Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

**O ambiente alimentar, os indivíduos e suas práticas:
um estudo no município de São Paulo**

Luara Bellinghausen Almeida

**Tese apresentada ao programa de Pós-Graduação
em Nutrição em Saúde Pública para a obtenção do
título de Doutora em Ciências.**

Área de Concentração: Nutrição em Saúde Pública

Orientadora: Profa. Dra. Patricia Constante Jaime

São Paulo
2015

O ambiente alimentar, os indivíduos e suas práticas: um estudo no município de São Paulo

Luara Bellinghausen Almeida

Tese apresentada ao programa de Pós-Graduação em
Nutrição em Saúde Pública para a obtenção do título de
Doutora em Ciências.

Área de Concentração: Nutrição em Saúde Pública

Orientadora: Profa. Dra. Patricia Constante Jaime

São Paulo

2015

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida **exclusivamente** para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese.

Dedicatória

Ao meu filho Erik.

A minha fonte de inspiração. A razão de tudo. A luz da minha vida.

Agradecimentos

A realização de uma tese de doutorado traz uma infinidade de ganhos de crescimento e desenvolvimento pessoal. Isso porque envolve, para além dos estudos, as capacidades intelectuais e emocionais de superação, equilíbrio, determinação, resiliência, autoeficácia, dentre tantas outras.

Essencialmente, é um caminho solitário, ao mesmo tempo em que nos permite ampliar as redes de interação humana e sobretudo fortalecer os vínculos afetivos com aqueles que nos cercam.

Agradeço a Deus por estas oportunidades únicas da vida.

À orientadora Patricia Constante Jaime pela confiança, pelos exemplos de vida e pelos incentivos para a dedicação acadêmica, que me acompanham desde a graduação. Os aprendizados da nossa convivência serão levados para a vida.

À Ana Clara Duran, colega, amiga e pesquisadora admirável. Obrigada pela generosidade, pelo coleguismo, pelo apoio e pelo material tão valioso que você e a equipe do ESAO-SP desenvolveram.

À querida Adriana Carrieri, que me auxiliou com o campo da pesquisa. Foi muito bom ter a oportunidade de dividir esta importante etapa com você. Foi muito bom criar este vínculo de carinho e amizade, e poder trocar tantas ideias de profissão, de estudos e de vida. Eu não poderia ter mais sorte em ter alguém tão doce, parceira e competente para me apoiar naquele momento.

Aos professores e pesquisadores membros da banca avaliadora desta tese: Fernanda Baena Scagliusi, Cláudia Maria Bógus, Aline Cristine Souza Lopes,

Inês Rugani Ribeiro de Castro, por terem sido tão generosas nas contribuições da pré-banca, foram fundamentais para a lapidação do trabalho. Marco Akerman e Paula Andrea Martins pela disponibilidade em participarem da defesa. E às professoras que participaram da qualificação, Márcia Faria Wetsphal e Ana Maria Cervato Mancuso, pelo auxílio com o desenvolvimento do instrumento de coleta. Meus sinceros e cordiais agradecimentos.

Às amigas Daniela Canella e Larissa Baraldi, pelos apoios acadêmicos e pela amizade.

À minha equipe de estágios em UBS, que nada tem a ver com a tese, mas que são amigas, companheiras, parceiras e trabalhadoras árduas na missão de formar nutricionistas competentes para atuar na atenção básica em saúde. Carolina Maziero, Gisele Wendeborn, Leticia Ribeiro e Amparo Fernandez, obrigada pela compreensão, pela solicitude e empenho de sempre.

Ao casal Alessandra Lucca e Eduardo Piacsek pela revisão da tese, pela amizade e pelo acolhimento.

Às amigas de todas as horas, das alegrias e celebrações, dos desafios e incertezas, dos sabores e dessabores, Bettina Gerken Brasil e Carolina Pimentel. Juntas somos fortes.

Incondicionalmente e amorosamente agradeço aos meus pais Rosa e Nivaldo, presentes e protetores em todas as etapas da minha formação.

Ao meu companheiro e apoiador máximo das minhas escolhas, Daniel Nakamura. O seu incentivo e apoio foram essenciais. Serei eternamente grata. Obrigada por ser um pai incrível para o nosso filho. Obrigada por tudo.

Epígrafe

Eu fui criada na cidade. Mas, por sorte e por cultura, na cidade mesmo a minha avó tinha uma horta. Horta, jabuticabeiras, pitangueiras, e uma infinidade de outras plantas. A vó Odette sempre nos mandava cavar a terra, plantar, regar, colher. E tão prazeroso era colher, lavar e comer assim, acabado de colher: cenoura, rabanete, beterraba, couve, alface, hortelã, salsa, erva-doce. Os sabores eram incríveis. Os saberes ali aprendidos eram para a vida.

E era naquela cozinha comprida da casa da avó que as tradições familiares aconteciam. Como esquecer o cheiro de felicidade das batatas com a couve e a linguiça que a panela do caldo verde exalava? E a textura aveludada do cuscuz paulista? E a caça à batata doce no panelão do cozido português? E o minestrone, que a avó fazia para nos lembrar que era receita do saudoso avô Beto? Tudo tinha um sabor de comida do dia-a-dia, um gosto de rotina da sopa quente depois da escola, mas quantas histórias de luta, quanta dedicação e afeto foram vertidos naquelas panelas.

A minha outra avó, paterna, até hoje, com seus 86 anos, num pedacinho de terra lá na Vila Rica, zona Leste de São Paulo, tem as suas plantas: verduras, temperos, milho, limão, acerola ... E anuncia o sabor especial: “a salada foi colhida agorinha!” No fim da tarde um beiju (ou tapioca), suco de acerola “do pé” e uma conversa bem temperada por um sotaque arrastado, marcando a nossa origem nordestina.

Interessante é pensar que os nossos antepassados, pais dos meus avós maternos e paternos, viveram dos frutos da terra: plantavam, colhiam e vendiam. Então essas são as nossas raízes, é assim que nós estamos metidos na terra.

E por isso eu acredito, que o ambiente em que nós estamos inseridos nos possibilita as interações e vivências, mas também por nós pode ser criado, desenvolvido e transformado, a partir das oportunidades físicas, sociais e culturais.

E acredito sobremaneira que são eles, os alimentos naturais, da terra, que nos permitem a riqueza da cultura alimentar, essa culinária maravilhosa, que além de tudo – do sabor, do convívio social, do afeto, da cultura e das possibilidades de desenvolvimento – nos dará sempre o melhor da nutrição.

A autora.

RESUMO

Almeida, LB. **O ambiente alimentar, os indivíduos e suas práticas: um estudo no município de São Paulo.** 2015. Tese - Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 2015.

Introdução – Evidências sugerem impacto das características do ambiente nas taxas de obesidade, por mediadores em nível comunitário, como acesso a comércios, disponibilidade e custo de alimentos. Porém, há insuficiente compreensão sobre a interação do meio nas práticas alimentares. **Objetivos** – Ampliar a compreensão a respeito das relações entre o ambiente e as práticas alimentares em diferentes contextos socioeconômicos e de acesso à alimentação em que vivem indivíduos no município de São Paulo. **Métodos** – Estudo de abordagem qualitativa baseado em dados de auditoria de ambiente alimentar, inquérito e entrevistas individuais. A amostragem propositiva abrangeu diversos estratos do ambiente socioeconômico e alimentar no município de São Paulo e incluiu 48 indivíduos adultos de ambos os sexos. O roteiro de entrevistas semiestruturadas foi elaborado a partir de duas perguntas norteadoras: “Como é a percepção dos indivíduos sobre os estabelecimentos de comercialização de alimentos no bairro em que vivem e a sua influência nas práticas alimentares?” e “Como é a rotina de aquisição, preparo e consumo dos alimentos no bairro em que vivem e como isso se relaciona ao consumo de frutas e hortaliças e de alimentos ultraprocessados?”. Para a categorização dos discursos aplicou-se análise de conteúdo proposta por Bardin. A trajetória interpretativa foi conduzida sob o referencial teórico das representações sociais. A análise de clusters hierárquica foi utilizada para o agrupamento dos indivíduos, restando-se dois grupos: cluster 1 e cluster 2, diferenciados pelo nível

socioeconômico e pela disponibilidade de alimentos saudáveis nos locais avaliados. **Resultados** – As representações sociais sobre os ambientes alimentares estudados corresponderam às características aferidas em auditoria, revelando desigualdades entre os locais estudados. No cluster 1, caracterizado pelo maior nível socioeconômico e pelo melhor acesso à alimentação saudável, prevaleceu a percepção favorável sobre a disponibilidade de feiras, sacolões e supermercados, destacando oportunidades para a aquisição de alimentos com qualidade, variedade e preços acessíveis, dentre os quais as frutas e hortaliças. Os indivíduos do cluster 2 viviam em locais de menor nível socioeconômico e de menor acesso à alimentação saudável e representaram a falta de acesso à estabelecimentos de comércio de alimentos e a indisponibilidade de frutas e hortaliças. Nos dois clusters verificou-se a representação social: “refrigerantes, salgadinhos, biscoitos recheados e *fast-food* se encontra em todo lugar”, sobre a disponibilidade de alimentos ultraprocessados. A preocupação com a saúde foi a principal motivação para o consumo de frutas e hortaliças entre os dois clusters, e o gosto, a falta de hábito e o custo foram identificados como barreiras. Sobre o consumo de alimentos ultraprocessados, no cluster 1 ocorreu maior percepção sobre as barreiras, como a preocupação com a saúde. Já no cluster 2, se destacaram as motivações para este consumo, como o gosto e a presença de crianças. **Conclusão** – A forma como conhecem e compreendem as características do ambiente alimentar está refletida em algumas ações dos sujeitos sobre as suas práticas de aquisição e consumo de alimentos.

Descritores: Ambiente alimentar, representações sociais, práticas alimentares, comportamento alimentar, alimentos ultraprocessados, frutas e hortaliças, pesquisa qualitativa.

ALMEIDA, LB. **The food environment, individuals and their practices: a survey in São Paulo.** 2015. Thesis - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

Background – Evidences suggest an impact of environmental characteristics on obesity and non-communicable diseases rates, by mediators at the community level such as access to markets, cost and availability of food. However, there is insufficient comprehension about the interaction of the environment in food practices. **Objective** – Enhancing knowledge about the relations between the environment and eating habits in different socioeconomic and food access contexts, whereupon São Paulo's individuals live. **Methods** – This is a qualitative study based on food environment audit data, inquiry and individual interviews. The purposeful sampling comprised different strata of the socioeconomic and food environments in São Paulo and included 48 adults of both genders. The script for semi-structured interviews was drawn from two guiding questions: "How is the perception of the individuals on the food establishments in the neighborhood they live in, and their influence on eating habits?" and "How is the acquisition routine, preparation and consumption of foods in their neighborhood, and how does it relate to the consumption of fruits and vegetables, and ultra-processed food?". For categorizing the speeches Bardin's content analysis was applied. The interpretative trajectory was conducted under the theoretical framework of social representations. The hierarchical clusters analysis was used for grouping individuals, retaining two groups: cluster 1 and cluster 2, differentiated by the socioeconomic level and by the availability of healthy foods at the locations assessed. **Results** – The social representations about the food environments investigated corresponded to the characteristics measured in audit,

revealing disparities between the locations assessed. In cluster 1, characterized by higher socioeconomic level and better access to healthy food, prevailed favorable perception about the availability of fairs, grocery stores and supermarkets, standing out opportunities to food acquisition with quality, variety and affordable prices, among which are fruits and vegetables. Individuals from cluster 2 lived in places of lower socioeconomic level and less access to healthy food, and they accounted for the lack of access to food establishments and the unavailability of fruits and vegetables. In both clusters there was the social representation: “soft drinks, snacks, cookies and fast food are everywhere”, about the availability of ultra-processed food. The concern about healthcare was the main motivation for fruits and vegetables consumption among both clusters, and the taste, the lack of habit and costs were identified as barriers. Regarding to ultra-processed food consumption, in cluster 1 there was a greater awareness about the barriers, like the concern for healthcare. On the other hand, in cluster 2, the motivations for this consumption were highlighted, such as the taste and the presence of children. **Conclusion**—The way individuals know and understand the environmental characteristics is reflected in some of their actions about the purchasing practices and food consumption.

