



Universidade de Brasília
CET – Centro de Excelência em Turismo

Pós-graduação *Lato Sensu* em Qualidade em Alimentos

Curso de Especialização em Qualidade em Alimentos

PUBLICIDADE TELEVISIVA DE ALIMENTOS E OBESIDADE INFANTIL

RODRIGO MARTINS DE VARGAS

Brasília – DF
Março / 2006

**Universidade de Brasília
CET – Centro de Excelência em Turismo**

Curso de Especialização em Qualidade em Alimentos

PUBLICIDADE TELEVISIVA DE ALIMENTOS E OBESIDADE INFANTIL

RODRIGO MARTINS DE VARGAS

Wilma Maria Araújo, Doutora
Professor Coordenador

Ana Paula Peretti, Mestre
Professor Orientador

Wilma Maria Araújo, Doutora
Professor Examinador

“Trabalho apresentado em cumprimento às exigências acadêmicas parciais do curso de pós-graduação lato sensu em Qualidade em Alimentos para a obtenção do grau de Especialista”

Vargas, Rodrigo Martins de

Publicidade Televisiva de Alimentos e Obesidade Infantil /
Rodrigo Martins de Vargas.

Monografia – Curso de Qualidade em Alimentos
Brasília – DF, março de 2006.

Área de Concentração: Saúde Pública

Orientadora: Ana Paula Peretti

1. Publicidade 2. Obesidade Infantil 3. Televisão 4. Regulamentação

RESUMO

A obesidade vem crescendo entre as crianças, o que constitui uma ameaça à saúde desse grupo. Na gênese desse problema, destaca-se, entre outros fatores, a adoção de hábitos alimentares nocivos influenciados pela exposição excessiva das crianças às pressões publicitárias da indústria de alimentos. O objetivo do presente estudo é revisar os dados da literatura científica sobre a influência da publicidade televisiva de alimentos no desenvolvimento da obesidade infantil, as principais estratégias de *marketing* utilizadas pelas redes publicitárias de alimentos e as ações internacionais e nacionais que estão sendo desenvolvidas para impedir ou minimizar o seu impacto na saúde da população. O trabalho foi realizado a partir de uma revisão da literatura científica e de regulamentações sobre o tema. Os dados comprovam a relação entre a publicidade televisiva de alimentos e o desenvolvimento da obesidade infantil. Além da má qualidade nutricional dos alimentos promovidos, as redes publicitárias utilizam diversas técnicas persuasivas que exploram a ingenuidade das crianças, fazendo com que elas passem a desejar e acabem adquirindo seus produtos. Diversos países já possuem regulamentação sobre a publicidade de alimentos ou sobre a publicidade direcionada às crianças. Assim, não se pode esperar que uma criança, altamente exposta a tais influências, tenha uma visão correta sobre o que é uma alimentação saudável. Nesse contexto, torna-se importante a construção participativa de uma regulamentação específica para as propagandas de alimentos direcionadas ao público infantil.

1. Publicidade
2. Obesidade Infantil
3. Televisão
4. Regulamentação

ABSTRACT

Obesity in children is increasing, being already a serious threat to their health. Among the many factors in the origin of that problem, we find unhealthy food habits induced by the high exposure of children to the food industry advertising strategies. The purpose of the present study is to review the scientific data about the relationship between food advertising and the development of children's obesity, the main marketing strategies utilized by the food industry and the international and national actions that have been developed to restrict the influence of food advertising on public health. The work consisted in the review of scientific researches and the international and national policies on that matter. There is strong evidence that support the relationship between food advertising and the development of children's obesity. Besides the bad nutritional quality of the food advertised, the industry uses different marketing strategies to make children want their products. Many countries have regulations on food advertisement or on advertising direct to children. We cannot expect that a child who is strongly exposed to these strategies can learn what is a healthy nutrition. Thus, it is important to establish a specific policy regarding the food advertisement direct to children that issue along with a continuous and close watch of food advertising directed at children.

1. Advertising

2. Children's Obesity

3. Television

4. Policies

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	1
2. METODOLOGIA.....	3
3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	4
3.1 Transição Epidemiológica.....	4
3.2 Transição Nutricional	5
3.3 Alterações Comportamentais.....	7
3.3.1 Sedentarismo.....	7
3.3.2 Alterações dos Hábitos Alimentares.....	8
3.4 Publicidade Televisiva e Obesidade Infantil.....	10
3.4.1 Investimentos Publicitários	11
3.4.2 Qualidade dos Alimentos Anunciados na Televisão.....	12
3.5 Estratégias Utilizadas para a Promoção de Alimentos.....	13
3.6 Experiências na Regulamentação da Publicidade.....	16
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	29
5. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS.....	31

SIGLAS, SÍMBOLOS E ABREVIATURAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CDC	Código de Defesa do Consumidor
CONAR	Conselho Nacional de Auto-Regulamentação Publicitária
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
ENDEF	Estudo Nacional da Despesa Familiar
IACFO	<i>International Association of Consumers Food Organizations</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICC	<i>International Chamber of Commerce</i>
INAN	Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
INCA	Instituto Nacional do Câncer
MERCOSUL	Mercado Comum do Sul
MS	Ministério da Saúde
MTV	<i>Music Television</i>
NCHS	<i>National Center for Health Statistics</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNSN	Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição
POF	Pesquisa de Orçamentos Familiares
PPV	Pesquisa sobre Padrões de Vida
RDC	Resolução de Diretoria Colegiada
SVS	Secretaria de Vigilância Sanitária
TV	Televisão
UnB	Universidade de Brasília
WHO	<i>World Health Organization</i>

1. INTRODUÇÃO

A alta prevalência de doenças crônicas não-transmissíveis – DCNT –, no Brasil, representa um grave problema de saúde pública. As doenças do aparelho circulatório, por exemplo, são o primeiro grupo de causa de mortes, seguido pelas causas externas e pelas neoplasias (Mello Jorge et al, 2001). Observa-se, também, uma rápida transição nutricional, caracterizada por uma diminuição da desnutrição e um aumento do sobrepeso e da obesidade da população (Monteiro et al, 1995). Entre as crianças, a obesidade vem crescendo de forma alarmante, constituindo-se numa ameaça à saúde e ao desenvolvimento destes grupos (Lamounier, 2000).

Na gênese deste problema encontram-se, entre outros fatores, escolhas alimentares inadequadas influenciadas pela exposição a mensagens que estimulam a adoção de hábitos alimentares nocivos (World Health Organization, 2003). As crianças são consideradas o grupo mais vulnerável a estas mensagens, pois são menos capazes de julgar criticamente sua intenção. Uma exposição de apenas 30 segundos, por exemplo, a comerciais de alimentos é capaz de influenciar a escolha de crianças para determinado produto (Borzekowski e Robinson, 2001). Isto ocorre porque as grandes redes publicitárias lançam mão de diversas estratégias de *marketing* que tornam o alimento mais atrativo e desejado pelo público infantil (Dalmeny et al, 2003). Ademais, os alimentos promovidos nesses comerciais são considerados pouco saudáveis e deveriam ter seu consumo reduzido e controlado. Dados de pesquisas nacionais, por exemplo, revelam que a maioria dos alimentos promovidos nos comerciais da televisão pertence ao grupo da pirâmide alimentar representado por gorduras, óleos, açúcares e doces (Almeida, 2002; Halpern, 2003).

Em 2001, o orçamento publicitário da indústria mundial de alimentos foi estimado em torno de 40 bilhões de dólares (Dalmeny et al, 2003). Isto representa, em termos práticos, que para cada dólar gasto pela Organização Mundial de Saúde (OMS) tentando promover uma nutrição saudável, 500 dólares são gastos pela indústria de alimentos na promoção de alimentos processados (Lang e Millstone,

2002). A televisão é o meio mais utilizado para a promoção de alimentos, pois tem a capacidade de alcançar grande audiência, além de atingir indivíduos que não lêem jornais e revistas como, por exemplo, as crianças.

Recentemente, as maiores redes publicitárias de alimentos foram alertadas de que os seus produtos estavam contribuindo para um ambiente obesogênico (UBS Warburg, 2002; J.P. Morgan, 2003). A Estratégia Global para a Promoção da Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde, da Organização Mundial de Saúde (2004), que tem como objetivo a formulação e a implementação de linhas de ação efetivas para reduzir substancialmente as mortes e doenças em todo o mundo, recomenda, enfaticamente, que os governos adotem medidas que assegurem o fornecimento de informações equilibradas aos consumidores, para facilitar a adoção de decisões saudáveis.

Nessas circunstâncias, muitos países já reconhecem a importância de impor restrições às peças publicitárias, por meio da elaboração de legislação, recomendações governamentais ou códigos de auto-regulamentação (Hawkes, 2004). Na Suécia e na Noruega, por exemplo, não é permitida qualquer propaganda televisiva direcionada para crianças menores de 12 anos (Dibb, 1996). Na Austrália e na Inglaterra existem normas específicas que controlam as estratégias da publicidade infantil (Children's Television Standards, 2002; The British Code of Advertising, 2003). No Brasil, a única legislação específica para regulamentação de propaganda comercial de alimentos atinge os produtos direcionados a lactentes e crianças na primeira infância (Brasil, 2002). No entanto, alguns avanços já podem ser observados nessa área.

Desta forma, o presente estudo tem por objetivo revisar os dados da literatura científica sobre a influência da publicidade televisiva de alimentos no desenvolvimento da obesidade infantil, as principais estratégias de *marketing* utilizadas pelas redes publicitárias de alimentos e as ações internacionais e nacionais que estão sendo desenvolvidas para impedir ou, pelo menos, minimizar o seu impacto na saúde da população, particularmente das crianças.

2. METODOLOGIA

O presente trabalho é uma revisão da literatura científica existente sobre o papel da publicidade televisiva de alimentos no desenvolvimento da obesidade infantil, as principais estratégias de *marketing* utilizadas pelas indústrias de alimentos e as experiências internacionais e nacionais no controle da publicidade de alimentos destinados ao público infantil.

A identificação dos trabalhos científicos relacionados com o tema foi realizada com o auxílio da Internet, mais especificamente com as ferramentas de busca de periódicos e trabalhos científicos, tais como: Lilacs e Medline. Foram utilizados, também, documentos e legislação, internacional e nacional, publicadas por organizações e governos envolvidos com o tema. Estas informações foram obtidas nos sítios oficiais destas organizações e governos.

A identificação e a leitura do material bibliográfico utilizado foi realizada entre o período de outubro de 2005 a janeiro de 2006. Os meses de janeiro e fevereiro de 2006 foram destinados a transcrição dos dados e formulação final da monografia.

