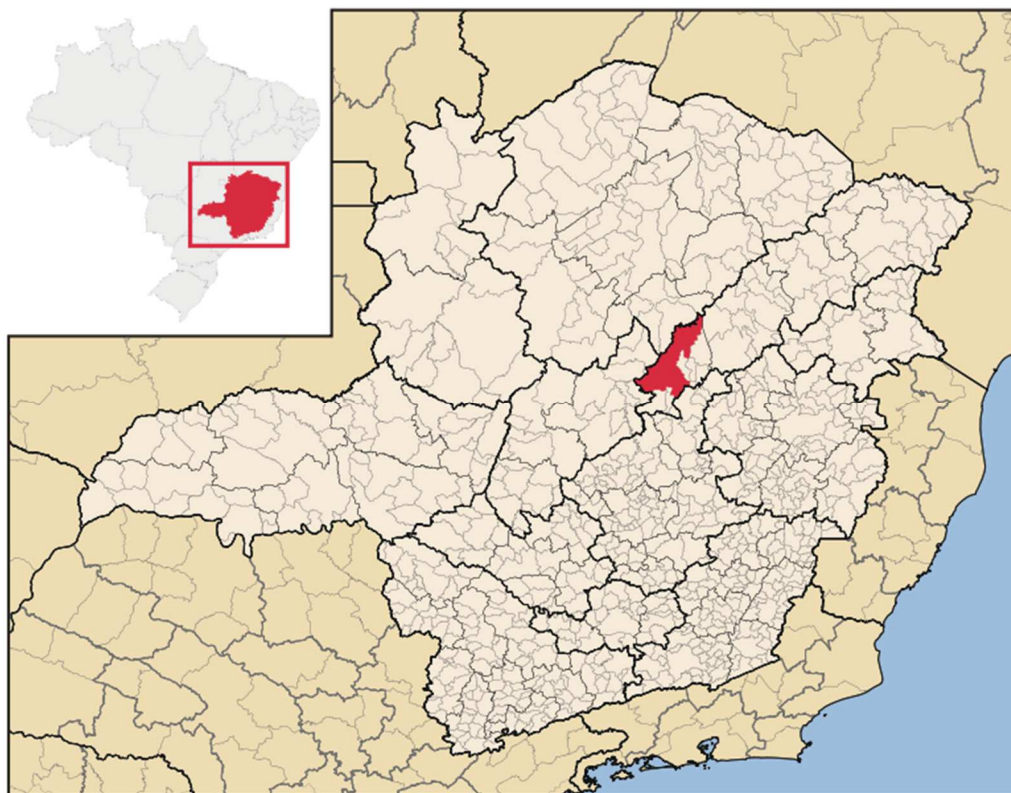
O referido projeto será desenvolvido nas Unidades GRUTA DE LURDES, PALHA E BELA VISTA, o qual só poderá ocorrer a partir da apresentação do Parecer de Aprovação do Comitê de Ética na Pesquisa da ENSP-FIOCRUZ-RJ e da Plataforma Brasil da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa CONEP do Conselho Nacional de Saúde.

Atenciosamente,


THAISA MARA ROCHA RODRIGUES
Enfermeira COREN/MG 042.843
Coordenador da Atenção Primária à Saúde
Diamantina - MG


THAISA MARA ROCHA RODRIGUES
ENFERMEIRA
COREN/MG 042.843

APÊNDICE B: MAPA DA CIDADE DE DIAMANTINA/MG



Fonte: Wikipédia (www.wikipédia.org.br).