Keywords: Food environment, social representations, eating habits, eating behaviour, ultra-processed food, fruits and vegetables, qualitative research.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	17
1.1 A ALIMENTAÇÃO: FATOR DE INTERESSE PARA A SAÚDE.....	17
1.2 O AMBIENTE ALIMENTAR.....	27
1.3 DETERMINANTES SOCIAIS E PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	34
1.4 AS PRÁTICAS ALIMENTARES NA PERSPECTIVA DA SAÚDE.....	37
2. JUSTIFICATIVA.....	43
3. OBJETIVOS.....	45
3.1 OBJETIVOS GERAIS	45
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	45
4. MÉTODOS.....	46
4.1 SELEÇÃO DOS LOCAIS E DOS INDIVÍDUOS PARA O ESTUDO.....	47
4.2 DADOS DE CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE ALIMENTAR E DOS INDIVÍDUOS.....	27
4.3 PRODUÇÃO DE DADOS QUALITATIVOS.....	31
4.4 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO.....	38
4.4 AGRUPAMENTO DOS INDIVÍDUOS.....	46
4.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	47
5. RESULTADOS.....	49
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS INDIVÍDUOS E DO AMBIENTE ALIMENTAR NO ESAO-SP.....	51
5.2 PERCEPÇÕES SOBRE O AMBIENTE ALIMENTAR.....	77

5.3 FRUTAS E HORTALIÇAS: PERCEPÇÕES SOBRE DISPONIBILIDADE, BARREIRAS E MOTIVADORES PARA CONSUMO.....	123
5.4 ALIMENTOS ULTRAPROCESSADOS: PERCEPÇÕES SOBRE DISPONIBILIDADE, BARREIRAS E MOTIVADORES PARA O CONSUMO....	150
5.5 PRÁTICAS DE AQUISIÇÃO, PREPARO E CONSUMO E AS RELAÇÕES COM O AMBIENTE ALIMENTAR.....	172
5.6 CONHECIMENTOS SOBRE ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E PERCEPÇÃO SOBRE AS INFLUÊNCIAS DO AMBIENTE NA ALIMENTAÇÃO.....	196
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	210
7. CONCLUSÃO.....	219
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	221
 ANEXOS	
Anexo 1: Questionário para a coleta de dados individuais.....	240
Anexo 2: Roteiro para entrevista semi-estruturada.....	246
Anexo 3: Dendograma sobre análise de clusters.....	247
Anexo 4: Termo de Consentimento livre e esclarecido.....	248
Anexo 5: Aprovação do Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.....	249
Anexo 6: Primeira página do currículo lattes da autora da tese de doutorado Luara Bellinghausen Almeida.....	250
Anexo 7: Primeira página do currículo lattes da orientadora da tese de doutorado Patricia Constante Jaime.....	252

Lista de Quadros

Quadro 1 – Eixos investigativos do ESAO-SP.	46
Quadro 2 – Distritos administrativos selecionados segundo indicadores socioeconômicos e do ambiente alimentar e número de indivíduos para a pesquisa qualitativa. São Paulo, 2011.	50
Quadro 3 – Conteúdos significativos sobre ambientes alimentares favoráveis e desfavoráveis. ESAO-SP, São Paulo, 2012.	104
Quadro 4 – Representações sociais: as percepções sobre o ambiente alimentar, de acordo com os clusters. ESAO-SP, São Paulo, 2012.	122
Quadro 5 – Referências sobre as barreiras para o consumo de frutas e hortaliças para indivíduos dos clusters 1 e 2. ESAO-SP, São Paulo, 2012.	139
Quadro 6 - Referências para a categoria “Fatores relacionados ao consumo de frutas e hortaliças”, indicador “Motivações para o consumo de frutas e hortaliças”. Extraídas dos discursos dos indivíduos clusters 1 e 2. ESAO-SP, São Paulo, 2012.	147
Quadro 7 – Representações sociais sobre a disponibilidade, barreiras e motivações para o consumo de frutas e hortaliças para os indivíduos dos clusters 1 e 2. ESAO-SP, São Paulo, 2012.	149
Quadro 8 – Atributos dos alimentos ultraprocessados e motivações para o consumo segundo a percepção dos indivíduos do cluster 2. ESAO-SP, São Paulo, 2012.	169
Quadro 9 – Representações sociais sobre a disponibilidade, barreiras e motivações para o consumo de alimentos ultraprocessados para os indivíduos dos clusters 1 e 2.	171
Quadro 10 – Expressões para a categoria “Prática de preparo das refeições”, indicador “Atribuição de outra pessoa”, extraídas dos discursos dos indivíduos do cluster 2. ESAO-SP, São Paulo, 2012.	190
Quadro 11 – Síntese das representações sociais sobre o ambiente e as práticas alimentares dos indivíduos de acordo com a divisão em clusters 1 e 2. ESAO-SP, São Paulo, 2012.	195
Quadro 12 – Síntese das representações sociais sobre conhecimentos de alimentação saudável e relação do ambiente na alimentação de acordo com a divisão em clusters 1 e 2. ESAO-SP, São Paulo, 2012.....	209

Lista de Figuras

Figura 1 – Esquema de plano para a análise de conteúdo. Objetos temáticos, categorias e indicadores de acordo com a pergunta norteadora: “Como é a percepção dos indivíduos sobre os estabelecimentos de comercialização de alimentos neste bairro em que vivem e a sua influência nas práticas alimentares? ”	61
Figura 2 – Esquema de plano para a análise de conteúdo. Objetos temáticos, categorias e indicadores de acordo com a pergunta norteadora: “Como é a rotina de aquisição, consumo e preparo dos alimentos neste bairro em que vivem e como isso se relaciona com o consumo de alimentos, especialmente frutas e hortaliças e alimentos ultraprocessados? ”	62
Figura 3 – Expressões sobre os significados que os indivíduos atribuem ao acesso às feiras, sacolões, mercados e supermercados nos locais em que vivem, segundo a estratificação por clusters. ESAO-SP, São Paulo, 2012.	94
Figura 4 – Percepções, motivações e ações dos indivíduos sobre a disponibilidade favorável de frutas e hortaliças, segundo a estratificação por clusters. ESAO-SP, São Paulo, 2012.	129
Figura 5 - Percepções, barreiras e reações sobre a disponibilidade desfavorável de frutas e hortaliças nos ambientes em que vivem, para os indivíduos do cluster 2. ESAO-SP, São Paulo, 2012.	134
Figura 6 – Percepções, barreiras e reações sobre o consumo de alimentos ultraprocessados, extraídas dos discursos dos indivíduos do cluster 1. ESAO-SP, São Paulo, 2012.	157
Figura 7 – Motivação para o consumo de alimentos ultraprocessados associada à presença de crianças, extraídas dos discursos dos indivíduos do cluster 2. ESAO-SP, São Paulo, 2012.	163
Figura 8 – Expressões extraídas dos discursos dos indivíduos para a categoria “Prática de preparo das refeições”, indicador “sem dificuldades”, segundo a estratificação por clusters. ESAO-SP, São Paulo, 2012.	189
Figura 9 – Esquema sobre a representação social “O ambiente não interfere na alimentação porque eu consumo como eu quero”, para os indivíduos dos clusters 1 e 2. ESAO-SP, São Paulo, 2012.	207

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Características sociodemográficas e do consumo alimentar dos indivíduos estudados, segundo estratificação por cluster. ESAO-SP, São Paulo, 2011.	75
Tabela 2 – Características do ambiente alimentar de acordo com a estratificação por cluster. ESAO-SP, São Paulo, 2011.	77
Tabela 3 – Percepções dos indivíduos sobre o acesso a estabelecimentos para aquisição de alimentos, segundo a estratificação por cluster. ESAO-SP, São Paulo, 2012.	79
Tabela 4 - Percepção dos indivíduos sobre características do ambiente alimentar, segundo a estratificação por clusters. ESAO-SP, São Paulo, 2012.	101
Tabela 5 - Percepção dos indivíduos sobre, custo e aspectos de higiene e segurança dos alimentos, segundo a estratificação por clusters. ESAO-SP, São Paulo, 2012.	110
Tabela 6 – Percepção sobre disponibilidade, barreiras e motivações para o consumo de frutas e hortaliças e alimentos processados, segundo a estratificação por clusters. ESAO-SP, São Paulo, 2012.	124
Tabela 7 – Disponibilidade, barreiras e motivações em relação aos alimentos ultraprocessados, segundo estratificação por clusters. ESAO-SP, São Paulo, 2012.	151
Tabela 8 – Percepções sobre as práticas de compra de alimentos, de consumo fora do lar, de preparo das refeições e acesso a restaurantes, segundo a estratificação por clusters. ESAO-SP, São Paulo, 2012.	174
Tabela 9 - Conhecimentos e interações sobre alimentação e ambiente segundo os clusters. ESAO-SP, São Paulo, 2012.	197

1 INTRODUÇÃO

1.1 A ALIMENTAÇÃO: FATOR DE INTERESSE PARA A SAÚDE

A alimentação humana tem características muito particulares. É uma necessidade fundamental para todos os seres vivos, pois sem alimentação não há possibilidade de vida. Em uma perspectiva mais ampla, percebe-se a sua abrangência no sentido de unir de forma inequívoca aspectos biológicos e fisiológicos a aspectos culturais. O organismo assimila os nutrientes dos alimentos que, até chegarem a ser consumidos, passaram por um processo social de produção, escolha e preparação. Com o ato de comer os diferentes grupos exercem práticas, costumes e valores sobre os diferentes alimentos. Portanto, há um sentido específico ao ato de se alimentar, que varia de cultura para cultura e de época para época. Para todos os alimentos existem associações sociológicas como parte de um sistema cultural, a comida e seus contextos são repletos de símbolos, sentidos e classificações. Sendo, portanto, um fenômeno biocultural, seu estudo interessa a uma gama de disciplinas e, compreender as práticas ligadas à alimentação enquanto ação simbólica nos possibilita o acesso a outras dimensões da vida e a outros planos: social, político, econômico e psicológico (MACIEL e CASTRO, 2013).

Se a alimentação assume sentidos e significados, o alimentar-se vai além da questão fisiológica da necessidade de nutrientes e constrói costumes, acompanha ritos de passagem e sela as relações entre o indivíduo e a sociedade (CARVALHO et al., 2011). No entanto, também comemos em função das

necessidades do organismo e conforme as circunstâncias do meio e da sociedade em que vivemos, da forma como ela se organiza e se estrutura, produz e distribui os alimentos. A alimentação também é influenciada pela distribuição da riqueza na sociedade. Os grupos e classes de pertencimento são marcados por diferenças, hierarquias, estilos e modos de comer e atravessados por representações coletivas, imaginários e crenças (CANESQUI e GARCIA, 2005).

E tendo em vista a sua função vital, há de se considerar que distribuição e acesso à alimentação, assim como a distribuição de riquezas, sujeita-se às inequidades decorrentes do próprio processo de construção das sociedades contemporâneas. Postulada como um requisito básico para a promoção e proteção da saúde, possibilitando a afirmação plena do potencial de crescimento humano com qualidade de vida e cidadania, a alimentação constitui-se como um dos direitos humanos fundamentais, consignado na *Declaração Universal dos Direitos Humanos* (LEÃO, 2013).

O Direito Humano à Alimentação Adequada é representado por duas dimensões indivisíveis: estar livre da fome e da má nutrição e ter uma alimentação adequada. A primeira dimensão diz respeito à garantia de acesso ao alimento, visando à segurança alimentar e nutricional e, a segunda, amplia esses atributos, propondo não só a garantia à acessibilidade física e financeira, mas também a fatores como o sabor, variedade, cor, sustentabilidade social e ambiental, bem como a adequação cultural. O respeito às questões religiosas, éticas e às peculiaridades dos diversos grupos e indivíduos são exemplos dessa dinâmica (VALENTE, 2002).

Dessa forma, a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), é compreendida como a realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis (BRASIL, 2006).

A alimentação, além de um direito inerente a todas as pessoas, é um dos determinantes e condicionantes da saúde. As consequências da insegurança alimentar e nutricional da população como, por exemplo, a obesidade, a desnutrição e carências nutricionais específicas, representam grandes prejuízos ao desenvolvimento social. Elas recaem sobre o setor da saúde que, historicamente, tem incorporado a responsabilidade de políticas e programas de alimentação e nutrição no Brasil (ALVES e JAIME, 2014).

Sob a perspectiva dos fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais, os chamados determinantes sociais de saúde (DSS) são aqueles que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (BUSS e PELLEGRINI, 2007). Assim, promoção da alimentação adequada e saudável é uma zona de intersecção entre a promoção da saúde e a promoção de SAN, podendo aproximar e subsidiar o diálogo intersetorial, imprescindível, tanto para a garantia da SAN, quanto da saúde. Nesta análise, os fatores determinantes da saúde também vão influenciar na condição de SAN dos indivíduos e coletividades. E, dessa maneira, o conceito abrangente de saúde, que não se restringe somente na capacidade física ou condição biológica dos sujeitos, inclui a garantia da SAN (PINHEIRO, 2005; ALVES e JAIME, 2014).

As ações voltadas a garantir a SAN extrapolam o setor de saúde para assegurar o direito humano à alimentação e nutrição. Tais ações direcionam-se à produção e ao consumo, englobam a capacidade aquisitiva da população e as práticas alimentares, que necessariamente incluem os fatores culturais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Inúmeros são os desafios encontrados para que a população alcance um nível ótimo de nutrição. Os riscos nutricionais, de diferentes categorias e magnitudes, permeiam todo o ciclo da vida humana, desde a concepção até a senectude, assumindo diversas configurações epidemiológicas em função do processo saúde/doença de cada população. No Brasil, observa-se uma complexidade peculiar dos problemas alimentares, advinda de uma transição nutricional com perfil singular, caracterizada pela sobreposição de problemas alimentares carenciais pelos problemas relacionados ao excesso de peso e à má qualidade da alimentação (FERREIRA e MAGALHÃES, 2007; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

No cenário epidemiológico mundial, a alimentação tem recebido destaque nas pesquisas científicas e também nos programas de saúde, isso por que ela é identificada como um fator de risco importante e, acima de tudo, modificável para as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (WHO, 2013). Estimadas como as maiores causas de mortes no mundo, no Brasil as doenças cardiovasculares, o câncer, o diabetes, as enfermidades respiratórias crônicas e as doenças neuropsiquiátricas, principais DCNT, respondem por 70% das mortes. Além disso, essas enfermidades têm gerado elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida com alto grau de limitação nas atividades de trabalho e de lazer, além de impactos econômicos para as famílias, comunidades e a

sociedade em geral, agravando as iniquidades e aumentando a pobreza (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Em face de sua associação com várias DCNT, o excesso de peso, incluindo as condições de sobrepeso e de obesidade, constitui o sexto fator de risco mais importante para a carga global de doenças. A estimativa é de grande magnitude: há cerca de um bilhão de adultos com sobrepeso no mundo e 475 milhões de obesos, com uma projeção alarmante para a próxima década (IASO, 2012). Estimativas para 2020 apontam cerca de cinco milhões de óbitos atribuídos ao excesso de peso (WHO, 2003, 2004; IASO, 2012).

Segundo os dados do VIGITEL (Vigilância De Fatores De Risco E Proteção Para Doenças Crônicas Por Inquérito Telefônico), o Brasil acompanha as tendências de aumento nas taxas de sobrepeso e obesidade. A prevalência de excesso de peso na população adulta residente nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal aumentou de 43,2% em 2006 para 52,5% em 2014, apresentando um crescimento significativo tanto em homens como em mulheres, em todas as faixas etárias e em todos os níveis de escolaridade. Já a obesidade aumentou de 11,8% para 17,9%, representando um incremento médio de 0,77pp ao ano. Ela tornou-se mais frequente em mulheres do que em homens e aumentou o excedente relativo de obesidade em indivíduos de baixa escolaridade (MALTA et al., 2015).