3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

1.1 Transição Epidemiológica

As mudanças no relacionamento das populações com o seu meio ambiente, ocorridas no decorrer da história da humanidade, promoveram alterações significativas no estilo de vida das pessoas e, conseqüentemente, no padrão das doenças (Armelagos, 1990). As doenças infecciosas, principal causa de morte durante grande parte da existência humana, sofreram uma redução significativa durante os últimos séculos, com um concomitante aumento das doenças crônicas não-transmissíveis. Este fenômeno, conhecido como transição epidemiológica, ocorreu devido às mudanças sociais, demográficas, econômicas e biológicas sofridas pela humanidade neste período (Onram, 1971).

O aumento das DCNT foi inicialmente considerado um fenômeno exclusivo dos países desenvolvidos, sendo inclusive rotuladas de “doenças da prosperidade”. No entanto, os dados atuais revelam que o seu crescimento ocorreu, também, nos países em desenvolvimento e nas populações pobres dos países desenvolvidos. Na verdade, a velocidade de crescimento dessas patologias nos países em desenvolvimento é superior àquela observada, meio século atrás, nos países desenvolvidos (Popkin, 2002), criando um problema de saúde pública que demanda ações imediatas (World Health Organization, 2003). Esse crescimento acelerado tem como causas principais as mudanças radicais nos hábitos alimentares e nas atividades físicas provocados pelos avanços na industrialização, urbanização, crescimento econômico e globalização (World Health Organization, 2003; Popkin, 1998).

Dados da Organização Mundial de Saúde (2002) revelam que, em 2001, essas enfermidades foram responsáveis por 60% do total das 56,5 milhões de mortes notificadas no mundo. Quase metade de todas essas mortes é atribuída às doenças cardiovasculares. A obesidade e a diabetes também mostram tendências preocupantes, não somente porque afetam grande parte da população, mas também porque passaram a se desenvolver muito cedo (World Health Organization, 2003).

Há uma projeção mundial de que, em torno do ano 2020, essas enfermidades serão responsáveis por três quartos de todos os óbitos, sendo que 71% das mortes por doenças isquêmicas, 75% dos óbitos por infartos e 70% das mortes causadas por diabetes irão ocorrer em países em desenvolvimento (World Health Organization, 1998). O número de indivíduos que sofrem de diabetes irá aumentar mais de duas vezes e meia, passando de 85 milhões, em 1995, para 228 milhões, em 2025 (Aboderin, 2001).

Este paradigma também pode ser observado em nosso País. A transição epidemiológica se encontra em fase bastante adiantada, principalmente, nas Regiões Sudeste e Sul. A mortalidade, por doenças infecciosas e parasitárias, vem declinando continuamente. De 1996 para 1999, o decréscimo foi de aproximadamente 15%, sendo que, no Sudeste, correspondeu a 22% e, no Nordeste, a praticamente 20% (Mello Jorge et al, 2001).

A mortalidade devido às doenças do aparelho circulatório apresenta o mesmo padrão observado nas áreas desenvolvidas e na maioria dos países em desenvolvimento, isto é, trata-se do principal grupo de causa de mortes, representando, aproximadamente, 32% do total de óbitos no período de 1995 a 1999. Neste mesmo período o número de óbitos por causa da diabetes cresceu cerca de 26%. As segunda e terceira principais causas de mortes no País são, respectivamente, as causas externas e as neoplasias (Mello Jorge et al, 2001).

3.2 Transição Nutricional

Apesar da obesidade e do sobrepeso terem alcançado níveis nunca antes observados, as estimativas prevêm a continuidade de seus crescimentos, principalmente nos países em desenvolvimento (Popkin, 2002). No Brasil, observa-se uma rápida transição nutricional, com uma diminuição da desnutrição e um aumento do sobrepeso e da obesidade da população (Monteiro et al, 1995; Monteiro et al, 2000).

Os dados da última Pesquisa de Orçamento Familiar – POF (2002-2003) indicam que aproximadamente 40% dos indivíduos adultos do País apresentam excesso de peso, ou seja, IMC igual ou maior do que 25 kg/m², não havendo diferença substancial entre homens e mulheres. A prevalência do excesso de peso

na população adulta brasileira revela que este problema alcança grande expressão em todas as regiões do País, no meio urbano e no meio rural, e em todas as classes de rendimentos (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2004).

O padrão da evolução dos déficits ponderais é de declínio contínuo ao longo das pesquisas, tanto para os homens quanto para as mulheres. O declínio se configura intenso, particularmente, entre as décadas de 1970 e 1980, quando a prevalência de déficits ponderais, nos dois sexos, é reduzida em quase 50%. O excesso de peso e a obesidade aumentam contínua e intensamente na população masculina: a prevalência do excesso de peso mais do que duplica entre a primeira e a terceira pesquisa, enquanto a prevalência de obesos mais do que triplica. A evolução de excesso de peso e obesidade entre mulheres é distinta nos dois períodos demarcados pelas três pesquisas: aumentos de cerca de 50% entre 1974-1975 e 1989 e relativa estabilidade entre 1989 e 2002-2003 (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2004).

No período de 22 anos coberto pelos três inquéritos domiciliares (ENDEF – Estudo Nacional da Despesa Familiar; PNSN – Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição e PPV – Pesquisa sobre Padrões de Vida) realizados em 1974/75, 1989 e 1995/96, respectivamente, foi apontado um controle da desnutrição infantil, mesmo entre as famílias mais pobres. No entanto, apesar de se verificar uma diminuição nas taxas de desnutrição infantil, de maneira geral, este problema ainda continua presente nas Regiões Norte e Nordeste do país, nas zonas rurais e nas camadas de mais baixa renda.

Ainda, com relação a estes estudos, verificou-se que o risco da obesidade infantil apresentava elevação com o aumento da renda familiar. Mondini e Monteiro (1997) em sua análise revelaram que a prevalência de obesidade em crianças de seis a 35 meses, tomando como ponto de corte o percentil 95 do peso/altura da referência do NCHS, foi de 9,0%, sendo 8,5% para o sexo masculino e 9,6% para o sexo feminino.

Dentro deste contexto, as ações de Saúde Pública direcionadas para a prevenção primária das doenças crônicas não-transmissíveis são fundamentais, pois apresentam melhor custo/benefício e sustentabilidade (World Health Organization, 2003). Portanto, é fundamental que sejam adotadas medidas que procurem alterar os fatores de risco modificáveis dessas doenças, tais como: os fatores comportamentais (dieta, sedentarismo, tabagismo e etilismo), os fatores biológicos

(dislipidemia, hiperinsulinemia, hipertensão e sobrepeso), e os fatores sociais (uma complexa mistura de fatores sócio-econômicos, culturais e ambientais).

3.3 Alterações Comportamentais

3.3.1 Sedentarismo

A atividade física é um elemento fundamental para a manutenção da saúde e do peso saudável e quando adotada ao longo do curso da vida contribui para a prevenção e para a reversão de limitações funcionais. Isso é particularmente importante ao considerar-se o aumento da expectativa de vida e, conseqüentemente, o crescimento da população idosa no Brasil (Brasil, 2005a).

A Organização Mundial de Saúde recomenda pelo menos 30 minutos de atividade física (regular, intensa ou moderada) em todos ou na maioria dos dias da semana, a fim de prevenir as enfermidades cardiovasculares e o diabetes, bem como melhorar o estado funcional, nas diferentes fases do ciclo de vida, especialmente na fase adulta e idosa (World Health Organization, 2004).

No entanto, existe uma tendência mundial crescente de que as pessoas se tornem cada vez mais inativas fisicamente, especialmente porque os avanços tecnológicos produzem ocupações, profissões e modos de vida cada vez mais sedentários. A locomoção é realizada por meio de veículos automotores, as cidades são projetadas para carros e ônibus e os trabalhos manuais estão cada vez mais automatizados. As atividades de recreação mais ativas são substituídas por atividades de lazer mais sedentárias, tais como: assistir televisão e usar computadores e jogos eletrônicos. Adicionalmente, a falta de segurança pública e a violência são impedimentos para a prática de atividade física, fazendo com que crianças, jovens e adultos passem mais tempo em casa ou em locais fechados (Brasil, 2005a).

A Pesquisa sobre Padrões de Vida (PPV), realizada pelo IBGE em 1996/97, nas regiões Nordeste e Sudeste, é o único inquérito nacional disponível com dados sobre atividade física. Os dados revelam que apenas 13% dos adultos praticavam, no lazer, alguma atividade física regular (30 minutos diários pelo menos uma vez por semana) e que somente 3,3% seguiam a recomendação de acumular, no mínimo,

30 minutos diários de atividade física, em cinco ou mais dias da semana (Monteiro et al, 2003).

Em 2002/2003, o Ministério da Saúde, por meio do Instituto Nacional do Câncer (INCA), realizou um inquérito nacional, de base domiciliar, sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não-transmissíveis, em 15 capitais e no Distrito Federal. Diferentemente da PPV, o inquérito do INCA levou em consideração não somente a atividade física desenvolvida no momento de lazer, mas também a relacionada com ocupação, meios de locomoção e trabalho doméstico. Os dados das informações auto-referidas do inquérito revelam que existe uma variação de 28,2% a 54,5% de pessoas maiores de 15 anos de idade consideradas insuficientemente ativas nas 16 localidades pesquisadas. (Brasil, 2004).

Dados de uma pesquisa realizada em São Paulo indicam que entre 70% e 80% da população é sedentária (Matsudo et al, 2002). Ademais, a combinação do sedentarismo com outros fatores de risco, tais como tabagismo e má alimentação, favorece, sobremaneira, o desenvolvimento das DCNT.

3.3.2 Alterações nos Hábitos Alimentares

Quanto à alimentação, apesar de uma dieta nutricionalmente adequada ser fundamental para a manutenção da saúde e indispensável nas ações preventivas, nas últimas décadas pôde-se observar uma piora radical nos hábitos alimentares da população (Popkin, 1998). Em nível global podem ser identificadas grandes mudanças na dieta das populações a partir da segunda metade do Século XX, inicialmente, nas regiões mais industrializadas e, mais recentemente, nos países em desenvolvimento (World Health Organization, 2003).

As dietas tradicionais baseadas no consumo de alimentos de origem vegetal foram substituídas por alimentos refinados e processados, com maiores quantidades de energia, gorduras, açúcares, sal e produtos de origem animal (World Health Organization, 2002). A nova distribuição de tempo em função das exigências do mercado de trabalho aumenta a demanda por produtos práticos e de rápido preparo, tornando comum a realização de refeições fora do lar.