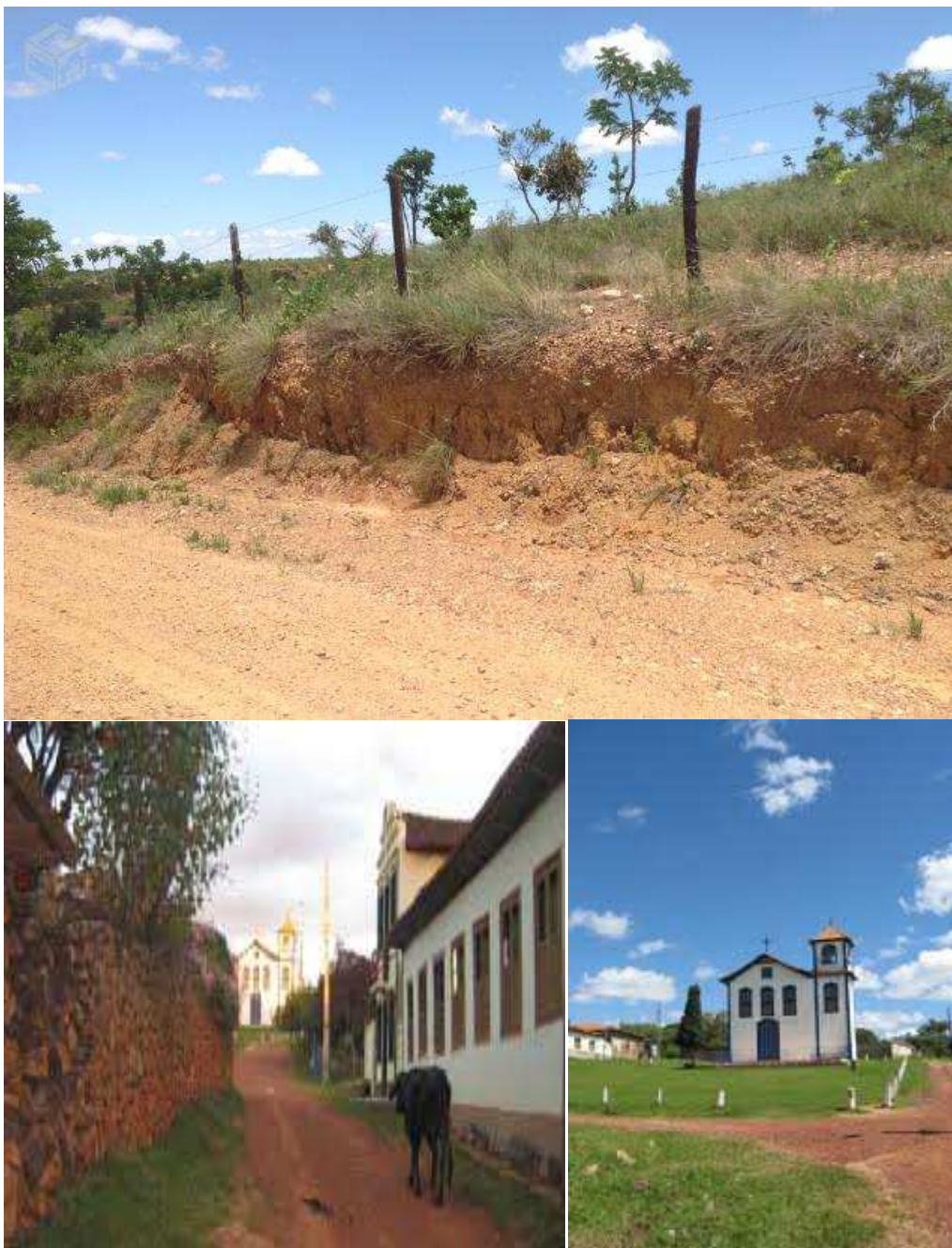
APÊNDICE C: FOTOS DO CENTRO HISTÓRICO DE DIAMANTINA/MG.



Fonte: Site Oficial de Diamantina (www.diamantina.mg.org.br)

APÊNDICE D: FOTOS REGISTRADAS DURANTE O TRABALHO DE CAMPO

A) Área Rural: Distrito de Extração.



B) Área Rural: Distrito do Vaú.



C) Área Urbana: bairro da Palha.



D) Área Urbana: bairro da Bela Vista.