A ascensão da obesidade é olhada como fato relevante e preocupante ao se constatar que ela é, a um só tempo, uma doença crônica e um fator de risco para outras doenças, tais como diabetes tipo II, hiperlipidemias e hipertensão arterial (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Essas doenças estão associadas ao

perfil alimentar encontrado entre as famílias brasileiras, no qual há, por um lado, uma participação crescente de gorduras em geral, gorduras de origem animal e alimentos industrializados ricos em açúcar e sódio e, por outro, uma menor participação das frutas, legumes e verduras, considerados alimentos protetores devido ao seu teor de vitaminas, minerais, fibras e antioxidantes (IBGE, 2010, SCHMIDT et al., 2011).

As modificações nos padrões nutricionais e de morbi-mortalidade da população ocorrem diante de um amplo panorama que reúne os processos de transição demográfica, epidemiológica e nutricional, observados desde a década de 60 no Brasil. A transição nutricional tem sua origem associada às mudanças nos padrões de consumo de alimentos, resultando em alterações do estado nutricional, encadeados a movimentos de ordem econômica, demográfica e social (COUTINHO et al., 2008).

Inserido no importante contexto da globalização e considerando circunstâncias políticas, sociais e processos históricos e culturais próprios, o Brasil mudou substancialmente nas últimas décadas. A concentração da população no com a passagem de um mercado de trabalho fundado no setor primário (agropecuária e extrativismo) para uma demanda de mão-de-obra concentrada no setor secundário e, sobretudo, no setor terciário da economia, ocasionaram mudanças no perfil das atividades rotineiras, levando à diminuição do esforço físico e, conseqüentemente, do gasto energético (BATISTA FILHO e RISSIN, 2003).

Por sua vez, a redução nas taxas de fecundidade e o aumento nas taxas de expectativa de vida, modificam a pirâmide populacional, com a crescente

participação de pessoas de mais de cinquenta anos. O aumento da renda *per capita* também é observado e acarreta melhoria de acesso ao consumo de forma geral e ao de alimentos em particular. São transformações cruciais no que se refere à geração de renda, estilos de vida e, especificamente, às demandas nutricionais (BATISTA FILHO e RISSIN, 2003).

Em conjunto com a urbanização, a industrialização e a globalização geraram mudanças nos padrões alimentares. A migração para as regiões urbanas criou um ambiente propício de acesso às lojas maiores e supermercados, que foram tomando o lugar dos mercados tradicionais. Essas grandes redes varejistas contribuem para facilitar a disseminação dos produtos advindos das corporações alimentícias transnacionais que, por sua vez, tendem a produzir alimentos com maiores teores de gorduras, açúcar e sódio. Essas características nutricionais dos alimentos industrializados relacionam-se tanto à maior palatabilidade, quanto à maior conservação, atributos que favorecem a comercialização (MARATOYA et al., 2013).

O acesso às redes de *fast-food* também é facilitado nos centros urbanos, contribuindo para o caráter globalizado da alimentação. Outra consequência da urbanização é uma mudança de tradição, já que com a inserção das mulheres no mercado de trabalho, houve uma redução do tempo para o preparo das refeições da maneira tradicional, criando demanda para refeições pré-processadas (POPKIN, 2006; MARATOYA et al., 2013).

Sobre as modificações observadas na alimentação das sociedades modernas, POULAIN (2002) as descreve como “uma desintegração dos hábitos alimentares tradicionais e uma transgressão das normas e valores sociais”,

relacionando os prejuízos aos hábitos alimentares básicos às profundas modificações na organização social. São exemplos dessa dinâmica o constante crescimento da participação da mulher no mercado de trabalho, a jornada de trabalho ininterrupta (sem a possibilidade de almoçar em casa), associados ao aumento da urbanização. Esse último acarreta uma redefinição dos papéis sociais, modificações na estrutura familiar e nas formas de produção, aquisição e consumo de alimentos.

No paradigma do capitalismo e da globalização, a economia de mercado é baseada no crescimento do consumo, quando essa lógica é aplicada à nutrição, ela resulta na ingestão energética passiva e excessiva. O tipo de alimento consumido, o local das refeições, o número de refeições e até as companhias nos eventos alimentares têm sofrido grandes transformações. Por trás destas alterações encontram-se a produção de alimentos mais processados, acessíveis e com marketing efetivo. Nesse sentido, a pandemia da obesidade pode ser vista como uma resposta normal do indivíduo ao ambiente obesogênico no qual ele se encontra (WHO, 2003; POPKIN e GORDON-LARSEN, 2004; SWINBURN, 2011, JACOBS JR E TAPSELL, 2013).

SWINBURN et al. (2011) propõem um modelo sobre os determinantes da epidemia de obesidade, reconhecendo que o balanço energético é definido pelos comportamentos em nível proximal e em nível distal pelos ambientes. Os ambientes alimentar e de atividade física são os determinantes dos comportamentos relacionados com a obesidade. Mais distais estão os determinantes ligados ao sistema: regimes de taxaço e regulação mercadológicos. As políticas sociais e econômicas configuram as condições sob as quais o comércio e os indivíduos operam, e muitas dessas condições podem

ter efeitos distais na obesidade. Embora o ambiente construído detenha importantes efeitos nos comportamentos relacionados ao consumo e gasto energéticos, o determinante óbvio da epidemia está no sistema alimentar: o aumento no fornecimento de alimentos baratos, palatáveis e energeticamente densos, sistemas de distribuição aperfeiçoados para tornar o alimento mais acessível e conveniente, e o marketing persuasivo e incisivo (MONTEIRO et al., 2011).

O conceito de sistema alimentar é compreendido pelo conjunto de processos que abrangem desde o acesso à terra, a água e aos meios de produção, as formas de processamento, de abastecimento, de comercialização e de distribuição, a escolha e consumo dos alimentos, incluindo as práticas alimentares e individuais e coletivas, até a geração e destinação de resíduos. (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL, 2012). Estes processos integram-se às dimensões ambientais, econômicas, sociais e de saúde, tendo como perspectiva a sua sustentabilidade (CASTRO et al., 2011).

No sistema alimentar vigente, a indústria alimentícia produz e distribui em alta escala os produtos ultraprocessados que, por sua vez, são formulações essencialmente industriais, principalmente ou totalmente produzidos a partir de ingredientes artificiais, normalmente contendo pouco ou nenhuma parte de alimentos naturais. Quando comparados aos alimentos combinados em processos culinários, como as preparações e refeições, estes são, em média, mais energeticamente densos, com maior conteúdo de gorduras totais e saturadas, açúcares e sal, e com menor conteúdo de proteínas e fibras (MONTEIRO et al., 2010). Ademais, o consumo elevado de ultraprocessados tem sido associado com o ganho de peso e ocorrência de doenças crônicas não

transmissíveis (WHO, 2003; CANELLA et al., 2014, LOUZADA et al., 2015). O Guia Alimentar para a População Brasileira, publicado pelo Ministério da Saúde recomenda evitar esses produtos, considerando que, quando eles são parte do hábito diário, a presença dos alimentos naturais ou minimamente processados tende a ser limitada, prejudicando a qualidade da dieta (JAIME, 2014; MONTEIRO et al., 2015; LOUZADA et al., 2015, PAHO 2015).

Apesar da interação entre todos os fatores ambientais ser complexa e multifacetada, a força dos determinantes do sistema e do ambiente é evidente, dado o contínuo aumento da epidemia global de obesidade (SWINBURN, 2011). Portanto, para se alcançar melhorias na qualidade da alimentação e nos padrões de estilo de vida com vistas à redução da obesidade, é necessário que se direcionem ações não somente aos comportamentos individuais, mas também aos contextos ambientais nos quais as pessoas vivem, fazem escolhas e se alimentam, considerando as disparidades no acesso aos alimentos saudáveis entre as comunidades de menor renda (LARSON e STORY, 2009; DURAN et al., 2013).

No Plano de Ação Global para a prevenção e o controle das DCNT, a Organização Mundial da Saúde (OMS) determina como metas interromper o aumento nas taxas de obesidade e diabetes e reduzir as taxas DCNTs em 25% em 2025. A respeito da promoção da alimentação saudável, propõem-se o desenvolvimento e o fortalecimento das políticas de alimentação e nutrição e a implementação de planos de ação como a Estratégia Global para Dieta, Atividade Física e Saúde (WHO, 2004) aliados ao conjunto de recomendações da OMS sobre marketing de alimentos e bebidas para crianças. O incentivo e apoio para que as pessoas possam identificar e reagir aos elementos

constitutivos de seu ambiente alimentar são importantes, mas a prioridade deve ser dada às políticas públicas capazes de combater o caráter obesogênico desses ambientes. A epidemia da obesidade poderá ser revertida mediante a liderança governamental, regulação e investimento em programas, monitoramento e pesquisa (SWINBURN, 2011).

1.2 O AMBIENTE ALIMENTAR

As recentes evidências científicas sugerem que o ambiente pode influenciar o comportamento alimentar dos indivíduos (GISKES et al., 2007). O ambiente define-se nos níveis macro e micro, incluindo-se fatores físicos, legais e políticos que influenciam as decisões familiares e individuais. Assim, ambiente é concebido como o contexto externo em que as decisões familiares e individuais são tomadas (POPKIN et al., 2005).

Sob o olhar da saúde pública, os ambientes social e físico podem afetar a saúde diretamente ou por um contexto atuante, capaz de modular as decisões individuais relacionadas à saúde (GLANZ et al., 1998; LYTLE, 2009). Os fatores ambientais não estão relacionados apenas ao ambiente físico, tais como presença de parques, praças ou supermercados, mas com o amplo cenário no qual as pessoas moram ou trabalham. Esta abordagem sócio-ecológica em saúde enfatiza que os indivíduos interagem com os seus ambientes e, assim, as características ambientais influenciam os comportamentos em saúde (GILES-CURTI e DONOVAN, 2002).

O surgimento da carga global de obesidade e doenças não transmissíveis relacionadas à alimentação é determinada primordialmente por um padrão

alimentar não saudável. Este, por sua vez, é determinado por ambientes alimentares não saudáveis (SWUINBURN et al., 2011; NG et al., 2013). A compreensão de que o ambiente alimentar é o cenário onde as escolhas alimentares são proporcionadas e efetivadas, o condiciona como um fator determinante na composição do comportamento alimentar. Os aspectos do ambiente que são particularmente importantes para os padrões de consumo alimentar incluem, por exemplo, a acessibilidade a restaurantes e supermercados e a disponibilidade, o preço e a qualidade de diversos alimentos (MOORE et al., 2009; ZENK et al., 2009a, 2009b).

Discussões sobre o ambiente correlacionado à alimentação, atividade física e obesidade têm focado também na noção de ambiente construído. O ambiente construído é definido como um conceito multidimensional, incluindo os padrões de atividade humana em várias escalas da geografia junto ao ambiente físico (POPKIN et al., 2005). HANDY et al. (2002) referem que o ambiente construído inclui: “1) o desenho urbano, desenho arquitetônico da cidade e de seus elementos físicos; 2) uso da terra, localização e densidade de áreas residenciais, comerciais, industriais, florestais e outros; 3) sistema de transporte, infraestrutura de vias, calçadas, ciclovias e outros. ”

Os ambientes existentes em diferentes países, com variações observadas no ambiente construído, nos sistemas de transporte, nas oportunidades de recreação ativa, cultura alimentar e culinária e na cultura sobre o corpo podem moderar ou modular efeitos sobre os determinantes globais da obesidade. Esses efeitos podem ser importantes e explicar as diferenças da prevalência de obesidade entre as populações. Eles claramente detêm oportunidades para

intervenções voltadas para a promoção de ambientes menos obesogênicos (SWINBURN et al., 2011).

Sobre o ambiente alimentar, associações positivas consistentes têm sido demonstradas entre a proximidade de supermercados/estabelecimentos de comércio de alimentos saudáveis e o padrão de alimentação e estado nutricional (RANSLEY et al., 2003; LARAIA et al., 2004; JAIME et al., 2011; PESSOA et al., 2015). Adicionalmente, estudos exploram a relação entre acesso ao alimento e obesidade, sugerindo que o ambiente socioeconômico pode impactar as taxas de prevalência. Isso se dá por meio de potenciais mediadores em nível comunitário que influenciam os comportamentos individuais, tais como o acesso a restaurantes, comércios alimentícios, disponibilidade de alimentos e custo de alimentos saudáveis (DIEZ-ROUX et al., 2000; DREWNOWSKI, 2004; REGIDOR et al., 2008).

Já SWINBURN et al. (2013) definem *ambiente alimentar* como o conjunto dos meios físico, econômico, político e sociocultural, oportunidades e condições que influenciam as escolhas alimentares e o estado nutricional das pessoas. O meio físico diz respeito às características de disponibilidade, qualidade e promoção. O componente econômico diz respeito ao custo. O político abrange as regulamentações e normatizações. Por fim, o sociocultural inclui as normas, representações e significados do alimento para um indivíduo ou grupo (SWINBURN, 1999). Estas quatro dimensões do ambiente alimentar interagem substancialmente nos processos das escolhas alimentares (WHO 2003; STORY et al., 2008).

Este contexto físico das escolhas alimentares é composto pelo macroambiente alimentar, que diz respeito à densidade e localização de

estabelecimentos de comercialização de alimentos e a proximidade dos estabelecimentos das residências, escolas e trabalho, e pelo microambiente alimentar, descrito pelas características associadas aos alimentos dentro dos estabelecimentos de comércio, tais como disponibilidade, variedade, qualidade, preço, distribuição e promoção/ propaganda (GLANZ et al., 2005). O termo ambiente alimentar da vizinhança (*neighbourhood food environment*) refere-se ao conjunto de fatores do macro e microambientes em uma determinada área geográfica (ZENK, SCHULZ & ODOMS-YOUNG, 2009).