No final dos anos 70, as crianças norte-americanas consumiam 17% das suas refeições fora de casa e a ingestão de alimentos de restaurantes do tipo *fast-foods*

representava 2% do total de energia ingerida (Lin et al, 2001). Na metade dos anos 90 a proporção de alimentos consumidos fora de casa passou para 30% e a ingestão energética de alimentos de restaurantes *fast-foods* passou para 10%. Da mesma forma, o consumo diário de refrigerantes por adolescentes norte-americanos, do sexo masculino, cresceu de 179 gramas para 520 gramas e de 148 gramas para 337 gramas em adolescentes do sexo feminino (Cavadini et al, 2000).

Dados recentes da POF 2002/03 revelam que, entre 1974-1975 e 2002-2003, os seguintes gêneros alimentícios tiveram um aumento na sua aquisição: carnes em geral (50%), carne bovina (22%), carne de frango (mais de 100%), embutidos (300%), leite e derivados (36%), óleos e gorduras vegetais (16%), biscoitos (400%) e refeições prontas (80%). Os seguintes alimentos e grupos de alimentos mostraram tendência inversa: arroz (23%), feijões e demais leguminosas (30%), raízes e tubérculos (30%), peixes (50%), ovos (84%) e gordura animal (65%). Açúcar e refrigerantes mostraram tendências opostas no período, com redução do primeiro (23%) e aumento do segundo (400%). A participação na dieta de frutas, verduras e legumes permaneceu relativamente constante durante todo o período (entre 3% e 4%) e bastante aquém, portanto, da recomendação de 6% a 7% das calorias totais para a ingestão deste grupo de alimentos (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2004).

A participação relativa de alimentos e grupos de alimentos na disponibilidade alimentar domiciliar indica que os alimentos básicos de origem vegetal (cereais, leguminosas e raízes e tubérculos) correspondem à cerca de 50% das calorias totais, vindo, a seguir, com cerca de 28%, os alimentos essencialmente calóricos (óleos e gorduras vegetais, gordura animal, açúcar e refrigerantes e bebidas alcoólicas) e, com cerca de 18%, os produtos de origem animal (carnes, leite e derivados e ovos). Frutas e verduras e legumes correspondem a apenas 2,3% das calorias totais, ou cerca de um terço das recomendações para o consumo desses alimentos (pelo menos 400 gramas diárias ou cerca de 6-7% das calorias totais de uma dieta de 2.300 kcal diárias). Finalmente, refeições prontas e misturas industrializadas correspondem a 1,7% das calorias totais, condimentos a 0,6% e oleaginosas a 0,2% (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2004).

3.4 Publicidade Televisiva e a Obesidade Infantil

O crescimento da obesidade e de outras DCNT fez com que o papel da publicidade dos alimentos no desenvolvimento destas enfermidades fosse cada vez mais debatido. A partir dos dados apresentados, percebe-se o quanto as mudanças socioeconômicas e demográficas refletem nos hábitos alimentares dos indivíduos. Bleil (1998) destaca que além da óbvia necessidade de manter a saúde física, outros fatores, tais como a etnicidade, o status e o prestígio, a capacidade econômica, a aceitação de grupo sociais ou religiosos, o esnobismo alimentar e a pressão publicitária, desempenham papel importante na determinação das preferências alimentares.

Embora a propaganda de alimentos atinja todos os grupos etários, as crianças são as mais bombardeadas por essa veiculação. Dibb (1996) chama a atenção para o fato de as crianças requererem atenção especial no tocante às propagandas, pois elas são menos capazes, do que os adultos, de entender completamente a intenção do comercial, ou mesmo as suas técnicas persuasivas, e assim, são menos capazes de julgá-las criticamente. Por exemplo, as principais populações-alvo das indústrias de *fast-food* e de refrigerantes são as crianças e os adolescentes, respectivamente (Hawkes, 2002).

Jeffery et al (1982) mostrou que crianças expostas à propaganda de alimentos de baixo valor nutritivo tiveram um aumento significativo no total de energia consumida. Outro estudo demonstrou que o risco de obesidade foi duas vezes e meia maior para crianças que viam pelo menos quatro horas de televisão por dia em comparação com os que viam apenas uma hora por dia. (Crespo et al, 2001). Silva e Malina (2000) mostraram que, no município de Niterói, os adolescentes passam em média cinco horas na frente da televisão.

Gortmaker et al (1996) demonstraram que um indivíduo que assiste mais de cinco horas de televisão por dia apresenta 5,3 vezes mais chance de ser obeso, quando comparado com aqueles que assistem de zero até duas horas por dia. Análises americanas mostraram que durante a adolescência a prevalência de obesidade aumenta em 2% para cada hora adicional em frente à TV (Galst e White, 1976; Dietz e Gortmaker, 1985).

Dois mecanismos principais foram propostos para explicar a relação entre o peso corporal e a audiência à televisão: diminuição na energia gasta e o aumento da energia consumida, seja durante o programa ou em resposta às propagandas (Robinson, 1998). Robinson (1999) foi capaz de reduzir os valores do índice de massa corporal, prega cutânea triçiptal, circunferência da cintura e a relação cintura/quadril de crianças por meio da redução no número de horas que estas passavam assistindo TV, sendo, portanto, uma medida altamente efetiva no combate à obesidade.

3.4.1 Investimentos Publicitários

Os alimentos possuem um mercado consumidor potencial muito grande por serem produtos de demanda primária, que satisfazem necessidades biológicas. Assim, a indústria alimentícia investe pesado na publicidade de seus produtos, a fim de aumentar suas vendas, conforme pode ser observado nos dados apresentados a seguir.

Em 1997 foram gastos cerca de 11 bilhões de dólares em publicidade de alimentos nos Estados Unidos. Os investimentos dos restaurantes do tipo *fast-food* representaram 28% desse total. A televisão foi o meio de comunicação mais utilizado pelos produtores de alimentos, representando um investimento de 75% do seu orçamento. (Gallo, 1997). Em 2001, o orçamento publicitário das indústrias de alimentos mundial foi estimado em torno de 40 bilhões de dólares (Dalmeny et al, 2003).

No Brasil, o setor econômico de alimentação investiu em publicidade, aproximadamente, 869 milhões e um bilhão de reais, nos anos de 2004 e 2005, respectivamente. Neste mesmo período, os investimentos publicitários realizados somente com refrigerantes foram de, aproximadamente, 266,7 e 308 milhões de reais, respectivamente (Almanaque Ibope, 2005).

Segundo Gallo (1997), a televisão é o meio mais utilizado, porque tem a capacidade de alcançar grande audiência, além de alcançar indivíduos que não lêem jornais e revistas como, por exemplo, as crianças. As propagandas, na televisão, possibilitam a entrada de marcas e produtos nos lares através de sons, imagens e movimentos (Cobra, 1997; Kotler, 2000). Dados do Ibope Monitor indicam

que a televisão aberta é o meio de comunicação mais utilizado pelos publicitários, totalizando 48% dos investimentos, no Brasil.

O Departamento de Agricultura dos Estados Unidos gastou em 1997 cerca de 333,3 milhões de dólares em educação nutricional, o que é aproximadamente metade do valor gasto somente com a publicidade de refrigerantes (Gallo, 1997). Para cada dólar gasto pela OMS tentando promover a nutrição saudável, 500 dólares são gastos pela indústria de alimentos na promoção de alimentos processados (Lang & Millstone, 2002).

3.4.2 Qualidade dos Alimentos Anunciados na Televisão

Diversas pesquisas revelam que os alimentos mais veiculados nos comerciais são os que deveriam ter os seus consumos reduzidos, sugerindo que os tipos de alimentos exibidos nos comerciais de televisão, bem como a sua frequência, serão ditados pelo mercado e não por suas características nutricionais.

Em 1996, uma pesquisa em 13 países industrializados mostrou que as propagandas de alimentos contribuíram com quase metade de todos os anúncios, sendo a categoria de comercial mais exibida nos horários infantis (Dibb, 1996). Dibb e Castell (1995) em sua pesquisa sobre comerciais de alimentos no Reino Unido demonstraram que entre 95% e 99% dos alimentos promovidos pelos comerciais, durante o horário infantil, eram ricos em gordura, açúcar ou sal. Foi demonstrado, também, que durante o horário infantil a quantidade de propagandas sobre alimentos é bem maior do que no horário adulto.

Segundo Taras e Gage (1995), a qualidade nutricional dos alimentos anunciados em 1978 e em 1993 foi similar, sendo 69% deles ricos em açúcar, entre 35% e 40% ricos em gordura e entre 17% e 20% ricos em sódio.

No Brasil, este panorama se repete. Grazini (1996) identificou comerciais de alimentos, com duração de 30 segundos, em dois programas da TV aberta voltados a adolescentes, num período de 30 dias. Os dados revelam que os alimentos representaram 27% dos comerciais de um dos programas analisados e 19% do outro. Os principais produtos anunciados foram refrigerantes, chocolates, hambúrgueres e bebidas para esportista. Foram encontrados, também, anúncios de bala, batata-frita, biscoito, cerveja, cereal matinal, chá, salgadinho de milho, macarrão, maionese, pão, pipoca, pizza e sorvete.

Sanchez (1998) identificou em sua análise dos produtos alimentícios anunciados, entre outubro de 1997 e janeiro de 1998, das nove às dezoito horas, veiculados durante dois ou três dias da semana, selecionados aleatoriamente, que a categoria com maior número de produtos foi a de refrigerantes, seguido por cereais matinais, chocolates e iogurtes e similares.

Almeida (2002) mostrou que os produtos alimentícios (22%) são os mais freqüentemente veiculados na televisão brasileira, independentemente do horário ou do dia de programação. Além disso, 57,8% dos alimentos promovidos estão no grupo da pirâmide alimentar representado por gorduras, óleos, açúcares e doces. O grupo dos cereais, arroz e massas representou 21,2% das propagandas de alimentos, seguido pelo grupo do leite e derivados (11,7%) e pelo grupo carnes, ovos e leguminosas (9,3%). Existiu uma completa ausência de propagandas de frutas e vegetais.

Outro estudo realizado, durante 30 dias da programação infanto-juvenil, em três emissoras de canais aberto do Brasil, identificou que o grupo de alimentos foi o que apresentou maior percentual de comerciais veiculados (22,2%). Foi verificado, também, que a maioria dos alimentos promovidos era rico em gordura e açúcar, com 44% dos comerciais de alimentos veiculados. Em seguida apareceram os alimentos representados pelos grupos de pães e cereais (29%), leites e derivados (21%) e carnes (6%). Não foram identificadas propagandas de frutas e vegetais (Halpern, 2003).