As pesquisas epidemiológicas sobre o componente físico do ambiente alimentar usualmente investigam os atributos espaciais, tais como os supermercados na vizinhança, utilizando dados objetivos e a metodologia de sistemas de informação geográfica (*GIS – Geographic Information Systems*) (MCKINNON et al., 2009). Muitos desses estudos tratam da escassez de estabelecimentos de comércio de alimentos, locais chamados de *food deserts*, como um fator de impacto negativo sobre o acesso e consumo da alimentação saudável, enquanto que a disponibilidade de tais estabelecimentos pode ter efeito contrário (WALKER et al., 2010). Por exemplo, em uma revisão sistemática da literatura realizada por CASPI et al. (2009), um número substancial de estudos reportou associação positiva da disponibilidade de supermercados com o consumo de frutas e hortaliças.

Por outro lado, em um estudo ecológico realizado na cidade de São Paulo, o consumo de frutas e hortaliças não foi associado à densidade de supermercados mas sim à densidade de feiras de rua, considerando que estes equipamentos estão mais disponíveis nas áreas de maior nível socioeconômico (JAIME et al., 2011). Um outro estudo conduzido na cidade de Belo Horizonte

mostrou que tanto a distribuição de estabelecimentos de comércio de alimentos quanto o consumo de frutas e hortaliças eram maiores nas áreas de maior renda (PESSOA et al., 2015).

Claramente, existem disparidades sobre o acesso à alimentação saudável no que concerne às características do ambiente, impactando o crescimento da obesidade e das DCNTs entre os estratos socioeconômicos menos favorecidos e revelando as iniquidades na saúde. Um crescente corpo de pesquisas sugere que, entre as comunidades de baixa renda, os alimentos saudáveis são escassos, enquanto que os alimentos não saudáveis são ubíquos. Estas desigualdades sobre a disponibilidade e o acesso a diferentes tipos de estabelecimentos de comércio de alimentos, além de sua variedade, qualidade e preço, podem ter implicações importantes no desenvolvimento das habilidades dos indivíduos para atingir e manter a alimentação e o peso corporal saudáveis (ZENK et al., 2009). A configuração socioeconômica é um determinante distal do estado nutricional, de tal forma relevante que, independente da riqueza total de um país ou estado, quanto maiores são as desigualdades de renda, maior é a prevalência de obesidade (WILKINSON e PICKETT, 2006; SWINBURN et al., 2011).

Na presente conjuntura global, o ambiente alimentar é configurado pelo predomínio de produtos alimentícios de alta densidade calórica e pobres em nutrientes, que são amplamente disponíveis, relativamente baratos e fortemente promovidos. Tais aspectos de um ambiente não saudável parecem criar um efeito de lei da oferta que impulsiona o superconsumo calórico e, por conseguinte, de alimentos não saudáveis, sendo este um dos principais

determinantes para o ganho de peso excessivo (MONTEIRO, 2010; SWINBURN, 2011; VANDEVIJVERE, 2015a; PAHO, 2015).

Ainda existem poucos estudos sobre a compreensão e modificação dos determinantes socioculturais das escolhas alimentares. Em um dado ambiente, o estado nutricional difere entre os indivíduos, o que é um indicativo da ocorrência de moderadores ou moduladores do balanço energético. As escolhas individuais podem exercer efeitos tanto nas causas quanto nas soluções da obesidade. A decisão final, seja a de consumir um determinado alimento ou bebida, seja a respeito da prática de atividade física, configura uma opção individual. No entanto, a pessoa ao negociar sobre a complexidade dos ambientes e as possibilidades de escolha que ele oferece, toma muitas dessas decisões de forma automática ou subconsciente (SWINBURN, 2011). COHEN (2008) posiciona um forte argumento de que “o consumo excessivo de alimentos ocorre de forma a desafiar o discernimento pessoal ou está fora da consciência do indivíduo” e demonstra mecanismos neurofisiológicos plausíveis para algumas respostas automáticas aos estímulos fisiológicos, ambientais e interpessoais em relação às oportunidades alimentares. Estudiosos da fisiologia do apetite nomeiam esta resposta como “superconsumo passivo”.

SWINBURN e EGGER (2002) definiram ambiente obesogênico como “conjunto das influências que o meio, as oportunidades ou as condições de vida tem em promover obesidade em indivíduos ou populações”. Esse ambiente somado à tendência biológica fundamental dos humanos para adquirir e estocar energia e à dessensibilização do sistema de controle do apetite conduzem as pessoas a um menor potencial de controle e escolha sobre os padrões de estilo de vida que impactam sobre o seu peso e saúde (KING e THOMAS, 2007).

No contexto da saúde relacionada à nutrição, aponta-se para a necessidade do monitoramento abrangente dos ambientes alimentares, bem como para a avaliação de impacto de políticas dos setores públicos e privados, no sentido de fortalecer os planos de enfrentamento das DCNTs (WHO, 2003, 2014).

Diante do amplo consenso sobre a determinação do ambiente nos desfechos de saúde associados com a alimentação, formou-se uma importante rede internacional de organizações de interesse público e de pesquisadores, a *INFORMAS* (*International Network for Food and Obesity/NCDs Research, Monitoring na Action Support*) com o objetivo de monitorar, referenciar e apoiar as medidas dos setores públicos e privados voltadas para o desenvolvimento de ambientes alimentares saudáveis. Por meio do monitoramento padronizado, ao longo do tempo e entre diferentes países, a informação obtida poderá fortalecer as ações em saúde pública apoiadas em evidências (SWINBURN et al., 2013). Estas intervenções precisam ser centradas nas políticas, sobretudo nas políticas governamentais, que sejam sustentáveis e possam abranger toda população. É necessário que elas se tornem sistemáticas, modificando o padrão dos comportamentos, e que possam reverter alguns dos determinantes ambientais (SWINBURN, 2011).

Portanto, a epidemia da obesidade e das doenças crônicas relacionadas à alimentação está associada a fatores complexos e multifacetados, que levam à necessidade de avaliar e quantificar os ambientes, bem como de gerar maior compreensão sobre como estes influenciam a saúde ou as decisões relacionadas à saúde.

O indivíduo deve estar inserido nesta questão, em estudos que façam a intersecção entre as medidas do ambiente e os comportamentos de consumo, bem como estejam atentos aos fatores relacionados a tais comportamentos: a percepção sobre a acessibilidade aos alimentos, além daquelas sociais e normativas. A formação de tal conhecimento mostra-se imprescindível para aumentar a possibilidade de intervenções e de políticas públicas voltadas para frear os determinantes da obesidade (LYTLE, 2009).

1.3 DETERMINANTES SOCIAIS E PROMOÇÃO DA SAÚDE

Saúde é um direito humano fundamental reconhecido por todos os foros mundiais e em todas as sociedades. Como tal, a saúde se encontra em pé de igualdade com outros direitos garantidos pela Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948: liberdade, alimentação, educação, segurança, nacionalidade etc. A saúde é amplamente reconhecida como o maior e o melhor recurso para os desenvolvimentos social, econômico e pessoal, assim como uma das mais importantes dimensões da qualidade de vida. A saúde é, portanto, um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, não é responsabilidade exclusiva do setor de saúde e vai além de um estilo de vida saudável, caminhando na direção de um bem-estar global (BUSS E PELLEGRINI, 2007).

A Carta de Ottawa, provinda da Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, no Canadá, em 1986, afirma que, com toda a complexidade que implicam alguns destes conceitos, são recursos

indispensáveis para ter saúde: paz, renda, habitação, educação, alimentação adequada, ambiente saudável, recursos sustentáveis, equidade e justiça social. E, neste escopo foi definido o conceito atualmente bastante generalizado de Determinantes Sociais da Saúde (DDS), para o qual as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde. Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (BUSS e PELLEGRINI, 2007).

Dessa forma, a promoção da saúde é o resultado de um conjunto de fatores sociais, econômicos, políticos e culturais, coletivos e individuais, que se combinam de forma particular em cada sociedade e em conjunturas específicas, resultando em sociedades mais ou menos saudáveis (BUSS e PELLEGRINI, 2007).

Na Carta de Ottawa foram definidas cinco áreas prioritárias de ação em promoção da saúde: políticas públicas saudáveis, criação de ambientes saudáveis, reforço a ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos serviços de saúde. A promoção da saúde incorpora, portanto, uma noção ampliada desse conceito e passa a se aproximar da ideia de qualidade de vida (FERREIRA e MAGALHÃES, 2007).

Outros fundamentos importantes para a prática da promoção da saúde são: (I) a autonomia, dada pelas condições encontradas pelos sujeitos, em obter maiores graus de controle sobre as decisões em saúde e buscar as transformações desejadas; (II) empoderamento, que trata do protagonismo de

sujeitos e grupos nas ações sociais; (III) participação social; (IV) governança, que abrange um sistema de regras para a interação entre os atores envolvidos no processo de tomada de decisão; (V) território, que diz respeito às particularidades dos modos de viver e das condições em que os indivíduos moram, trabalham, adoecem e se relacionam; (VI) equidade, que significa adotar abordagens que atendam a cada um segundo a sua necessidade, reconhecendo cada sujeito como um cidadão de direitos; (VII), intersetorialidade, caracterizada pela articulação entre diversos setores sociais e (VIII) integralidade, buscando o olhar integral para as demandas em saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013)

Diante do complexo cenário que envolve a alimentação e a saúde, a proposta de uma abordagem ampla da promoção da saúde sugere um caminho promissor, por articular diferentes setores e atores sociais, perpassando o enfoque na integralidade, intersetorialidade, cidadania, capacitação dos indivíduos, educação popular, entre outros. No que se refere à capacitação dos indivíduos, por exemplo, pode ser valioso promover condições para que a população possa exercer a sua autonomia decisória, fazendo escolhas alimentares mais saudáveis. Nesse aspecto, a Educação Alimentar e Nutricional (EAN) assume papel fundamental para o exercício e fortalecimento da cidadania alimentar (FERREIRA e MAGALHÃES, 2007).

A educação alimentar e nutricional, no contexto da realização do Direito Humano à Alimentação Adequada e da garantia da Segurança Alimentar e Nutricional visa promover a prática autônoma e voluntária de práticas alimentares saudáveis, e engloba em seus princípios a sustentabilidade, a abordagem do sistema alimentar em sua integralidade, a valorização da cultura alimentar, a valorização da culinária como prática emancipatória, a promoção do

autocuidado e da autonomia, a interstorialidade, entre outros (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL, 2012).

1.4 AS PRÁTICAS ALIMENTARES NA PERSPECTIVA DA SAÚDE

Os comportamentos relacionados ao estilo de vida com impacto na saúde, incluindo as práticas alimentares, são influenciados e determinados por múltiplas forças, de forma que a mudança destes comportamentos requer intervenções e ações comprometidas em seus múltiplos níveis (GLANZ et al., 1995; KING et al., 1995). É também consensual que os comportamentos humanos são influenciados por contextos, portanto, devem ser compreendidos e abordados juntamente com as características dos ambientes onde as pessoas vivem (GLANZ e YAROCH, 2004; POPKIN et al., 2005; JILCOTT et al., 2007).

Os comportamentos em saúde são centrais para as intervenções em Saúde Pública. Eles se referem às ações de indivíduos, grupos e organizações, incluindo mudanças sociais, implementações políticas e melhorias na qualidade de vida. Podem ser definidos por um conjunto de fatores possíveis de serem aferidos, tais como os elementos cognitivos – crenças, expectativas, motivações, valores, percepções; características de personalidade – incluindo características afetivas e emocionais; além das atitudes e hábitos que se relacionam com a manutenção e melhorias da saúde (GLANZ et al., 2008).

Diante da complexidade dos problemas em saúde pública, considerando a multiplicidade de fatores determinantes e respectivas redes de efeitos, diversas teorias e modelos são sugeridos para o delineamento de estudos de determinação, avaliação e proposição de intervenções (GLANZ et al., 2008). Os

modelos ecológicos aplicados à promoção da saúde consideram os múltiplos níveis de determinação dos comportamentos em saúde. Eles enfatizam os contextos ambientais e políticos dos comportamentos ao mesmo tempo em que incorporam as influências sociais e psicológicas. De acordo com estes modelos, as práticas alimentares são determinadas por quatro níveis de condicionantes que interagem entre si, são eles: indivíduo, ambiente social, ambiente físico e macro ambiente (SALLIS et al., 2008).

As influências do ambiente no indivíduo operam por vários domínios: No nível do indivíduo, estão os determinantes proximais relacionados às práticas e escolhas alimentares, incluem atitudes, preferências e características biológicas. O ambiente social está no outro nível e inclui as interações com a família, amigos e outros, em nível comunitário, que podem modular as escolhas alimentares por mecanismos como normas e suporte sociais. O ambiente físico inclui os múltiplos contextos onde as pessoas consomem ou buscam por alimentos, é um determinante de quais alimentos estão disponíveis e acessíveis. Os fatores no nível do macro ambiente se relacionam ao sistema e às políticas públicas, atuando de forma distal e indireta, mas com efeitos substanciais na alimentação das pessoas (LARSON E STORY, 2009).

Apesar da força de determinação do ambiente alimentar no consumo, as escolhas alimentares estão inseridas no conjunto de ações que compõe as práticas alimentares e são determinadas por uma série de outros fatores. Estes devem ser acessados para que se possa compreender a influência do meio em que se vive nos processos alimentares e sua consequente relação com a saúde (CANESQUI e GARCIA, 2005).

O homem é um ser onívoro e, como tal, possui uma suposta liberdade de escolha alimentar. No entanto, o meio ambiente e os recursos disponíveis, os relacionamentos sociais e a história individual, dentre outros fatores, acabam por determinar o que é efetivamente escolhido para a alimentação (POULAIN, 2002).

Na evolução cultural, a alimentação vem ocupar funções outras além da nutrição, o que coloca os seus aspectos nutricionais em contextos mais complexos. A alimentação passa a ser um veículo social, permitindo às pessoas realizarem distinções e estabelecerem relações sociais, por exemplo, compartilhando a comida. O alimento, ora assume funções simbólicas, ora assume significados morais e religiosos. A comida se torna um meio para a expressão estética, dando origem às preparações culinárias elaboradas que não podem ser justificadas somente em termos dos fatores nutricionais (ROZIN, 2005).

Para o estudo da alimentação humana, caracterizada por um fenômeno de grande complexidade e interações entre os aspectos fisiológicos, psicológicos e socioculturais, buscou-se uma terminologia capaz de aglutinar estes elementos, adotando o conceito proposto por GARCIA (1999) para práticas alimentares:

Procedimentos relacionados com as práticas alimentares de grupos humanos (o modo de comer, com quem se come, o que se come, quanto, como, quando, onde e com quem se come; a seleção dos alimentos e os aspectos referentes ao preparo da comida, as técnicas de preparo, as combinações de alimentos, o modo de apresentação da comida, a forma de comer, as diferentes refeições definidas pelos alimentos que as compõe, os horários, onde são feitas as refeições, etc.) associados a atributos socioculturais, ou seja, aos aspectos subjetivos relacionados com o comer e a comida (alimentos e preparações apropriadas para situações diversas, escolhas alimentares, combinação de

alimentos, comida desejada e apreciada, valores atribuídos a alimentos e preparações).

As escolhas alimentares, por conseguinte, se estabelecem nas bases das práticas alimentares. A aquisição ou o consumo de alimentos se dão em uma variedade de locais e situações e são influenciados pela forma como as pessoas classificam e selecionam os alimentos e bebidas. Os fatores individuais e sociais estão igualmente envolvidos nas escolhas alimentares, investigando-se os elementos cognitivos, motivacionais e biológicos, bem como os aspectos culturais, situacionais e ambientais (FURST et al., 1996).

Muitas das escolhas alimentares baseiam-se em aprendizagem, tanto no ambiente ancestral quanto no mundo contemporâneo. Para os humanos modernos esta aprendizagem acontece principalmente por transmissão cultural. Por exemplo, o acesso aos modelos, transmitidos por família, colegas, mídia, determinam quais os comportamentos o indivíduo é capaz perceber. A retenção cognitiva de um comportamento observado depende de capacidades intelectuais e, por fim, a prática do comportamento modelo depende de condições físicas e da motivação para a ação (MC ALISTER et al., 2008).

A influência dos aspectos cognitivos nas práticas alimentares é bastante importante, mas sendo as escolhas determinadas por fatores diversos, elas podem envolver decisões conscientes, mas também as automáticas, habituais e subconscientes (ROZIN, 2005; FURST et al., 1996).

As pesquisas sobre os determinantes das práticas alimentares predominantemente destacavam os fatores individuais, tais como atitudes, preferências, intenções, motivações e autoeficácia. Ultimamente, maior atenção tem sido dada aos determinantes ambientais da alimentação, porém a evidência

empírica ainda é insuficiente em mostrar quais aspectos do ambiente são os mais relevantes e principalmente como estes interagem com os fatores individuais. Também não há, ainda, evidências sobre as intervenções mais factíveis e efetivas para melhorar o ambiente e impactar as práticas alimentares em populações diversificadas, em vistas modificar os desfechos em saúde (LARSON E STORY, 2009).

Os estudos sobre modelos ecológicos dos comportamentos em saúde mostram que os esforços para a promoção de práticas saudáveis e preventivas serão mais efetivos quando desenvolvidos em múltiplos níveis – individual, social e cultural, ambiental e político. Além disso, devem ser direcionados para um comportamento específico (por exemplo, consumo de frutas e hortaliças), permitindo a identificação das influências potencialmente mais relevantes em cada nível (SALLIS et al., 2008).

Desta forma, fica bem estabelecida a premissa de que as ações para a promoção da alimentação saudável se desenvolvam a partir das políticas públicas, com efeitos nas cidades, nas comunidades e nos indivíduos. Contudo, considerando a extensão de elementos que compõe as práticas alimentares, é relevante destacar que nem todos os níveis de influência destas práticas são alcançados com as mesmas estratégias, e por isso devem ser ponderados. Uma melhor compreensão da problemática a respeito da alimentação e suas consequências em saúde, delineando a sua complexidade e provendo reflexões a respeito, poderá ajudar no enfrentamento desse desafio (GARCIA, 2011).

As ações isoladas, sejam individuais, coletivas, institucionais ou do campo das políticas públicas, não são suficientes para a promoção de práticas alimentares saudáveis em pessoas e populações. As intervenções devem ser

complementares e sinérgicas, respondendo à rede de fatores que determinam e caracterizam as questões da alimentação na atualidade (CASTRO et al., 2011). Portanto, as intervenções educativas para a adoção de comportamentos saudáveis que focalizam o indivíduo terão maiores resultados quando a sociedade proporcionar ambientes e políticas que encorajem as pessoas a utilizarem os conhecimentos e habilidades aprendidas. Da mesma forma, modificações políticas e ambientais serão mais efetivas quando combinadas com programas que motivem e capacitem as pessoas a praticarem a alimentação saudável (BOOTH et al., 2001).

Neste sentido, para o delineamento de estratégias abrangentes de promoção de saúde, sugere-se um mapeamento mais completo e compreensivo sobre os fatores e processos que determinam as práticas alimentares nos diferentes grupos populacionais. Em vista disso e da natureza multifatorial dos determinantes, dentre outros, psicossociais, culturais e ambientais, há a demanda de que estes sejam estudados em conjunto (WETTER et al., 2001).

2 JUSTIFICATIVA

Historicamente, os padrões de alimentação e de outros comportamentos relacionados ao estilo de vida têm sido avaliados por meio de inquéritos populacionais e das Pesquisas de Orçamento Familiar (IBGE, 2004, 2010), além do tradicional inquérito norte-americano *National Health and Nutrition Examination Survey* (NHANES) (FLEGAL et al., 2010). Essas pesquisas são fundamentais para identificar padrões de comportamentos e permitem comparações entre diferentes ambientes. No entanto, devido à sua estrutura sistemática, os inquéritos, por si só, não permitem a contextualização das experiências e percepções individuais e nem a avaliação de fatores motivacionais e contextos subjacentes aos comportamentos das pessoas (LARSON & STORY, 2009).

Grande parte das pesquisas sobre a alimentação tem focado em alimentos e nutrientes consumidos ou nas características do indivíduo, com menor atenção aos fatores situacionais da alimentação. Nota-se que a compreensão sobre a variação dos fatores situacionais da alimentação, tanto individuais, como entre grupos populacionais, ainda é escassa, bem como são poucos os estudos que investigaram as percepções individuais das relações entre ambiente e as práticas alimentares (FALK et al., 2000; BOOTH et al., 2001; BISOGNI et al., 2007).

A exploração sobre a relação entre ambiente e as escolhas alimentares pode trazer informações importantes a respeito das diferentes influências do

ambiente físico, do ambiente social e das escolhas pessoais, dentre diferentes populações e comunidades (LYTLE, 2009).

A literatura científica aponta para o papel do ambiente na determinação de comportamentos de estilo de vida relacionados à carga global de doenças. Porém, ainda há pouca pesquisa sobre a compreensão e modificação dos determinantes socioculturais das escolhas alimentares. Este conhecimento mostra-se relevante para informar e direcionar o processo de decisão das políticas de enfrentamento sobre a condição nutricional e epidemiológica da população.

Esta proposta de investigação incorpora informações a respeito do ambiente, dos indivíduos e das práticas alimentares. Essas práticas foram exploradas de acordo com os contextos socioeconômicos e ambientais, com ênfase às características do sistema alimentar. Assim, propõem-se reflexões relevantes para as medidas de promoção à saúde que se direcionem aos fatores ambientais como determinantes dos agravos à saúde relacionados à alimentação.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Ampliar a compreensão a respeito das relações entre o ambiente e as práticas alimentares em diferentes contextos socioeconômicos e de acesso à alimentação em que vivem indivíduos no município de São Paulo.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Investigar as percepções dos indivíduos acerca do acesso aos estabelecimentos de comercialização de alimentos.
- Estudar as representações dos indivíduos sobre a disponibilidade e outros fatores relacionados ao consumo de frutas e hortaliças.
- Estudar as representações dos indivíduos sobre a disponibilidade e outros fatores relacionados ao consumo de alimentos ultraprocessados.
- Explorar as relações entre o ambiente as práticas alimentares de aquisição, preparo, consumo.

4 MÉTODOS

Esta pesquisa é um dos componentes do “Estudo do Ambiente *Obesogênico* em São Paulo - ESAO-SP”, cujos projetos foram apoiados pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP). Estes estudos pautaram-se em três eixos de investigação: auditoria de estabelecimentos de comercialização de alimentos, inquérito individual sobre aquisição e consumo de alimentos e a abordagem qualitativa das percepções dos indivíduos sobre o ambiente alimentar. As informações sobre cada eixo estão apresentadas no quadro1.

Quadro 1 – Eixos investigativos do ESAO-SP.

EIXO	OBJETIVOS	AMOSTRA	PERÍODO DE COLETA DE DADOS
1- AUDITORIA DO AMBIENTE	Avaliar o ambiente alimentar por observação direta.	52 setores censitários do município de São Paulo.	Novembro de 2010 a fevereiro de 2011
2- INQUÉRITO POPULACIONAL	Estudar associações entre o consumo alimentar e as variáveis de ambiente.	1842 indivíduos que viviam nos 52 setores censitários auditados.	Janeiro e fevereiro de 2011
3- PESQUISA QUALITATIVA	Compreender sobre as relações entre as práticas alimentares e o ambiente	48 indivíduos participantes do inquérito populacional.	Março a junho de 2012

A auditoria propôs instrumentos de avaliação do microambiente alimentar urbano, investigando as diferenças espaciais e socioeconômicas no acesso a alimentos no município de São Paulo. O inquérito individual teve a finalidade de estudar a associação entre consumo de alimentos e as variáveis do ambiente alimentar (DURAN, 2013).

A pesquisa qualitativa é aplicável em estudos cujo objetivo seja a demonstração lógica das relações entre conceitos e fenômenos, visando explicar a dinâmica dessas relações em termos intersubjetivos e trazendo compreensão detalhada das crenças, atitudes, valores e motivação em relação aos comportamentos das pessoas em contextos sociais específicos (CÂMARA, 2013).

Neste estudo realizou-se uma pesquisa qualitativa e buscou-se a compreensão a respeito das interações e percepções dos indivíduos sobre as características do ambiente alimentar no qual estão inseridos, investigando-se as influências do meio nas práticas alimentares. Com a finalidade de se obter tal compreensão, os conteúdos produzidos por entrevistas foram explorados em conjunto com dados de avaliação do ambiente alimentar e de caracterização dos indivíduos obtidos nos outros eixos do ESAO-SP.

4.1 SELEÇÃO DOS LOCAIS E DOS INDIVÍDUOS PARA O ESTUDO

A cidade de São Paulo é a maior e mais populosa do Brasil, abrigando uma população de cerca de 12 milhões de pessoas. A cidade apresenta 96 distritos, definidos por bases geográficas e administrativas, e estes estão divididos em setores censitários, determinados por densidade populacional de 600 a 700

habitantes (IBGE, 2011).

Os critérios de seleção dos indivíduos elegíveis para a pesquisa foram baseados na metodologia da amostragem propositiva, que consiste em escolher as unidades da amostra segundo características particulares em relação a um critério chave (RITCHIE et al., 2003).

Os sujeitos deste estudo foram selecionados segundo o pertencimento (morar ou trabalhar) aos distritos administrativos da cidade de São Paulo identificados para o estudo de auditoria do ambiente alimentar. Estes distritos, por sua vez, foram eleitos de forma a contemplar as mais relevantes variantes socioeconômicas e de ambiente alimentar da capital paulista (DURAN, 2013).

Métodos semelhantes de seleção dos locais de coleta de dados foram utilizados em estudos anteriores de avaliação do ambiente obesogênico em outros países, também com intuito de abranger as diversidades encontradas no ambiente urbano (GLANZ et al., 2007; SAELENS et al., 2007; BALL et al., 2009).

Primeiramente, para a seleção dos distritos administrativos, as 31 subprefeituras do município de São Paulo foram classificadas segundo seu nível socioeconômico e divididas em terços. Para essa etapa, optou-se pela escolha do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH-M), adaptado para uso na cidade de São Paulo, como variável de aferição de situação socioeconômica. Este índice inclui três importantes dimensões em sua construção: escolaridade do chefe da família, renda *per capita* e expectativa de vida. Tal informação, já agregada ao nível da subprefeitura, consta no Atlas do Trabalho e Desenvolvimento da Cidade de São Paulo (PMSP, 2007). Os distritos foram, assim, divididos em: 1º terço de IDH-M (baixo nível socioeconômico), 2º terço (médio nível socioeconômico) e 3º terço (alto nível socioeconômico).

Posteriormente, três indicadores sobre o ambiente alimentar foram construídos com a informação coletada nas bases secundárias disponíveis para os níveis do distrito administrativo e da subprefeitura. Os critérios de escolha para os locais de coleta dos dados foram: densidade de hipermercados, supermercados e mercados, densidade de feiras-livres e sacolões e densidade de restaurantes *fast-food*. Esses valores foram calculados a partir do número absoluto de equipamentos ou estabelecimentos dividido pelo número de habitantes adultos – idade entre 20 e 59 anos - residentes em cada distrito administrativo, obtendo-se um índice de equipamentos por mil habitantes.

A escolha destes indicadores baseou-se na literatura e em achados prévios acerca das desigualdades espaciais em relação à distribuição destes equipamentos no município de São Paulo, que indicam a maior densidade nas regiões de maior desenvolvimento socioeconômico (JAIME et al., 2011).

Os dados obtidos permitiram verificar quais distritos administrativos, dentre os três grupos de subprefeituras do município de São Paulo, divididos segundo os terços de IDH-M, apresentavam valores abaixo e acima da mediana para cada um dos três indicadores escolhidos. A partir destes critérios, foram aleatoriamente selecionados dois distritos para cada combinação de nível de IDH-M e densidade do ambiente alimentar. Um distrito extra foi escolhido para finalidade de ajuste amostral em caso de possíveis perdas de dados, sendo este adjacente a um dos distritos selecionados do terceiro terço de IDH-M, totalizando 13 distritos administrativos, conforme demonstrado no quadro 2.