3.5 Estratégias Utilizadas para Promoção de Alimentos

No momento da compra de um produto o indivíduo deve estar motivado, estimulado a realizar tal aquisição. Esta motivação pode ser fisiológica, como a fome, a sede e o desconforto, ou pode ser psicológica, como a necessidade de reconhecimento, estima, integração ou mesmo por curiosidade. Para vender um produto as empresas precisam comunicar-se com o público em geral, e, para isso, necessitam saber o que, para quem, quando e aonde dizer (Cobra, 1997; Kotler, 2000, Corrêa, 2002).

Uma das funções do *marketing* é entender e identificar como os indivíduos pensam e agem, além de como selecionam, compram e usam os produtos para poder satisfazer suas necessidades e os seus desejos. Assim, estas informações

podem ser empregadas na elaboração da publicidade, a fim de sensibilizar os clientes-alvo para aquisição dos produtos. (Kotler, 2000; Corrêa, 2002).

Com o intuito de promover a aquisição de seus produtos, a indústria de alimentos utiliza diversas técnicas persuasivas. Os comerciais de televisão são estruturados para estimular o consumidor a criar um laço emotivo com o produto, por meio de associação com momentos especiais e mágicos, valores familiares fortes, diversão ou mesmo tradições locais. As propagandas passam a idéia de *glamour*, geralmente utilizando crianças, adultos e adolescentes com boa aparência, celebridades e animações (Hawkes, 2002). Segundo Nestle (2002), as campanhas para crianças geralmente associam alimentos e bebidas com brinquedos, filmes, jogos e brindes colecionáveis.

Sabe-se que uma exposição de apenas 30 segundos a comerciais de alimentos é capaz de influenciar a escolha de crianças para determinado produto (Borzekowski e Robinson, 2001). Em pesquisa realizada pela MTV Networks Pesquisa & Planejamento Estratégico com 1508 crianças brasileiras, em abril de 2001, foi questionado como as crianças que assistiam TV aberta e fechada gastavam seu dinheiro. Os principais gastos referidos foram com alimentos, principalmente alfajor, goma de mascar, sorvete e refrigerante.

Uma pesquisa realizada no Reino Unido revelou que 73% das crianças entrevistadas pedem aos pais para comprar o que é exibido nas propagandas de doces e salgados e que 51% dessas não aceitam um não como resposta. Além disto, 71% das crianças admitiram já ter comprado algo para poder ganhar um brinde, demonstrando que essa técnica de *marketing* é uma poderosa arma para fazer o produto ser procurado (Wardle McLean Strategic Research Consultancy, 2000).

Vilaça et al (1997) demonstraram em seu estudo com crianças e adolescentes, na faixa etária de oito a dezoito anos, que estes preferem comerciais com visual chamativo e que a inserção de *jingles* nos comerciais ajuda no reconhecimento do produto, sendo facilmente assimilado pelas crianças e adolescentes. Outro estudo com adolescentes de classe média da região Norte do Brasil demonstrou que sua preferência por merendas não-nutritivas era influenciada, principalmente, pela família e pela televisão (Doyle e Feldman, 1997).

Halpern (2003) demonstrou que a maioria dos comerciais de alimentos veiculados apresentava características que despertavam a atenção do público

infantil. Dos 38 alimentos promovidos no período analisado, somente 5 mencionavam alguma característica nutricional do alimento, demonstrando a pouca atenção que é dada a este tema. Além disto, todos os alimentos anunciados nos programas voltados para crianças foram lembrados pelos alunos entrevistados, comprovando a influência da televisão no hábito alimentar deste público.

Sigman (2000) chama a atenção para o fato de as crianças necessitarem dos seus pais para fazerem escolhas corretas para o seu bem-estar. Isto é explorado pelos publicitários através da associação de alimentos e bebidas com a imagem dos pais.

Segundo Fernandes (1997), as empresas têm explorado o poder de decisão das crianças que, cada vez mais, adquirem autonomia para decidir a marca e o produto que querem consumir; também os pais permitem, com mais freqüência, que os filhos opinem e façam escolhas com base nos seus desejos e vontades. As crianças influenciam tanto nas compras de itens para elas mesmas, como para a casa e itens não-domésticos. O aumento do poder de decisão deste público vem ocorrendo, provavelmente, por conta de alterações na dinâmica familiar, tais como: diminuição do número de filhos, permitindo que as crianças participem mais das decisões da família; alteração no padrão das famílias, sendo que com o grande número de pais separados o filho se torna o principal companheiro; e maior ausência dos pais devido às demandas do trabalho, que acabam compensando o tempo longe dos filhos com a aquisição de bens materiais.

Galst e White (1976) acompanharam crianças com suas mães no supermercado para investigar tentativas de influência nas compras e verificaram uma tentativa a cada dois minutos, sendo que 45% das crianças obtiveram sucesso.

Assim, as principais estratégias utilizadas pelas grandes redes publicitárias de alimentos para promover seus produtos ao público infantil podem ser resumidas em:

- uso de imperativos que induzem diretamente o consumo ou que induzem a criança a pedir para os pais ou outra pessoa que compre o produto;
- uso de linguagem, recursos gráficos e audiovisuais pertencentes ao universo infantil, tais como “animais humanizados”, bonecos ou animações;
- utilização de crianças nas peças publicitárias;
- associação do produto a personagens de filmes, desenhos infantis ou personalidades famosas;

- associação do produto a determinado sentimento, estilo de vida, condição social ou maturidade;
- associação do produto à figura materna ou paterna;
- informações incorretas sobre o real valor nutritivo do alimento ou possíveis benefícios à saúde;
- oferta de recompensas extrínsecas pela aquisição do alimentos, tais como brindes, recompensas ou prêmios;
- uso de cenas, ilustrações, áudio ou vídeo mostrando a ingestão exagerada do produto;
- apelo sexual ou erótico; e
- elevada frequência de veiculação e repetição da peça publicitária.

3.6 Experiências de Regulamentação da Publicidade

Assim, como pode ser observado existem muitos estudos e dados disponíveis sobre as estratégias publicitárias televisivas utilizadas pela indústria de alimentos e sua influência sobre a saúde da população, especialmente em relação às crianças. Recentemente, as maiores redes publicitárias de alimentos foram alertadas de que os seus produtos estavam contribuindo para um ambiente obesogênico (UBS Warburg, 2002; J.P. Morgan, 2003).

A Estratégia Global para Promoção da Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde, da Organização Mundial de Saúde (2004), que tem como objetivo a formulação e implementação de linhas-de-ação efetivas para reduzir substancialmente as mortes e as doenças em todo o mundo, recomenda, enfaticamente, que os governos adotem medidas que assegurem o fornecimento de informações equilibradas aos consumidores, para facilitar a adoção de decisões saudáveis.

O referido documento recomenda, explicitamente, que os governos trabalhem em parceria com as associações de consumidores, a indústria de alimentos e as redes de publicidades, a fim de desenvolver formas adequadas de evitar que a publicidade explore a inexperiência das crianças e estimule a adoção de práticas alimentares inadequadas, bem como o sedentarismo (World Health Organization, 2004).

A publicidade de alimentos para crianças é controlada de maneira geral e específica por diversos tipos de regulamentação: regulamentações estatutárias e normas de auto-regulamentação aplicáveis a todas as pessoas e produtos; regulamentações estatutárias e diretrizes de auto-regulamentação direcionadas, especificamente, para as crianças; restrições estatutárias específicas para crianças; e regulamentações estatutárias e diretrizes de auto-regulamentação específicas para a publicidade de alimentos (Hawkes, 2004).

Geralmente, o objetivo das regulamentações estatutárias é garantir que sejam obedecidas certas diretrizes e/ou restringir o tempo e o conteúdo da publicidade. Estas regulamentações têm como princípio básico o fato de que a publicidade não deve, nunca, ser enganosa e reconhecem as crianças como grupo vulnerável. São cláusulas, tipicamente encontradas nas regulamentações nacionais, aquelas que determinam que a publicidade não deve explorar a credulidade das crianças, não deve ser danosa a sua saúde física, mental e moral, não deve fazer com que elas se sintam inferiores às crianças que possuem o produto, bem como não deve induzir as crianças a pedir aos seus responsáveis para comprar o produto (Hawkes, 2004).

A auto-regulamentação é baseada nos mesmos princípios que as regulamentações estatutárias, atendendo principalmente ao fato de que a publicidade não deve, nunca, ser enganosa. Geralmente, a auto-regulamentação é encontrada na forma de códigos com diretrizes éticas, sendo extremamente raro restrições quanto ao tempo e conteúdo da publicidade. Globalmente, o desenvolvimento dos códigos de auto-regulamentação é influenciado pela International Chamber of Commerce – ICC, uma organização que age como “a voz dos negócios internacionais” e elabora “regras e padrões internacionais” para que as redes publicitárias as adotem voluntariamente” (Hawkes, 2004).

Hawkes (2004), em sua revisão sobre a regulamentação nacional da publicidade na televisão, identificou que dos 73 países analisados, 62 países (85%) possuem regulamentações que fazem referências específicas às crianças, 46 países (63%) possuem diretrizes estatutárias e 51 países (70%) possuem códigos de auto-regulamentação. Na metade dos países analisados coexistem regulamentações estatutárias e códigos de auto-regulamentação e, em 30 países, existem restrições estatutárias sobre a publicidade de alimentos para crianças.

A coexistência de regulamentações estatutárias e de códigos de auto-regulamentação levanta dúvidas sobre qual é o melhor mecanismo para a

regulamentação da publicidade para crianças. A Associação Internacional das Organizações de Consumidores de Alimentos – IACFO argumenta que a regulamentação da publicidade para crianças pela indústria não é factível, uma vez que as diretrizes são focadas na televisão, não lidam com os efeitos da publicidade e prevêem poucas sanções (Dalmeny et al, 2003). Ademais, as experiências do controle das normas de *marketing* sobre o tabaco e os produtos para lactentes mostram que as normas de auto-regulamentação voluntárias não são adequadas e que uma regulação mais firme se faz necessária (Dibb, 1996).

A Europa é a região do mundo que apresenta um maior número de regulamentação sobre a publicidade na televisão, sendo que todos os 33 países europeus revisados possuem alguma forma de regulamentação (Hawkes, 2004). Na Noruega e na Suíça é proibida a veiculação de qualquer comercial de televisão para crianças abaixo dos 12 anos de idade. Na Áustria e Bélgica, por exemplo, são proibidos comerciais antes e depois de programas infantis. Já na Dinamarca existe restrição quanto à utilização de figuras e animais, que aparecem em programas infantis, nos comerciais. A Itália é considerada atípica em relação ao resto da Europa, uma vez que desenvolveu um código de auto-regulamentação com restrições específicas, incluindo a previsão de penalidades financeiras no caso da norma não ser cumprida por aqueles que optam, voluntariamente, por segui-la.