Após identificar estes distritos administrativos, foram buscados indivíduos com características demográficas específicas, de forma que para cada agrupamento setorial segundo o tercil de IDH-M e indicadores ambientais, foram

selecionados quatro indivíduos, sendo dois do sexo masculino e dois do sexo feminino, classificados em dois grupos etários: de 18 a 39 anos e de 40 a 60 anos. Considerando os 13 distritos e quatro indivíduos por agrupamento, totalizou-se uma amostra de 52 indivíduos.

Quadro 2 – Distritos administrativos selecionados segundo indicadores socioeconômicos e do ambiente alimentar e número de indivíduos para a pesquisa qualitativa. São Paulo, 2011.

INDICADOR SOCIOECONÔMICO	<u>INDICADORES DO AMBIENTE ALIMENTAR</u> Densidade de Hipermercados e Supermercados Densidade Feiras livres, mercados e sacolões municipais Densidade de Restaurantes tipo <i>fast-food</i>	
	DISTRITOS COM BAIXA DENSIDADE	DISTRITOS COM ALTA DENSIDADE
1º TERÇO (Baixo IDH-M)	Jaçanã Pedreira	Itaquera Jd. São Luís
2º TERÇO (Médio IDH-M)	Bom Retiro Raposo Tavares	Penha Vila Maria
3º TERÇO (Alto IDH-M)	Perdizes Alto de Pinheiros Jardim Paulista	Tatuapé Vila Mariana
Número de indivíduos: 4 em cada distrito		
TOTAL = 13 distritos administrativos e 52 indivíduos		

Estes indivíduos foram identificados e convidados a participar do estudo a partir de uma base de dados de inquérito individual pertencente ao segundo

eixo analítico do ESAO-SP, que entrevistou 2160 pessoas que residiam ou trabalhavam/estudavam nos 52 setores censitários que foram auditados em relação ao ambiente alimentar. Estes setores censitários estão localizados nos 13 distritos e foram selecionados aleatoriamente, conforme detalhado por DURAN (2013). Esta base de dados incluiu a informação sobre a disponibilidade do sujeito para participar da etapa qualitativa da pesquisa e, em caso de resposta positiva, os dados de contato deste indivíduo foram registrados. Com base nessas informações foram rastreados os indivíduos que se adequavam aos critérios de inclusão: sexo, idade e distrito administrativo. Como medida para aumentar a possibilidade de conseguir o número desejável de participantes, realizou-se uma pré-seleção aleatória com número de indivíduos três vezes maior (156) do que a amostra necessária para a pesquisa (52).

No período entre março e junho de 2012 foram realizadas 48 entrevistas nos 13 distritos identificados. Não foi possível realizar quatro das 52 entrevistas que estavam programadas: trata-se de quatro mulheres, duas delas residentes no distrito do Bom Retiro, uma no Jardim São Luís e outra em Pedreira. Apenas uma delas, residente no Bom Retiro, tinha idade menor ou igual a 39 anos. Não se encontraram nestes distritos pessoas que tivessem disponibilidade para participar da entrevista, dentro de todas as possibilidades dos indivíduos que responderam ao inquérito individual.

4.2 DADOS DE CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE ALIMENTAR E DOS INDIVÍDUOS NO ESAO-SP

4.2.1 Variáveis de acesso a alimentação saudável, acesso a equipamentos e disponibilidade de alimentos

O ambiente alimentar nos locais de estudo foi diretamente mensurado, por meio de uma pesquisa transversal na cidade de São Paulo (DURAN et al., 2013). Para esta auditoria, oito setores censitários foram randomizados em cada um dos 13 distritos selecionados. Para serem incluídos na amostra, realizou-se uma verificação de campo sobre a quantidade suficiente de estabelecimentos de venda de alimentos e/ou restaurantes, de acordo com o estrato de densidade do ambiente alimentar. Foram descartados os setores que não estivessem equiparados à classificação previamente realizada no nível dos distritos. Dos 104 setores inicialmente selecionados, 18 foram excluídos, restando 86 elegíveis, e a partir destes, quatro setores em cada distrito escolhido foram randomicamente selecionados, somando 52 setores censitários (DURAN, 2013).

Para a exploração destes dados foram consideradas variáveis socioeconômicas e do microambiente alimentar. Para variável socioeconômica, adotou-se a média de anos de educação da vizinhança do setor censitário, que derivou da média de anos de estudos dos habitantes de todos os setores cobertos em um raio de mil metros a partir do setor censitário centróide (amostrado).

Por meio de protocolos padronizados e validados, os equipamentos de comércio de alimentos para consumo em domicílio foram avaliados em quatro categorias: (a) supermercados de grandes redes e mercearias, (b) feiras e sacolões, (c) mercearias locais e (d) lojas de conveniências. Os restaurantes

foram agrupados em quatro categorias: (a) restaurantes de serviço completo, (b) restaurantes *fast-food*, (c) bares, (d) padarias e lanchonetes.

A partir da auditoria dos estabelecimentos de venda de alimentos e dos restaurantes, foram estimados dois índices de acesso aos alimentos saudáveis: um índice de estabelecimentos de vendas de alimentos saudáveis (HFSI) e um índice de restaurantes saudáveis (HMRI).

Os indicadores HFSI e HMRI trazem informações de síntese sobre as características do ambiente e foram originados de dados coletados a partir de dois instrumentos desenvolvidos para avaliar disponibilidade, qualidade, variedade, preço e divulgação, propaganda e promoção de alimentos saudáveis e não saudáveis em estabelecimentos de compra, como supermercados e mercearias, em todos os tipos de restaurantes e em feiras e sacolões. Estes instrumentos foram baseados em protocolos de avaliação do ambiente alimentar testados e validados nos Estados Unidos (NEMS-S e NEMS-R) (GLANZ et al., 2007; SAELENS et al., 2007; FRANCO et al., 2008) e em outros países (EPOCH) (CHOW et al., 2010).

O HFSI varia de 1 a 15 e avalia a disponibilidade, variedade e a divulgação/anúncio de alimentos saudáveis e não saudáveis nos estabelecimentos para aquisição de alimentos. Os itens relacionados à alimentação saudável foram classificados com um escore positivo e os itens relacionados à alimentação não saudável com escore negativo.

O HMRI varia de 0 a 8 pontos e combina informações sobre disponibilidade e divulgação/promoção de frutas e vegetais com disponibilidade e divulgação/promoção de alimentos ultraprocessados em restaurantes. Ele

também incorpora dados sobre a presença da informação nutricional e barreiras para a alimentação saudável, como a presença de bufês *self-service*. Como no caso do HFSI, os itens que se referem aos alimentos não saudáveis e às barreiras para a alimentação saudável foram codificados negativamente (DURAN et al., 2013).

Além dos indicadores de acesso a alimentos saudáveis, outras variáveis sobre o ambiente alimentar também foram utilizadas para enriquecer a caracterização das regiões em que vivem os indivíduos avaliados pela pesquisa qualitativa: a densidade de feiras e supermercados, de restaurantes, de bares e *fast-foods*, o preço médio e a disponibilidade de frutas e hortaliças, de refrigerantes e de outras bebidas açucaradas foram igualmente levados em conta.

Estas variáveis sobre disponibilidade de alimentos foram obtidas por meio dos instrumentos de auditoria de estabelecimentos. Nos estabelecimentos de comercialização de alimentos para consumo em domicílio, tais como os hipermercados e supermercados de grandes redes ou de redes locais, pequenos mercados, lojas de conveniência, sacolões municipais e privados, avaliou-se a disponibilidade das 10 frutas e hortaliças e o preço das quatro frutas e hortaliças mais adquiridas na região metropolitana de São Paulo. Se houvesse na área avaliada pelo menos um estabelecimento que apresentasse uma entre as 10 variedades pesquisadas, a disponibilidade era classificada como positiva (disponibilidade = sim). Na auditoria de feiras livres, os mesmos critérios de consumo foram utilizados para medir a disponibilidade e preço de frutas e hortaliças (DURAN, 2013).

Outros itens avaliados foram a disponibilidade e preço de alimentos ultraprocessados e com alta densidade energética dentre os mais comumente consumidos pelos brasileiros segundo a Pesquisa de Orçamentos Familiares de 2008/2009 (IBGE, 2010): bebidas açucaradas (refrigerantes, refrescos em pó e sucos/néctares adoçados), biscoito recheado de chocolate e salgadinho industrializado de milho. As bebidas açucaradas foram os produtos adotados como marcador de alimentação não saudável neste estudo e a disponibilidade foi classificada como positiva (disponibilidade = sim) quando havia no estabelecimento auditado pelo menos um tipo deste produto (DURAN, 2013).

As variáveis de medidas do ambiente alimentar foram definidas a partir da avaliação da área de 1600 m (buffer) ao redor da residência do indivíduo.

4.2.2 Variáveis sociodemográficas e de consumo alimentar

O segundo eixo de investigação do ESAO-SP agrega informações sobre adultos (20 a 59 anos) que vivem nos mesmos 13 distritos administrativos previamente selecionados para a coleta de dados ambientais e estão detalhadas em outra publicação (DURAN, 2013).

As informações sociodemográficas e sobre o consumo alimentar foram obtidas por meio de questionário adaptado daquele utilizado pelo VIGITEL (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico), buscando informações sobre o consumo regular (≥ 5 dias/semana) de frutas, hortaliças e bebidas açucaradas (refrigerantes e sucos/néctares/refrescos adoçados) (Anexo 1). O VIGITEL tem o objetivo de

monitorar a frequência e a distribuição dos principais determinantes das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) por inquérito telefônico e está implantado desde 2006 em todas as capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal, compondo o sistema de Vigilância de Fatores de Risco de DCNT do Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). As medidas utilizadas no VIGITEL acerca do consumo de alimentos foram previamente validadas (MOURA et al., 2008).

As variáveis exploradas foram as sociodemográficas de gênero, escolaridade e renda e variáveis sobre o consumo alimentar, tais como consumo regular de bebidas açucaradas, de salgadinhos *chips*, de biscoitos recheados, de *fast-food*, e de frutas e hortaliças

O consumo de frutas e hortaliças e de alimentos ultraprocessados, como as bebidas açucaradas, os biscoitos recheados, os salgadinhos tipo *snacks* e *fast-food* foram propostos neste estudo como marcadores de alimentação saudável e não saudável, respectivamente, considerando o consumo regular quando houve a ingestão dos alimentos do grupo em 5 ou mais dias na semana. Estes grupos de alimentos têm sido considerados importantes fatores relacionados às DCNT e estão incluídos tanto nas recomendações de alimentação saudável como no VIGITEL (OMS, 2003; MOURA et al., 2011, MINISTÉRIO DA SAÚDE 2013; 2014).

A coleta de dados de caracterização de ambiente e dos indivíduos foi realizada por equipe previamente treinada, composta de avaliadores, supervisores e coordenador de campo e ocorreu durante o período de novembro de 2010 a fevereiro de 2011.

4.3 PRODUÇÃO DE DADOS QUALITATIVOS

4.3.1 Entrevistas

As entrevistas semiestruturadas individuais foram conduzidas por duas pesquisadoras treinadas, sendo uma das entrevistadoras a autora deste trabalho, nutricionista de formação, e a outra, aluna de graduação em nutrição que desenvolveu uma pesquisa de iniciação científica junto ao grupo do ESAO-SP.

Um roteiro de tópicos pré-testado foi utilizado (Anexo 2). Este roteiro lista os tópicos para discussão, em forma de perguntas abertas, sendo o instrumento de indução para os assuntos em investigação, de acordo com a literatura temática (ARTHUR e NAZROO, 2004).

O pré-teste foi realizado com 4 indivíduos adultos, dois homens e duas mulheres, moradores e trabalhadores da cidade de São Paulo, funcionários de uma instituição de ensino, com diferentes níveis de escolaridade. Para dois deles, as perguntas foram feitas em relação ao bairro em que moravam e para os outros dois, em relação ao bairro em que trabalhavam. Após o pré-teste, alguns ajustes foram realizados no instrumento.

Para a elaboração do roteiro de entrevista, duas perguntas norteadoras foram estabelecidas:

- Como é a percepção dos indivíduos sobre os estabelecimentos de comercialização de alimentos neste bairro em que vivem e a influência nas práticas alimentares?
- Como é a rotina de aquisição, consumo e preparo dos alimentos neste

bairro em que vivem e como isso se relaciona com o consumo de alimentos, especialmente frutas e hortaliças e alimentos ultraprocessados?

Todas as entrevistas foram registradas, com o consentimento do entrevistado, em gravador digital e transcritas textualmente. O tempo de duração médio das entrevistas foi de 35 minutos, com variação entre 12 e 47 minutos. O processo de transcrição das entrevistas foi realizado por profissional especializado, adotando-se a transcrição literal das falas e corrigidos apenas os vícios de linguagem. O material transcrito foi cuidadosamente revisado e preparado em formato de discursos, ou seja, um texto contínuo para cada sujeito, formando assim o *corpus** da pesquisa.

4.3.2 Análise de Conteúdo

Para as etapas de organização, avaliação e codificação do *corpus* da pesquisa adotou-se a Análise de Conteúdo proposta por Bardin, caracterizada por um conjunto de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, visando à obtenção de indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção dessas mensagens (BARDIN, 2011).

A Análise de Conteúdo prevê três fases de tratamento do material: (I) pré-análise, (II) exploração do material e (III) inferência e interpretação. Os procedimentos descritos a seguir foram adotados para cada uma destas fases e

* *Corpus* é o conjunto de documentos considerados para serem submetidos aos procedimentos analíticos (BARDIN, 2011).

os pressupostos de exaustividade, representatividade, homogeneidade, pertinência e exclusividade foram seguidos a rigor.

Segundo a regra da exaustividade, todos os elementos do *corpus* devem ser submetidos à análise, e desta forma, não houve nenhuma exclusão do material obtido nas entrevistas. A regra da representatividade diz respeito ao potencial de generalização da amostra, para isso foram estabelecidos os critérios de amostragem já explanados, buscando a heterogeneidade em relação aos ambientes alimentares e às características demográficas dos sujeitos do estudo.