Na Austrália e na Nova Zelândia a legislação nacional e a auto-regulamentação existem, com diferentes ênfases entre estas duas formas de controle. Na Austrália a regulamentação estatutária domina, impondo a proibição de comerciais durante programas destinados a crianças em idade pré-escolar, a restrição da quantidade de comerciais durante a programação para crianças e a limitação da repetição de comerciais. A auto-regulamentação repete as regras impostas pela legislação nacional (Children's Television Standards, 2002).

Na Nova Zelândia, em contraste, a publicidade é auto-regulamentada, sendo que a legislação nacional se limita apenas a permitir a auto-regulamentação. A auto-regulamentação é atípica uma vez que é recomendada a restrição no tempo dos comerciais de televisão destinados a crianças. Além disso, nenhum comercial durante os programas para pré-escolares é permitido e aqueles veiculados durante programas para crianças em idade escolar são limitados a, no máximo, dez minutos por hora (Television Broadcasters' Council, 2001).

A revisão da regulamentação da publicidade em 16 países asiáticos revelou que dez possuem alguma forma de regulamentação da publicidade na televisão para crianças (Hawkes, 2004). Sete países possuem regulamentações estatutárias (China, Hong-Kong, Índia, Indonésia, Malásia, Paquistão e República da Coreia) e seis países possuem códigos de auto-regulamentação aplicáveis as crianças (Índia, Japão, Malásia, Filipinas, República da Coreia e Singapura). Países asiáticos, como: a Malásia, o Paquistão e a Tailândia, também, desenvolveram sistemas de pré-avaliação e aprovação dos comerciais.

A Nigéria é o único país africano que possui regulamentação estatutária da publicidade para crianças. África do Sul, Quênia, Tanzânia possuem códigos de auto-regulamentação que incluem cláusulas sobre a publicidade na televisão direcionada a crianças (Hawkes, 2004).

No Canadá, a publicidade para crianças está sujeita a um forte controle, coexistindo regulamentações estatutárias e auto-regulamentações. O Código para Transmissão de Publicidade para Crianças, por exemplo, é estatutário e impõe restrições no uso de técnicas subliminares e sobre a publicidade que diretamente sugere a criança a comprar o produto. No entanto, é a indústria que pré-avalia os comerciais direcionados a crianças a fim de garantir sua adequação ao código estatutário (Canadian Broadcasting Corporation, 2003). Em Quebec, o Ato de Proteção do Consumidor banuiu todos os comerciais de televisão direcionados a crianças abaixo dos 13 anos de idade (Hawkes, 2004).

Nos Estados Unidos, a auto-regulamentação é a principal forma de controle. As Diretrizes de Auto-Regulamentação para a Publicidade de Crianças são mais detalhadas do que o Código Internacional de Prática Publicitária da ICC (Children's Advertising Review Unit, 2003). Segundo Koester (2002), embora não existam diretrizes éticas estatutárias específicas para crianças, o Ato de Televisão para Crianças (1990) restringe a publicidade, durante programas direcionados para crianças abaixo de 12 anos de idade, a 10,5 minutos por hora, durante o final de semana, e de 12 minutos por hora, durante a semana.

No restante da América, a regulamentação da publicidade na televisão varia de uma mistura de regulamentações estatutárias e auto-regulamentação até uma completa ausência de regulamentação. As Organizações de Auto-Regulamentação, geralmente, conhecidas pelo acrônimo CONAR (Conselho Nacional de Auto-Regulamentação Publicitária), encontram-se bem estabelecidas na maioria dos

países e desenvolveram diretrizes que seguem os princípios do Código Internacional de Prática Publicitária da ICC. Nos quatro países membros do Mercosul – Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai – as Associações das Agências de Publicidade assinaram um Código de Ética Unificado do Mercosul, que possui um capítulo sobre a publicidade direcionada para crianças. A Bolívia e a Costa Rica não possuem qualquer regulamentação da publicidade específica para crianças (Hawkes, 2004).

No Brasil, a auto-regulamentação foi a principal forma de controle da publicidade, nos anos oitenta, após a fundação do CONAR. No entanto, depois da publicação do Código de Defesa do Consumidor, em 1990, um maior controle da publicidade por parte do sistema judicial e dos legisladores pode ser observado (Delgado e Foschia, 2003).

Acreditando que as propagandas de alimentos são as responsáveis pelo crescente aumento na prevalência da obesidade, estão tramitando no Congresso Nacional, os Projetos de Lei do Senado nº 25 e nº 26, de 2003, de autoria do Senador Tião Viana. A primeira restringe as propagandas de alimentos e propõe um controle ao conteúdo das mesmas, só permitindo atribuir aos produtos a qualidade nutricional comprovada cientificamente e exigindo do anunciante alertar sobre os riscos de seu consumo excessivo. Sugere multas e penalidades a quem infringir a lei. Já o projeto de nº 26, de 2003, proíbe o destaque das qualidades e características nutritivas (ex: energéticos ou vitaminados) com o intuito de evitar a estimulação do consumo excessivo de alimentos, em função de suas características nutricionais.

O artigo 36 da Convenção dos Direitos da Criança adotada pela Organização das Nações Unidas, em 1989, e ratificada pelo Brasil, em 1990, especifica que as crianças devem ser protegidas de toda forma de exploração prejudicial ao seu bem-estar. O artigo 17 reconhece a importância dos meios de massa em promover a informação das crianças. A seção (e) desse mesmo artigo demanda que os países desenvolvam medidas apropriadas de proteção das crianças, de informações ou materiais prejudiciais ao seu bem-estar (Biblioteca Virtual dos Direitos Humanos, 2003).

O Código de Defesa do Consumidor estabelece como direito do consumidor a informação adequada e clara sobre os diferentes produtos e serviços, com especificação correta da quantidade, características, composição, qualidade e preço, bem como sobre os riscos que apresentem. Em seus artigos 36 e 37 fica

determinado que a publicidade deve ser veiculada de tal forma que o consumidor, fácil e imediatamente, a identifique como tal e que é proibida toda publicidade enganosa ou abusiva. Para efeito dessa lei é considerada enganosa toda modalidade de informação ou comunicação de caráter publicitário, inteira ou parcialmente falsa, ou, por qualquer outro modo, mesmo por omissão, capaz de induzir em erro o consumidor a respeito da natureza, características, qualidade, quantidade, propriedades, origem, preço e quaisquer outros dados sobre produtos e serviços. A publicidade abusiva é definida como a publicidade discriminatória, de qualquer natureza, que incite a violência, explore o medo ou a superstição, se aproveite da deficiência de julgamento e da inexperiência da criança, desrespeite valores ambientais, ou que seja capaz de induzir o consumidor a se portar de forma prejudicial ou perigosa à sua saúde ou segurança (Brasil, 1990).

Nos últimos anos, leis que regulamentam as práticas de comércio foram utilizadas como base legal contra as indústrias de *fast-food* e de refrigerantes. Nos Estados Unidos, uma ação judicial foi movida contra a Corporação McDonald com base no Ato de Proteção do Consumidor do Estado de Nova Iorque. Dois adolescentes alegaram que a utilização de práticas de *marketing* enganosas, pela empresa, fez com que eles desenvolvessem a obesidade. O caso foi encerrado completamente em 2003, quando o juiz alegou que não existiam evidências de que a empresa havia realizado propaganda enganosa (Hawkes, 2004).

No Brasil, ações judiciais foram movidas contra as empresas Coca-Cola e Ambev-Pepsi, alegando que estas eram responsáveis pelo aumento da obesidade no País. As acusações foram fundamentadas em quatro artigos do Código de Defesa do Consumidor. No entanto, apesar da mesma base legal nos dois casos, um juiz proferiu sentença contra a Ambev-Pepsi e outro juiz em favor da Coca-Cola. Atualmente, as duas decisões estão em fase recursal (Hawkes, 2004).

No Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA –, por meio da Gerência de Monitoramento e Fiscalização de Propaganda, Publicidade, Promoção e Produtos Sujeitos à Vigilância Sanitária e de parcerias com instituições universitárias, fiscaliza a propaganda dos produtos sujeitos à vigilância sanitária. O monitoramento e a fiscalização da propaganda de produtos sujeitos à vigilância sanitária são medidas adotadas visando à proteção e à promoção da saúde da população (Brasil, 2005b).

Este processo foi iniciado com a regulamentação da propaganda de medicamentos, após a publicação da Resolução RDC nº 102, de 30 de novembro de 2000 e, posteriormente, com a criação e montagem da estrutura que permite executar a complexa tarefa de fiscalizar a propaganda. Atualmente, o Projeto de Monitoração de Propagandas de Produtos Sujeitos à Vigilância Sanitária foi ampliado, sendo incluídas a fiscalização de algumas categorias de alimentos e produtos para a saúde (Brasil, 2005b).

O Projeto de Monitoração da Propaganda é desenvolvido nos seguintes locais e veículos de comunicação:

- farmácias e drogarias;
- jornais e revistas;
- emissoras de rádio e de televisão;
- consultórios médicos, odontológicos, de orientação nutricional e de fisioterapia;
- hospitais públicos e privados; e
- congressos e seminários.

As categorias de alimentos que estão incluídas no Projeto de Monitoração da Propaganda são:

- alimentos com alegações de propriedade funcional e ou de saúde;
- novos alimentos e/ou ingredientes; e
- alimentos para fins especiais.

Essas categorias de alimentos, em sua maioria, destinam-se a dietas ou grupos populacionais específicos e foram selecionadas, porque no primeiro ano do Projeto de Monitoração da Propaganda, uma infração recorrente foi a alegação de propriedades terapêuticas em alimentos, em geral associando-as a uma suposta inocuidade do produto anunciado. A captação e análise dessas propagandas revelaram o emprego de expressões inadequadas, tais como: “ausência de efeitos colaterais” e “sem contra-indicações”, atribuindo características de medicamentos a um alimento (Brasil, 2005b).

A monitoração da propaganda de alimentos também fornecerá subsídios para a elaboração de uma legislação específica sobre a publicidade de alimentos (Brasil,

2005b). Atualmente, a base legal para a monitoração das propagandas de alimentos reside no Decreto-Lei nº 986, de 21 de outubro de 1969, e nos Regulamentos Técnicos Específicos das categorias de alimentos fiscalizados.