A homogeneidade refere-se à padronização na produção do material a ser submetido à análise, e para tanto, adotou-se o roteiro de entrevistas semiestruturado que foi conduzido por entrevistadoras treinadas e a transcrição realizada por um profissional especializado, seguida de conferência e ajustes realizados pela autora deste estudo.

A regra de pertinência diz que “os documentos retidos devem ser adequados enquanto fonte de informação, de modo a corresponderem ao objetivo que suscita a análise” (BARDIN, 2011). Os procedimentos já esclarecidos de seleção dos locais e indivíduos e das entrevistas, ancoram o *corpus* da pesquisa.

I – Pré-Análise

Esta fase foi iniciada pela leitura flutuante dos discursos, buscando-se a impregnação do pesquisador pelas falas dos sujeitos por meio da decifração estrutural, uma análise vertical centrada em cada entrevista, permitindo o olhar para a “equação particular” do indivíduo e o amadurecimento para a próxima

etapa de organização analítica dos dados, a transversalidade temática.

Em seguida, partiu-se para a escolha dos objetos temáticos e das categorias de análise, tomando-se por base as perguntas norteadoras. A definição destes objetos temáticos foi feita *a posteriori*, fundamentada nas verbalizações dos indivíduos e no diálogo destas com as conceituações do referencial teórico, obtendo-se algumas categorias nativas, que são aquelas que emergem espontaneamente do empírico. O movimento contínuo da teoria para os dados e vice-versa favorece a formação de categorias cada vez mais claras e apropriadas aos propósitos do estudo (CÂMARA, 2013).

Os objetos temáticos, após definidos, foram então organizados em categorias, relacionando-se os temas de análise dentro de cada objeto. Estas categorias emergiram dos discursos. As figuras 1 e 2 representam o esquema adotado para o Plano de Análise de Conteúdo a partir das definições dos objetos temáticos e as respectivas categorias.

Figura 1 – Esquema de plano para a análise de conteúdo. Objetos temáticos, categorias e indicadores de acordo com a pergunta norteadora: “Como é a percepção dos indivíduos sobre os estabelecimentos de comercialização de alimentos neste bairro em que vivem e a sua influência nas práticas alimentares? ”

Figura 2 – Esquema de plano para a análise de conteúdo. Objetos temáticos, categorias e indicadores de acordo com a pergunta norteadora: “Como é a rotina de aquisição, consumo e preparo dos alimentos neste bairro em que vivem e como isso se relaciona com o consumo de alimentos, especialmente frutas e hortaliças e alimentos ultraprocessados”?

II – Exploração do Material – Codificação

Nesta etapa definiu-se que, para codificação dos discursos de acordo com as categorias do plano de análises, os parágrafos seriam adotados como unidade de registros. E a classificação foi realizada por análise da semântica, ou seja, pelo sentido das palavras. A codificação foi realizada pela autora desta pesquisa.

A partir de um livro de códigos especificando os objetos temáticos, as categorias e os indicadores, os discursos foram analisados e classificados. Para a classificação dos parágrafos, adotou-se a técnica “cutting and sorting”, que consiste na identificação dos trechos ou expressões que apresentam importância ao tema (objeto temático), o recorte deles, mantendo o contexto no qual ele ocorreu, e então a classificação destes recortes de acordo com as categorias e indicadores estabelecidos (RYAN E BERNARD, 2003). Para enumeração, adotou-se a frequência das referências (recortes) em cada categoria e indicador.

Para estas etapas de organização, codificação e enumeração dos dados foi utilizado o software NVivo10, que permite a criação de “casos” para cada indivíduo e de “nós” para os objetos temáticos, categorias e indicadores. Na etapa de classificação, os trechos selecionados dos discursos de cada indivíduos foram vinculados aos nós de acordo com a proposta de codificação. Ainda segundo BARDIN (2011), a utilização da tecnologia na Análise de Conteúdo traz um acréscimo de rigor na organização da investigação, possibilitando a manipulação de dados complexos e otimizando o processo de ordenação das informações provenientes dos discursos.

III – Tratamento dos Resultados – Inferência e Interpretação

Para as inferências, a proposição parte do instrumento de indução aplicado (roteiro de entrevista semiestruturada), adotando-se como fenômenos (efeitos) as práticas alimentares e percepções dos indivíduos diante das conceituações do ambiente alimentar em quais estão inseridos (objeto).

A utilização da codificação na Análise de Conteúdo resulta em indicadores capazes de revelar realidades subjacentes, o que permite analisar a relevância dos temas no material empírico, neste caso nos discursos dos sujeitos participantes da pesquisa. No entanto, podem existir significações subjacentes que não aparecem nesta primeira etapa avaliativa de categorização e que a análise interpretativa, contudo, procura extrair: mitos, símbolos e valores, todos esses sentidos segundos, mais profundos, que se movem com a descrição e experiência sob o sentido primeiro (BARDIN, 2011).

A relação entre os dados obtidos e a fundamentação teórica, ou seja, a teorização, é o que permite dar sentido à interpretação. No processo interpretativo busca-se o significado que se desvela do imediatamente apreendido. Para este fim, os conceitos e o método analítico utilizados para a interpretação estão definidos no referencial teórico-metodológico.

Para a análise interpretativa utilizaram-se as informações de distribuição dos indicadores categóricos das referências emergidas dos discursos. A relevância foi considerada de acordo com o indicador que ocorreu com maior frequência em cada categoria, frequência esta relativa ao total de referências em cada um dos temas. A partir destes indicadores mais relevantes, considerados como representativos para a categoria analítica, os recortes dos discursos correspondentes foram submetidos à interpretação (BARDIN, 2011). A

associação das análises dos dados qualitativos aos dados quantitativos de caracterização dos indivíduos e do ambiente alimentar foi utilizada para a melhor compreensão dos significados e das interações observadas nestes ambientes.

As categorias e indicadores da análise de conteúdo estão apresentados em tabelas de frequências. Os conteúdos utilizados para a composição dos indicadores são interpretados e alguns exemplos de referências extraídas dos discursos também são apresentadas. Para a citação dos trechos dos discursos, foram adotados códigos que identificam os indivíduos segundo o cluster de pertencimento (C1 – cluster 1 ou C2 – cluster 2) associados às letras do alfabeto, distribuídas aleatoriamente, apenas para diferenciar a fala de cada indivíduo, mantendo o sigilo de identidade (C1A, C2B ...).

4.4 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

4.4.1 A Teoria das Representações Sociais

O objeto em estudo é o ambiente alimentar e as interações dos indivíduos com este. Busca-se compreender de que forma o meio modula as ações das pessoas em relação às práticas alimentares. Com a finalidade de investigar o pensar e agir de grupos sociais sobre determinadas características do ambiente alimentar, apropriou-se como referencial a teoria das representações sociais.

Esta teoria vem sendo desenvolvida por MOSCOVICI (1978) e tem origem na Sociologia e Antropologia, a partir das definições de Durkheim. Para este estudioso, a sociedade baseia-se em “fatos sociais” ou “mentalidade coletiva”, descrita pelo “conjunto de crenças e dos sentimentos comuns à média dos

membros de uma mesma sociedade, que forma um sistema determinado e com vida própria” (DURKHEIM, 1973, citado por MOSCOVICI, 1978).

Moscovici renovou tal teoria tendo como ponto de apoio a Psicologia Social. Este autor situa seu pensamento nas fronteiras entre a sociologia e a psicologia, caracterizando os fenômenos representacionais nas sociedades contemporâneas pela intensidade e fluidez das trocas de comunicação, pelo desenvolvimento da ciência e mobilidade social. Segundo ele, são objetos de estudo da Psicologia Social os fenômenos da ideologia (cognição e representações sociais) e os fenômenos da comunicação, todos vinculados aos diversos níveis das interações humanas (ALEXANDRE, 2004).

A representação social refere-se a um conjunto de elementos, que podem ser, dentre outros, informativos, cognitivos, ideológicos, normativos, afetivos, crenças, valores, opiniões e atitudes, que se organizam em um saber da realidade. Este saber é construído pelo sujeito, a partir de um objeto, apresentando-se, a um só tempo, como uma visão subjetiva e social da realidade, sendo assim uma construção comum a um grupo social. A totalidade de significados relaciona-se à ação e aos sentidos que o sujeito coloca em suas condutas. E este aspecto da visão funcional de mundo é central para esse tipo de investigação científica, que busca descrever, analisar, explicar as dimensões, formas, processos e funcionamento relacionados às práticas de vida (JODELET, 2001).

A representação social articula o social e o psicológico como um processo dinâmico, favorecendo o desvendar dos mecanismos de funcionamento do pensamento social sobre o real, tornando-se fundamental no estudo das ideias e condutas sociais (ALEXANDRE, 2004). Na análise de representação social

deve-se considerar, de um lado, os sistemas cognitivo e psíquico e, de outro, o funcionamento do sistema social, dos grupos e das interações, na medida em que estes afetam a gênese, a estrutura e a evolução das representações e são afetados por suas intervenções (JODELET, 2001).

Como afirma MOSCOVICI (2007), a representação social é uma forma de conhecimento, socialmente elaborado e compartilhado, que tem um objetivo prático e concorre para a construção de uma realidade comum ao conjunto social, ou um saber do senso comum. JODELET (2001) destaca a relação entre sujeito e objeto, alocando a representação como forma de saber prático, a representante mental do objeto, construído a partir da interpretação do sujeito, este com caráter construtivo, criativo e autônomo.

A interação entre sujeito e o objeto, portanto, forma a base para as representações sociais, considerando o sujeito social, que não é apenas um produto de determinações sociais nem produtor independente, pois as representações são sempre construções contextualizadas, resultados das condições em que surgem e circulam. Nesta perspectiva, o indivíduo é sempre uma entidade social, um representante do grupo em que se insere, e assim, pode ser observado como sujeito genérico, desde que se detenha uma visão compreensiva do contexto social por ele habitado: seu *habitus* e a teia mais ampla de significados na qual o objeto de representação está localizado (SPINK, 1993).

Em concordância, MADEIRA (1991) pontua que a apreensão da veiculação de ideias e de hábitos, bem como da estruturação do pensamento e da linguagem, só é possível se for estabelecida de forma integrada e articulada ao mundo concreto do homem que lhes é agente e sujeito. Neste conjunto, a relação

das representações sociais com o real nunca é direta, mas uma reorganização significativa e simbólica, descritas como “sistemas de interpretação que regem a nossa relação com o mundo e com os outros e organizam as comunicações e as condutas sociais” (JODELET, 2001).

O fenômeno da representação social carrega em si dois polos conceituais importantes sob o ponto de vista teórico metodológico. SPINK (1993) sugere as definições postas no vernáculo, sobre o termo representação, para tal discussão epistemológica. De acordo com o dicionário Aurélio (FERREIRA, 1975), representação é o “conteúdo concreto apreendido pelos sentidos, pela imaginação, pela memória ou pelo pensamento”, é, em síntese, a “reprodução daquilo que se pensa”. Aqui se enfatiza a natureza do conhecimento e da apreensão da realidade, ou o conteúdo do pensamento – construção do sujeito sobre o objeto. Representação é também o “ato ou efeito de representar-se”, é uma “interpretação” (FERREIRA, 1975), e nesta perspectiva, são as implicações práticas, o funcionalismo e a ação que estão recorrendo às representações.

É pressuposto, então, que o conhecimento estudado por meio das representações sociais é sempre um “conhecimento prático”, é sempre uma forma comprometida e/ou negociada de interpretar a realidade. Neste sentido, as análises de discursos podem ter ênfase não apenas sobre as estruturas linguísticas ou sobre conteúdos cognitivos, mas na organização social do discurso, tomando-se a linguagem como concomitante ao ato (SPINK, 1993).

Nesta pesquisa partiu-se do conceito de que o ambiente em que o indivíduo está inserido é um dos fatores que influenciam as práticas alimentares. Desta forma, o ambiente alimentar é o objeto, sob o qual o sujeito detém representações mentais e práticas, que resultam em um comportamento

alimentar. O comportamento alimentar, por sua vez, envolve tanto as práticas observadas empiricamente (os modos envolvidos no processo alimentar) como também os aspectos subjetivos que fazem parte da alimentação, sejam socioculturais ou psicológicos (GARCIA, 1997). A análise por representações sociais, portanto, foi utilizada com a finalidade de alargar a compreensão acerca dos conteúdos que os indivíduos apreendem a respeito do ambiente alimentar em que vivem e de que forma se dá a interação com o mesmo, elucidando o efeito desta dinâmica no comportamento alimentar.

4.5 AGRUPAMENTO DOS INDIVÍDUOS

Com a finalidade de analisar os conteúdos dos discursos a partir das características do ambiente socioeconômico e alimentar no qual o indivíduo está inserido, realizou-se a classificação dos participantes da pesquisa em clusters. A proposta de se agrupar os indivíduos de acordo com as informações originadas da auditoria do ambiente, ou seja, a partir das medidas obtidas por observação direta, é norteadora para a análise qualitativa, uma vez que reúne os sujeitos entrevistados segundo os dados aferidos a respeito da disponibilidade e das características de equipamentos de comércio de alimentos nos locais em que vivem, possibilitando as inferências acerca das influências do meio nas práticas relacionadas à alimentação.

Este procedimento, portanto, considera o agrupamento segundo informações detalhadas sobre o acesso a alimentos saudáveis, que dizem respeito diretamente ao espaço onde as pessoas vivem (área de 1600m em torno da residência) e não mais aos dados ecológicos dos distritos

administrativos que foram utilizados para a amostragem. Assim possibilitou a conformação dos grupos estudados de acordo com características do ambiente mais próximas do indivíduo.