O Decreto-Lei nº 986/69 regulamenta o registro, o comércio e a divulgação de alimentos em todo o território nacional, bem como estabelece definições gerais dos diversos tipos de alimentos. O artigo 3º do referido Decreto determina que todo alimento somente será exposto ao consumo ou entregue à venda depois de registrado no órgão competente do Ministério da Saúde (Brasil, 1969). Atualmente, a regulamentação da dispensa e da obrigatoriedade de registro dos alimentos é complementada pela Resolução RDC nº 278, de 23 de setembro de 2005. De acordo com o Anexo II, da referida resolução, todas as categorias de alimentos incluídas no projeto de monitoração possuem registro obrigatório na ANVISA (Brasil, 2005c). Assim, a existência ou não de registro é o primeiro critério verificado na análise da propaganda de alimentos.

O capítulo III do Decreto-Lei nº 986/69 dispõe sobre a rotulagem de alimentos, proibindo que sejam veiculadas denominações, designações, nomes geográficos, símbolos, figuras, desenhos ou indicações que possibilitem interpretação falsa, erro ou confusão quanto à origem, procedência, natureza, composição ou qualidade do alimento, ou que lhe atribuam qualidades ou características nutritivas superiores àquelas que realmente possuem. Não são permitidas quaisquer indicações relativas à qualidade do alimento que não sejam as aprovadas no ato do seu registro. Apesar do disposto ser aplicado à rotulagem, o artigo 23 do referido Decreto determina que todas as disposições sobre rotulagem se aplicam aos textos e matérias de propaganda de alimentos qualquer que seja o veículo utilizado para divulgação. Ademais, o artigo 56 do referido Decreto estabelece que os alimentos não devem ter finalidade medicamentosa ou terapêutica (Brasil, 1969).

Os novos alimentos e/ou ingredientes são regulamentados pela Resolução nº 16, de 30 de abril de 1999. Estes são definidos como alimentos sem histórico de consumo no país, ou alimentos contendo substâncias já consumidas e que, entretanto, venham a ser adicionadas ou utilizadas em níveis muito superiores aos atualmente observados nos alimentos que compõem uma dieta regular (Brasil, 1999a).

O item 4.2, da referida resolução, determina que os alimentos que vierem a ser comercializados, em forma de cápsulas, comprimidos ou outras fórmulas farmacêuticas, e que não apresentem alegação de propriedade funcional ou de saúde cientificamente comprovada, deverão trazer no rótulo a seguinte informação: “O Ministério da Saúde adverte: Não existem evidências científicas comprovadas de que este alimento previna, trate ou cure doenças”. Já o item 4.3 estabelece que qualquer informação sobre um alimento ou ingrediente veiculada, por qualquer meio de comunicação, não poderá ser diferente, em seu significado, daquela aprovada para constar em sua rotulagem.

Os alimentos com alegações de propriedades funcionais e/ou de saúde são regulamentados pelas Resoluções nº 18, de 30 de abril de 1999 e nº 19, de 30 de abril de 1999. A alegação de propriedade funcional é aquela relativa ao papel metabólico ou fisiológico que o nutriente ou não nutriente tem no crescimento, desenvolvimento, manutenção e outras funções normais do organismo humano. Já uma alegação de propriedade de saúde é definida como aquela que afirma, sugere ou implica a existência de relação entre o alimento ou seu ingrediente com doença ou condição relacionada à saúde. Para que essas alegações possam ser veiculadas nos alimentos, há necessidade de comprovação científica da alegação realizada e da segurança do uso do produto, segundo as Diretrizes Básicas para Avaliação de Risco e Segurança dos Alimentos (Brasil, 1999b; Brasil, 1999c). Até o presente momento existem alegações de propriedades funcionais aprovadas para as seguintes substâncias: ácidos graxos da família ômega 3, licopeno, luteína, fibras alimentares (quitosana, psyllium, lactulose, inulina, frutooligossacarídeos e beta glucana), fitoesteróis, probióticos e proteína da soja. Não existem alegações de propriedades de saúde aprovadas pela ANVISA para constarem nos alimentos.

O item 3.5 da Resolução nº 18/99 proíbe que sejam realizadas alegações de saúde que façam referência à cura ou à prevenção de doenças. O item 4.1.1.8 da Resolução nº 19/99 determina que qualquer informação ou propriedade funcional ou de saúde de um alimento ou ingrediente, veiculada por qualquer meio de comunicação, não poderá ser diferente, em seu significado, daquela aprovada para constar em sua rotulagem.

Os alimentos para fins especiais são definidos como alimentos especialmente formulados ou processados, nos quais se introduzem modificações no conteúdo de nutrientes adequados à utilização em dietas diferenciadas e/ou opcionais, atendendo

às necessidades de pessoas em condições metabólicas e fisiológicas específicas (Brasil, 1998a).

Os alimentos para fins especiais são divididos nas seguintes categorias:

- alimentos para dietas com restrição de nutrientes;
- alimentos para ingestão controlada de nutrientes; e
- alimentos para grupos populacionais específicos.

Dentre os alimentos para dietas com restrição de nutrientes, as seguintes subcategorias são alvos da monitoração da propaganda: alimentos para dietas com restrição de sacarose, glicose ou frutose; alimentos para dietas com restrição de outro mono e/ou dissacarídeo; e adoçantes dietéticos. As subcategorias dos alimentos para ingestão controlada de nutrientes com fiscalização de sua publicidade incluem: alimentos para controle de peso; e alimentos para praticantes de atividade física. Já as subcategorias dos alimentos para grupos populacionais específicos monitoradas incluem: alimentos de transição para lactentes e crianças de primeira infância; alimentos para gestantes e nutrizes; alimentos à base de cereais para alimentação infantil; e fórmulas infantis (Brasil, 2005b).

Estes alimentos são regulamentados de maneira geral pela Portaria SVS/MS nº 29, de 13 de janeiro de 1998, e por outros Regulamentos Técnicos Específicos, de acordo com a categoria do produto. Apesar destas normas não trazerem disposições expressas sobre a propaganda dos referidos alimentos, devem ser aplicadas, na publicidade desses alimentos, o que diz respeito à rotulagem, conforme determinado no artigo 23 do Decreto-Lei nº 986/69.

Assim, são informações obrigatórias que devem constar em todos os comerciais de alimentos para fins especiais (Brasil, 1998a; Brasil, 2005b):

- a designação do produto seguida da sua finalidade de uso;
- a orientação: “Consumir preferencialmente sob orientação nutricional ou médica”.
- a advertência: “Contém Fenilalanina”, quando o produto for adicionado de aspartame.
- a advertência: “Diabéticos: Contém (especificar mono ou dissacarídeo)”, no caso de produtos que contenham sacarose, glicose ou frutose.

- a informação: “Este produto pode ter efeito laxativo”, quando a previsão de consumo diário do produto resultar em ingestão superior a 20 g de manitol, 50 g de sorbitol, 90 g de polidextrose ou de outros polióis que possam ter efeito laxativo.

Além das informações acima dispostas, os alimentos para controle de peso, regulamentados pela Portaria SVS/MS nº 30, de 13 de janeiro de 1998, devem trazer as seguintes informações em suas propagandas (Brasil, 1998b; Brasil, 2005b), sendo:

- instrução do modo de uso do alimento;
- a orientação: “Ao consumir este alimento aumentar a ingestão diária de água”;
- a advertência: “Este produto não deve ser usado na gestação, amamentação e por lactentes, crianças, adolescentes e idosos, exceto sob indicação de médico ou nutricionista”;
- vedada a menção do eventual ritmo ou quantidade de redução ou ganho de peso resultante do consumo do alimento ou mesmo da diminuição da sensação de fome ou aumento da sensação de saciedade;
- a orientação: “Consumir somente sob supervisão de médico e/ou nutricionista”, quando se tratar de alimento para redução de peso por substituição total das refeições.

Os alimentos para praticantes de atividade física são regulamentados pela Portaria SVS/MS nº 222, de 24 de março de 1998, e devem trazer, adicionalmente, as seguintes informações em sua publicidade (Brasil, 1998c; Brasil, 2005b), sendo:

- a recomendação: “Crianças, gestantes e idosos, consumir preferencialmente sob orientação de nutricionista e ou médico”, nos repositores energéticos e alimentos compensadores para praticantes de atividade física;
- a recomendação: “Crianças, gestantes, idosos e portadores de qualquer enfermidade devem consultar um médico e ou nutricionista”, para os alimentos protéicos e aminoácidos de cadeia ramificada;

- a recomendação: “Recomenda-se que os portadores de enfermidades consultem um médico e ou nutricionista, antes de consumir este produto”, para os repositores hidroeletrólíticos; e
- vedado o uso de expressões, tais como: anabolizantes, body building, hipertrofia muscular, queima de gorduras, fat burners, aumento da capacidade sexual, ou equivalentes.

No caso dos alimentos para lactentes e crianças de primeira infância, existe um regulamento técnico específico que regulamenta a promoção comercial e a orientação de uso dos produtos (Brasil, 2002). A Resolução RDC nº 222, de 05 de agosto de 2002 inclui:

- as fórmulas infantis para lactentes e de segmento para lactentes;
- as fórmulas infantis de segmento para crianças de primeira infância;
- os leites fluidos, leites em pó, leites em pó modificados, leites de diversas espécies animais e produtos de origem vegetal da mesma finalidade;
- alimentos de transição e alimentos à base de cereais indicados para lactentes e ou crianças de primeira infância; e
- fórmula de nutrientes apresentadas e/ou indicadas para recém-nascidos de alto risco.

Recentemente, foi publicada a Lei nº 11.265, de 03 de janeiro de 2006, unificando a Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras – Portaria nº 2.051, de 08 de novembro de 2001 – e dois regulamentos técnicos da ANVISA – Resoluções RDC nº 221 e nº 222, de 05 de agosto de 2002.

A unificação destas normas, em uma única lei, garante maior respaldo e força nas ações de monitoramento e fiscalização dos alimentos destinados a este público. A mencionada Lei tem como objetivo contribuir para a adequada nutrição dos lactentes e das crianças de primeira infância por meio da regulamentação da promoção comercial e do uso apropriado dos alimentos para essas faixas etárias, bem como do uso de mamadeiras, bicos e chupetas, da proteção e incentivo ao aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de idade e da continuidade

do aleitamento materno até os dois anos de idade, após a introdução de novos alimentos na dieta dos lactentes e crianças de primeira infância (Brasil, 2006).

A Lei nº 11.265/2006 concede o prazo de 12 meses para as empresas se adequarem no que diz respeito aos alimentos, e de 18 meses, para mamadeiras, bicos e chupetas.

Outro marco histórico na área de regulamentação da publicidade de alimentos, no Brasil, foi a publicação da Resolução – RDC nº 73, de 29 de março de 2005. A referida norma instituiu um Grupo de Trabalho com o objetivo de apresentar uma proposta de Resolução de Diretoria Colegiada para controle de propaganda, publicidade, promoção e informação de alimentos. O referido Grupo de Trabalho é coordenado pela Gerência Geral de Alimentos – GGALI da ANVISA e inclui representantes de diversas entidades governamentais e privadas, tais como: Ministério da Saúde; Ministério da Agricultura Pecuária e Abastecimento; Instituto de Defesa do Consumidor; Ministério da Justiça; Conselho Federal de Nutrição; Ministério Público Federal; Associação Brasileira de Indústria de Alimentos; e Conselho Nacional de Auto-Regulamentação de Propaganda, entre outras (Brasil, 2005d).

A Portaria nº 385, de 26 de setembro de 2005 revogou o artigo 5º da Resolução – RDC nº 73/2005, que estabelecia um prazo de 180 dias para a conclusão dos trabalhos, uma vez que a finalização da proposta requer um maior tempo para discussão e harmonização das proposições (Brasil, 2005e). Após a conclusão dos trabalhos, a proposta será colocada em Consulta Pública para a manifestação de opiniões e propostas da sociedade.

No entanto, antes mesmo da conclusão da proposta, alguns setores da sociedade, descontentes com os trabalhos que vêm sendo realizados, procuraram veicular, em diversos meios de comunicação, informações inadequadas sobre o objetivo da regulamentação. Este fato fez a ANVISA publicar um texto de esclarecimento sobre o seu papel no controle da propaganda de produtos sujeitos à vigilância sanitária. Para a instituição, o controle da propaganda tem melhorado, sensivelmente, o nível das informações levadas ao consumidor e reduzido os danos para a saúde pública. Uma das características mais marcantes do trabalho da Agência é a decisão de ouvir todos os setores antes de construir suas propostas. Esta participação democrática está presente em todas as fases de elaboração de suas resoluções (Brasil, 2005f).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cenário atual da transição epidemiológica e nutricional, caracterizado por um crescimento alarmante do sobrepeso e da obesidade e de outras co-morbidades associadas, exige que sejam tomadas medidas imediatas a fim de reverter tal situação.

Essas medidas devem levar em consideração a etiologia multifatorial dessas enfermidades, que se desenvolvem no decorrer da vida dos indivíduos, em virtude de uma mistura de fatores comportamentais, biológicos e sociais inadequados. Ademais, o tratamento dessas doenças apresenta baixo custo/benefício, tanto para os pacientes, que tem sua saúde comprometida para o resto da vida, quanto para o governo, que acaba sofrendo uma grande sobrecarga de despesas nos cofres públicos.

Assim, é fundamental que as ações de Saúde Pública sejam direcionadas para a prevenção primária, procurando alterar os fatores de risco modificáveis dessas doenças, principalmente o sedentarismo e os hábitos alimentares. Dentro desse contexto, as ações voltadas para a proteção e a promoção da saúde da população infantil possuem um elevado potencial.

Apesar de conhecidas como doenças crônicas não transmissíveis, essas patologias podem ser transmissíveis por meio da veiculação de mensagens que favoreçam a adoção de hábitos alimentares inadequados e estilos de vida sedentários. Tentar desenvolver uma comunidade saudável, sem considerar o poder da mídia, é ignorar uma das mais potentes influências da nossa sociedade. Dessa forma, a publicidade de alimentos considerados pouco saudáveis, voltada para o público infantil, possui um impacto reconhecidamente danoso, uma vez que essa população possui uma menor capacidade de entender o real significado dessas mensagens e está numa fase crítica para a formação dos hábitos alimentares.

Além da má qualidade dos alimentos promovidos pela indústria, as grandes redes publicitárias lançam mão de inúmeras estratégias de *marketing* a fim de persuadir as crianças a adquirirem, sistematicamente, seus produtos. Essas

estratégias, em geral, aproveitam-se da ingenuidade do público infantil e acabam influenciando suas preferências alimentares.

Esses fatos criam um ambiente extremamente negativo, que favorece o desenvolvimento da obesidade. Não se pode esperar que uma criança, que é altamente exposta aos diversos comerciais de alimentos e suas estratégias de *marketing* sofisticadas, tenha uma visão correta sobre o que é uma dieta saudável e balanceada.

Diante do exposto, torna-se urgente o disciplinamento de algumas atividades publicitárias que possam colocar em risco a saúde da população. O cenário atual é favorável para que tais limites sejam estabelecidos, sendo inclusive recomendado pela Organização Mundial da Saúde que os governos trabalhem em parceria com a sociedade para encontrar saídas factíveis e eficazes.

No entanto, a regulamentação da publicidade de alimentos deve ser realizada de forma cautelosa, utilizando-se das diversas experiências internacionais existentes e com a participação de todos os setores da sociedade, para que os objetivos pretendidos possam ser realmente alcançados com o mínimo de prejuízo para as partes diretamente envolvidas.

Além disso, é importante sejam criados mecanismos de regulamentação e do controle da propaganda de alimentos veiculadas através de outros meios de comunicação, como por exemplo: a publicidade em escolas, rádio, revistas, jornais, outdoors, entre outros. Também é importante o monitoramento constante de novas estratégias de publicidade voltadas para crianças e adolescentes, especialmente aquelas que utilizam novas tecnologias, como a internet e telefones móveis, dado o alcance que esses meios de comunicação possuem, atualmente, entre os jovens.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aboderin, I. **Life course perspectives on coronary heart disease, stroke and diabetes: key issues and implications for policy and research.** Geneva, World Health Organization, 2001.
2. Almanaque Ibope. **Ranking por Setores Econômicos (2004-2005).** Disponível em: <http://www.almanaqueibope.com.br/asp/index.asp>
3. Almeida S. S.; Nascimento P. C. B. D.; Quaioti T. C. B. Quantidade e qualidade de produtos alimentícios anunciados na televisão brasileira. **Revista de Saúde Pública**; 36(3): 353-5, 2002.
4. Armelagos, G. J. Health and disease in prehistoric populations in transition. *In.*: Swedlund A. C. e Armelagos G. J. Eds. **Disease in Populations in transition. Anthropological and epidemiological perspectives.** New York: Bergin and Garvey, 1990.
5. Biblioteca Virtual dos Direitos Humanos – Universidade de São Paulo. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/documentos/onu/onu.html> Acesso: 03/2004.
6. Bleil, S. I. O padrão alimentar ocidental: considerações sobre a mudança de hábitos no Brasil. **Cadernos de Debate**, Vol. VI, 1-25, 1998.
7. Borzekowski, D. L.; Robinson, T. N. The 30-second effect: an experiment revealing the impact of television commercials on food preference of preschoolers. **J. Am. Diet Assoc**, 101: 42-6, 2001.
8. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Portaria nº 29, de 13 de janeiro de 1998.** Aprova o Regulamento Técnico referente a Alimentos para Fins Especiais. Diário Oficial da União, Brasília, 1998a.

9. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Portaria nº 222, de 24 de março de 1998**. Regulamento Técnico referente a Alimentos para Controle de Peso. Diário Oficial da União, Brasília, 1998b.
10. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Portaria nº 30, de 13 de janeiro de 1998**. Regulamento Técnico referente a Alimentos para Praticantes de Atividade Física. Diário Oficial da União, Brasília, 1998c.
11. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução nº 16, de 30 de abril de 1999**. Regulamento Técnico de Procedimentos para registro de Alimentos e ou Novos Ingredientes. Diário Oficial da União, Brasília, 1999a.
12. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução nº 18, de 30 de abril de 1999**. Regulamento Técnico que estabelece as diretrizes básicas para análise e comprovação de propriedades funcionais e ou de saúde alegadas em rotulagem de alimentos. Diário Oficial da União, Brasília, 1999b.
13. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução nº 19, de 30 de abril de 1999**. Regulamento Técnico de procedimentos para registro de alimento com alegação de propriedades funcionais e ou de saúde em sua rotulagem. Diário Oficial da União, Brasília, 1999c.
14. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **RDC nº 102, de 30 de novembro de 2000**. Regulamento sobre propagandas, mensagens publicitárias e promocionais e outras práticas cujo objeto seja a divulgação, promoção ou comercialização de medicamentos de produção nacional ou importados, quaisquer que sejam as formas e meios de sua veiculação, incluindo as transmitidas no decorrer da programação normal das emissoras de rádio e televisão. Diário Oficial da União, Brasília, 2000.
15. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **RDC nº 222, de 05 de agosto de 2002**. Regulamento Técnico para Promoção Comercial de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância. Resolução. Diário Oficial da União, Brasília, 2002.
16. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Manual de Monitoramento de Propaganda de Produtos Sujeitos à Vigilância Sanitária**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Ministério da Saúde. Brasília, 2005b, 136 p.

17. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 278, de 23 de setembro de 2005**. Aprova as categorias de Alimentos e Embalagens Dispensados e com Obrigatoriedade de Registro. Diário Oficial da União, Brasília, 2005c.
18. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 73, de 29 de março de 2005**. Institui Grupo de Trabalho coordenado pela Gerência Geral de Alimentos – GGALI/ Diretoria Ricardo Oliva – DIRIO. Diário Oficial da União, Brasília, 2005d.
19. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Portaria nº 385, de 26 de setembro de 2005**. Nomeia os representantes dos órgãos e entidades a seguir relacionados, para integrarem o Grupo de Trabalho instituído pela Resolução RDC nº. 73, de 2005, com a finalidade de apresentar uma proposta de monitoramento e controle da propaganda, publicidade e informação de alimentos. Diário Oficial da União, Brasília, 2005e.
20. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Texto de Esclarecimento sobre o Controle da Propaganda em Prol da Saúde Pública**. ANVISA, 2005f. Disponível em:
http://www.anvisa.gov.br/divulga/noticias/2005/261205_1.htm
21. Brasil. Ministério da Marinha, Exército e Aeronáutica. **Decreto-lei nº 986, de 21 de outubro de 1969** – Institui Normas Básicas sobre Alimentos. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, 1969.
22. Brasil. Ministério da Justiça. **Lei nº 8.078 de 11 de setembro de 1990 (Código de Defesa do Consumidor)**. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8078.htm
23. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis: Brasil, 15 Capitais e Distrito Federal, 2002-2003**. Rio de Janeiro, 2004.183p.
24. Brasil. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira: Promovendo a alimentação saudável**. Ministério da Saúde. Brasília, 2005a, 236 p.

25. Brasil. Poder Legislativo. **Lei nº 11.265, de 03 de janeiro de 2006.** Regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e de produtos de puericultura correlatos. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, 2006.
26. Canadian Broadcasting Corporation. **Summary of CBC advertising standards.** Toronto, 2003.
27. Cavadini, C.; Siega-Riz, A. M.; Popkin, B. M. US adolescent food intake trends from 1965 to 1996. **Arch Dis Child.**; 83:18-24, 2000.
28. Children's Advertising Review Unit. **Self-regulatory Guidelines for Children's Advertising.** New York, 2003.
29. Children's Television Standards. *In.*: **Commercial Television Industry Code of Practice.** Australia, 2002.
30. Cobra, M. H. N. **Marketing básico: uma perspectiva brasileira.** 4ed. São Paulo: Atlas, 1997.
31. Conselho Nacional de Auto-Regulamentação Publicitária (CONAR). **Código Brasileiro de Auto-Regulamentação Publicitária.** São Paulo, 1980. 23p.
32. Corrêa, R. **Contato imediato com planejamento de propaganda.** 8ed Revista e ampliada – São Paulo: Global 2002.
33. Crespo, C. J.; Smit, E.; Troiano, R. P.; Bartlett, S. J.; Macera, C. A.; Andersen, R. E. Television watching, energy intake, and obesity in US children: results from the 3rd National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994. **Arch Pediatr Adolesc Med.** 155:360-5; 2001.
34. Dalmeny, K.; Hanna, E.; Lobstein, T. **Broadcasting bad health.** Why food marketing to children needs to be controlled. The International Association of Consumer Food Organization (IACFO). London, 2003.

35. Delgado. R.; Foschia, P. Advertising to children in Brazil. **International Journal of Advertising and Marketing to Children**. April-June:1–4, 2003.
36. Dibb, S.; Castell, A. **Easy to swallow, hard to stomach**: The results of a survey of food advertising on television. London National Food Alliance, 1995.
37. Dibb, S. **A spoonful of sugar**. Television food advertising aimed at children: An international comparative survey. Consumers International, 1996.
38. Dietz, W. H.; Gortmaker, S. L. Do we fatten our children at the television set? Obesity and television viewing in children and adolescents; **Pediatrics**. 75(5): 807-12; 1985.
39. Doyle E. I., Feldman R. H. L. Factors affecting nutrition behaviour among middle-class adolescents in urban area of Northern region of Brazil. **Rev. Saúde Pública**. 31 (4): 342-50; 1997.
40. Fernandes, G. N. **A influência das crianças no comportamento dos pais no ponto de venda**. Trabalho de conclusão de curso. Escola Superior de Propaganda e Marketing; São Paulo, 1997.
41. Gallo, A. E. Food Advertising in the United States. In: Frazao, E. **America's Eating Habits: Changes and Consequences**. Agriculture Information Bulletin, 1997, 482 p.
42. Galst, J. P.; White, M. A. The Unhealthy Persuader: the reinforcing value of television and children's purchase-influencing attempts at the supermarket. **Child Development**. 47:1089-1096, 1976.
43. Gortmaker, S. L.; Must, A.; Sobol, A. M.; Peterson, K.; Colditz, G. A.; Dietz, W. H. Television viewing as a cause of increasing obesity among children in the United States, 1986-1990. **Arch Pediatr Adolesc Med**. 150: 356-362; 1996.
44. Grazini, J. T. **Analogia entre comerciais de alimentos e hábito alimentar de adolescentes**. 1996. Tese – Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP, São Paulo 1996.

45. Halpern, G. **Comerciais veiculados em programação infanto-juvenil de canais abertos de TV e sua relação com escolha de alimentos em amostra de escolares**: um estudo amostral dos comerciais veiculados em canais abertos de televisão, e sua influência numa pequena amostra de escolares do município de São Paulo, 2003, 119 p. Tese de Mestrado em Ciências – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2003.
46. Hawkes, C. Marketing Activities of Global Soft Drink and Fast Food Companies in Emerging Markets: a Review. *In.*: **Globalization, Diets and Noncommunicable Diseases**. World Health Organization 2002. 185 p.
47. Hawkes, C. **Marketing food to children: the global regulatory environment**. World Health Organization, 2004.
48. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Estudo Nacional da Despesa Familiar – ENDEF**: dados preliminares, consumo alimentar, antropometria. Rio de Janeiro, v.1; 1977.
49. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003**. Análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil. IBGE. Rio de Janeiro, 2004.
50. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN). **Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição**: condições nutricionais da população brasileira: adultos e idosos. INAN. Brasília, 1991.
51. Jeffrey, D. B.; McLellarn, R. W.; Fox, D. T. The development of children's eating habits: the role of television commercials. **Health Educ Q.** 9:174-89, 1982.
52. J. P. Morgan. **Food manufacturing. Obesity: The big issue**. Geneva: European Equity Research, 2003.
53. Kotler, P. **Administração de Marketing: a edição no novo milênio**. São Paulo: Prentice Hall, 2000.

54. Koester, J. V. Legal briefing: advertising to children in the USA. **International Journal of Advertising and Marketing to Children**. October-December:1-4, 2002.
55. Lamounier, J. A. Situação da Obesidade na Adolescência no Brasil. *In.*: **Anais do Simpósio Obesidade e anemia carencial na adolescência**, 2000; Salvador, Brasil. São Paulo: Instituto Danone, 2000, p.15-33.
56. Lang, T.; Millstone, E. **The Atlas of Food**. Eastscan Books. 2002.
57. Lin, B. H.; Guthrie, J.; Frazao, E. American children's diets not making the grade. **Food Rev.** 24: 8-17; 2001.
58. Nestle, M. **Food Politics: How the food industry influences nutrition and health**. Berkeley, C. A. University of California Press, 2002.
59. Matsudo, V.; Matsudo, S. M. M.; Andrade, D. R.; Araújo, T. L.; Andrade, E.; Oliveira, L. C. de; Braggion, G. F. Promotion of Physical Activity in a Developing Country The Agita São Paulo Experience. **Public Health Nutrition**, Estados Unidos, v. 5, p. 253-261, 2002.
60. Mello Jorge, M. H. P.; Gotlieb, S. L. D.; Laurenti, R. **Saúde no Brasil: Análise do período 1996 a 1999**. São Paulo: Editora Parma Ltda., 2001.
61. Mondini, L.; Monteiro, C. A. The stage of nutrition transition in different Brazilian regions. **Arch. Latinoam. Nutr.**; 47 (2 Suppl 1), 17-21, 1997.
62. Monteiro, C. A.; Mondini, L.; Souza, A. L. M.; Popkin, B. M. Da desnutrição para a obesidade: a transição nutricional no Brasil. *In.*: Monteiro C. A. (org.) **Velhos e novos males da saúde no Brasil: Evolução do país e suas doenças**. São Paulo: HUCITEC/USP; 1995; p247-255.
63. Monteiro, C. A.; Mondini, L.; Costa, R. B. L. Mudanças na composição e na adequação nutricional da dieta familiar nas áreas metropolitanas do Brasil (1988-1996). **Revista Saúde Pública**. 34 (3): 251-8; 2000.

64. Monteiro, C. A.; Conde, W. L.; Bensenor, I. M.; Matsudo, S. M.; Matsudo, V. R.; Lotufu, P. A. A descriptive epidemiology of leisure-time physical activity. **Pan American Journal of Public Health**, Washington, EUA, v. 14, n. 4, p. 246-254, 2003.
65. MTV Networks Pesquisa & Planejamento Estratégico. Apresentação Kiddo's Brasil [pesquisa em CD-ROM] para Olgilvy (agência de propaganda), 2001.
66. Omran, A. R. **The epidemiological transition**. A theory of the epidemiology of population change. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*; 49:509-38, 1971.
67. Popkin, B. M. The nutrition transition and its health implication in lower-income contries. **Public Health Nutrition**. 1(1), 5-21, 1998.
68. Popkin, B. M. The shift in stages of the nutritional transition in the developing world differs from past experiences! **Public Health Nutrition**, 5: 205-214, 2002.
69. Robinson, T. N. Does television cause childhood obesity? **JAMA**. 279: 959-60, 1998.
70. Robinson, T. N. Reducing children's television viewing to prevent obesity: a randomized clinical trial. **JAMA**. 282: 1561-7, 1999.
71. Sanchez, S. S. **Os produtos alimentícios veiculados na televisão e sua contribuição para a alimentação infantil**. 1998. Tese. Universidade Anhembi Morumbi. São Paulo; 1998.
72. Sigman, A. How Advertising Exploits Children. In: Co-op. **Blackmail**. The First in a series of Inquires into Consumer Concerns about the Ethics of Modern Food Production and Advertising, 2000. p. 9-11.
73. Silva, R. C. R. da; Malina, R. M. Nível de atividade física em adolescentes do município de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. 16:1091-7, 2000.

74. Taras, H. L.; Gage, M. Advertised foods on children's television. **Arch Pediatr Adolesc Med.** 149: 649-52; 1995.
75. Television Broadcasters' Council. **Advertising on television: getting it right for children.** Auckland, New Zealand, 2001.
76. The British Code of Advertising, Sales Promotion and Direct Marketing. *In.: The Committee of Advertising Practice.* England, 2003.
77. UBS Warburg. **Absolute risk of obesity: Food and drink companies not so defensive?** London. Global Equity Research. 2002.
78. Viana, T. **Projeto de Lei do Senado Federal nº 25.** Brasília, Brasil, 2003.
79. Viana, T. **Projeto de Lei do Senado Federal nº 26.** Brasília, Brasil, 2003.
80. Vilaça, E. L.; Paixão, H. H.; Pordeus, I. A. A mídia e as tendências de consumo de produtos contendo sacarose por crianças e adolescentes. **Arquivos em Odontologia.** Belo Horizonte. v. 33, n. 1 p. 15-24, 1997.
81. Wardle McLean Strategic Research Consultancy. What Children Say. In: Co-op. **Blackmail.** The First in a series of Inquires into Consumer Concerns about the Ethics of Modern Food Production and Advertising, 2000.p. 12-13.
82. World Health Organization. **The world health report 1998.** Life in the 21st century: a vision for all. Geneva, World Health Organization, 1998.
83. World Health Organization. **The World Health Report 2002:** reducing risks, promoting healthy life. Geneva, World Health Organization, 2002.
84. World Health Organization. WHO Technical Report Series, No. 916. **Diet, nutrition, and the prevention of chronic diseases.** World Health Organization. Geneva, 2003.

85. World Health Organization. **Global strategy on diet, physical activity and health:** fifty-seventh World Health Assembly Wha 57.17; 2004.