O agrupamento dos sujeitos em estudo foi efetuado com uma Análise de Clusters Hierárquica com o método da menor distância (*Nearestneighbor*) usando a distância euclidiana quadrada como medida de dissemelhança entre sujeitos. Para esta análise, a renda média do setor censitário foi a variável socioeconômica utilizada e os indicadores HRSI e HMRI como medidas sobre o acesso a alimentos saudáveis (DURAN et al., 2013). Como critério de decisão sobre o número de clusters a reter, usou-se a R^2 tendo-se escolhido a solução do menor número de cluster que reteve uma fração considerável. A classificação retida de cada sujeito nos cluster foi posteriormente refinada com o procedimento não hierárquico K-means. Para identificar quais variáveis possuíam maior importância, procedeu-se ao teste t-Student adotando o nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

A análise de clusters sobre as distâncias euclidianas quadradas entre sujeitos com o método de agregação da menor distância produziu um dendograma (Anexo 3). De acordo com o critério do R^2 , foram retidos dois clusters que explicam 83,1% ($R^2 = 0,831$) da variância total.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

A presente pesquisa, por se tratar de estudo que envolve o ser humano, foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública da

Universidade de São Paulo (Anexo 4).

Os riscos físicos e morais envolvendo esta pesquisa são considerados mínimos. Todos os participantes deste estudo foram esclarecidos sobre os procedimentos e objetivos da pesquisa e assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, desenvolvido com base na resolução CNS/196 de 10/10/1996 (Anexo 5).

Quando necessário, foi oferecido aos participantes a quantia equivalente ao gasto com transporte para o encontro no local de entrevista. Após a coleta dos dados, os pesquisados receberam uma orientação sobre alimentação saudável ministrada por nutricionista ou por estudante de nutrição, momento em que tiveram oportunidade de esclarecer dúvidas a respeito de alimentação e nutrição. Os sujeitos que apresentaram demandas para acompanhamento nutricional individualizado foram encaminhados para a Clínica Escola de Saúde da Universidade Paulista – UNIP, sob a autorização desta instituição.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS INDIVÍDUOS E DO AMBIENTE ALIMENTAR

As diferenças socioeconômicas e as características do meio têm influências sobre o comportamento alimentar. Para a exploração das relações entre o ambiente e as práticas alimentares, partiu-se do estudo sobre algumas características individuais e dos estabelecimentos de venda de alimentos disponíveis nos locais onde os entrevistados viviam.

De acordo com a análise de cluster adotada, dois grupos foram formados: Cluster 1, composto por indivíduos que viviam em locais de maior nível socioeconômico e maior acesso à alimentação saudável; e cluster 2 composto por indivíduos que viviam em locais de menor nível socioeconômico e menor acesso à alimentação saudável.

O cluster 1 foi constituído por $n=19$ (39,6%) sujeitos; enquanto que o cluster 2 foi formado por $n=29$ (60,4%) sujeitos. Os indivíduos do cluster 2 vivem em locais onde a renda média do setor censitário ($R\$ 3.173,87 \pm 1361.84$; $p<0,001$), o HMRI ($2,96 \pm 2,10$; $p=0,019$) e o HFSI ($2,56 \pm 1,12$; $p<0,001$) são menores que os locais onde vivem os indivíduos do cluster 1 (renda média do setor censitário = $R\$ 6.902,15 \pm 3.117,05$; HMRI = $3,95 \pm 0,39$; HFSI = $4,62 \pm 0,79$). Ou seja, no cluster 1 agrupam-se indivíduos que vivem em locais de

melhores condições de renda e de oferta de alimentos saudáveis, quando comparados aos locais em que encontram-se os indivíduos do cluster 2.

A tabela 1 apresenta as informações sociodemográficas e nutricionais individuais, de acordo com a estratificação por cluster. O grupo total de participantes da pesquisa foi composto por 26 homens – 13 com idade entre 18 e 39 anos, 13 com idade entre 40 e 59 anos; e 22 mulheres – 12 com idade entre 18 e 39 anos e 10 com idade entre 40 e 59 anos. Estas características estão distribuídas de forma equilibrada entre os clusters.

Já com relação ao critério de residir ou trabalhar no local envolvido na auditoria de ambiente, no cluster 1 as proporções foram equilibradas (52,6% residiam e 47,4% trabalhavam ou estudavam no local) enquanto que no cluster 2 cerca de 2 em cada 3 indivíduos eram moradores e 1 em cada 3 trabalhavam nos locais avaliados (68,9% residiam e 31,3% trabalhavam). Para as duas situações, residir ou trabalhar no local em estudo, considerou-se a terminologia “indivíduos que viviam no local”, levando-se em conta que o local de trabalho é um lugar de convivência intensa, em que os indivíduos passam um período importante dos seus dias e ficam expostos ao ambiente.

De acordo com MOORE et al. (2013), a definição sobre o recorte territorial de interesse ao se estudar os impactos do ambiente na saúde é um grande desafio. A maioria das pesquisas adota o ambiente de residência como exposição, por questões operacionais e por se assumir que as pessoas gastam a maior parte de seu tempo próximas ao local onde moram. No entanto, ao se observar a jornada de trabalho de 44 horas semanais (BRASIL, 1943), estima-se que o trabalhador passe cerca de oito horas do seu dia no emprego e, dessa forma o indivíduo pode optar ou necessitar comprar e/ou consumir alimentos na

região do local de trabalho, de forma que este ambiente também pode influenciar as escolhas alimentares e os desfechos em saúde, de forma que este ambiente também pode influenciar as escolhas alimentares e os desfechos em saúde. Por exemplo, no entorno do local de trabalho podem existir mercearias, lojas de conveniência, restaurantes, *fast-foods* e outros tipos de facilitadores de acesso à alimentação (LARSON E STORY, 2009). Alguns estudos têm apontado para a necessidade de definições de “local” baseadas no indivíduo, considerando os múltiplos ambientes de exposição entre a residência, a escola e o trabalho (LYSSEN et al., 2015; LYTLE, 2009; BALL et al., 2006).

Sobre as características socioeconômicas, as distribuições de escolaridade e renda mostraram distinções entre os clusters. Por exemplo, no cluster 1 há 42,1% de pessoas com ensino superior enquanto que, no cluster 2, apenas 17,2% apresentam este nível de formação. Sobre a renda, as diferenças parecem ser menores, 38,9% tiveram renda maior que cinco salários mínimos no cluster 1 comparados a 31% no cluster 2.

Aqui se destacaram, sempre com índices mais expressivos no cluster 2, o consumo regular de bebidas açucaradas (cluster 1 = 57,9%; cluster 2 = 72,4%), o consumo regular de biscoitos recheados (cluster 1 = 31,6%; cluster 2 = 62,1%) e o consumo regular de *fast-food* (cluster 1 = 36,8%, cluster 2 = 75,9%).

A prevalência do consumo regular de hortaliças é semelhante entre os dois grupos: cluster 1 = 73,7%; cluster 2 = 69%. Porém, o consumo regular de frutas apresenta maior ocorrência entre o cluster 1 (78,9%) quando comparado ao cluster 2 (58,6%).

Tabela 1 – Características sociodemográficas e do consumo alimentar dos indivíduos estudados, segundo estratificação por cluster. ESAO-SP, São Paulo, 2011.

		Cluster 1 (N = 19)		Cluster 2 (N = 29)		TOTAL (N = 48)	
Características sociodemográficas		n	%	n	%	n	%
Residem no distrito avaliado		10	52,6	20	68,9	30	62,5
Apenas trabalham/estudam no distrito avaliado		9	47,4	9	31,1	18	37,5
Gênero	Homens	10	52,6	16	55,2	26	54,2
	Mulheres	9	47,4	13	44,8	22	45,8
Idade	20 – 39 anos	11	57,9	15	51,7	26	54,2
	40 – 59 anos	8	42,1	14	48,3	22	45,8
Escolaridade	Ensino Fundamental	5	26,3	4	13,8	9	18,8
	Ensino Médio	6	31,6	20	69,0	26	54,2
	Ensino Superior	8	42,1	5	17,2	13	27,1
Renda	</= 5 salários mínimos	11	61,1	20	69,0	31	64,6
	> 5 salários mínimos	7	38,9	9	31,0	16	33,3
Compram alimentos neste distrito		13	68,4	21	72,4	34	70,8
Consumo regular** de bebidas açucaradas		11	57,9	21	72,4	32	66,7
Consumo regular** de salgadinhos <i>chips</i>		6	31,6	12	41,4	18	37,5
Consumo regular** de biscoitos recheados		6	31,6	18	62,1	24	50,0
Consumo regular** de <i>fast-food</i>		7	36,8	22	75,9	29	60,4
Consumo regular** de hortaliças		14	73,7	20	69	34	70,8
Consumo regular** de frutas		15	78,9	17	58,6	32	66,7

* Eutrofia = Índice de Massa Corporal (IMC) entre 19,0 e 24,9 kg/m², Sobrepeso = IMC entre 25 e 29,9 kg/m², Obesidade = IMC maior ou igual a 30 kg/m².

** Consumo regular maior ou igual a 5 vezes/semana.

De acordo com os critérios definidos para o agrupamento dos sujeitos, os locais onde vivem os indivíduos do cluster 1 caracterizam-se por setores censitários de melhores índices de acesso a alimentos saudáveis. Estes são encontrados em restaurantes e em estabelecimentos de vendas de alimentos, tais como supermercados e mercados, de acordo com os indicadores HMRI e

HFSI. De forma geral, estes setores também apresentam maior densidade de comércio alimentício, contando com mais feiras e supermercados, restaurantes e bares e *fast-food*, quando comparados às áreas onde localizam-se os indivíduos do cluster 2. As características do ambiente alimentar, de acordo com a estratificação por clusters, estão detalhadas na tabela 2.

Em todas as áreas que compõem o cluster 1 foi avaliado que há disponibilidade tanto de frutas e hortaliças quanto de alimentos ultraprocessados. Para o cluster 2 esta avaliação foi diferente, mostrando que 17,2% dos indivíduos vivem em áreas de escasso acesso ao comércio de alimentos, pois eles não têm disponibilidade para adquirir frutas e hortaliças ou mesmo alimentos ultraprocessados (bebidas açucaradas).

Tabela 2 – Características do ambiente alimentar de acordo com a estratificação por cluster. ESAO-SP, São Paulo, 2011.

	Cluster 1	Cluster 2
	Média (DP)	Média (DP)
HMRI	3,95 (0,41)	2,96 (2,10)
HFSI	4,56 (0,77)	2,55 (1,12)
Densidade de feiras e supermercados	20,07 (20,06)	15,23 (20,54)
Densidade de restaurantes*	125,98 (128,69)	75,41 (119,07)
Densidade de bares e <i>fast-food</i> *	45,12 (64,87)	29,73 (46,05)
Preço médio das frutas e hortaliças (reais)	2,52 (0,47)	2,23 (0,39)
Preço médio do refrigerante (reais)	2,09 (0,08)	1,63 (0,71)
Preço médio do salgadinho <i>chips</i> (reais)	1,75 (0,67)	1,17 (0,30)
Disponibilidade de frutas e hortaliças**	n (%)	n (%)
Não	0 (0)	5 (17,2)
Sim	19 (100)	24 (82,8)
Disponibilidade de Bebidas Açucaradas**		
Não	0 (0)	5 (17,2)
Sim	19 (100)	24 (82,8)

HMRI = indicador de acesso a alimentos saudáveis em restaurantes [variação de 1 a 8].

HFSI = indicador de acesso a alimentos saudáveis em estabelecimentos de venda de alimentos [variação de 1 a 15].

* Por 10.000 habitantes.

** Presença ou não de pelo menos 1 item nos estabelecimentos auditados.

5.2 PERCEPÇÕES SOBRE O AMBIENTE ALIMENTAR

O acesso aos alimentos pode ser assumido como um determinante dos comportamentos alimentares, de forma que as características sobre a distribuição dos equipamentos de venda de alimentos associam-se com padrões de consumo mais ou menos saudáveis, direcionando estudos sobre o ambiente alimentar em vizinhanças, bairros e distritos (LARSON e STORY, 2009;

WALKER et. al., 2010). O acesso compreende as dimensões de disponibilidade, acessibilidade e qualidade dos alimentos e pode não estar distribuído de forma equilibrada entre os locais. E cada uma dessas dimensões pode afetar de forma diferente as escolhas e comportamentos alimentares, sinalizando a importância de se ter maior compreensão a esse respeito (MOORE et al., 2012).

As análises apresentadas a seguir relacionam-se ao objeto temático “percepção sobre o acesso a equipamentos de comercialização de alimentos”, que buscou identificar como os indivíduos reconheciam a presença dos estabelecimentos no bairro em que viviam e de que forma este conhecimento sobre a realidade foi relacionado com as práticas de aquisição e consumo dos alimentos.

Os dados organizados na tabela 3 mostram a distribuição das referências extraídas dos discursos. Eles estão apresentados de acordo com as categorias e indicadores estabelecidos sobre as percepções dos indivíduos a respeito do acesso aos equipamentos de comércio de alimentos, como as feiras e sacolões, os supermercados e os restaurantes, e à disponibilidade de frutas e hortaliças, além de suas observações gerais sobre o ambiente alimentar no bairro em que vivem. Esta distribuição considerou o agrupamento dos indivíduos nos clusters 1 e 2.

A percepção sobre o acesso aos estabelecimentos e a disponibilidade dos grupos de alimentos em estudo foi indicada como favorável, sob a perspectiva dos indivíduos, quando nas falas analisadas ocorreram relatos positivos a respeito de sua quantidade, acesso físico e qualidade, caracterizando o local em que vivem como facilitador do acesso aos estabelecimentos e aos alimentos em questão. Quando os relatos revelaram uma percepção negativa, com

expressões que denotavam a insuficiência ou a insatisfação dos indivíduos sobre o objeto questionado, estes foram codificados como acesso ou disponibilidade desfavoráveis.

Tabela 3 – Percepções dos indivíduos sobre o acesso a estabelecimentos para aquisição de alimentos, segundo a estratificação por cluster. ESAO-SP, São Paulo, 2012.

	Cluster 1 (N = 19)		Cluster 2 (N = 29)		TOTAL (n = 48)	
	n	%	n	%	n	%
Percepção sobre acesso a feiras e sacolões	7	100,0	9	100	16	100,0
Favorável em relação à quantidade ou qualidade	5	71,4	5	55,6	10	62,5
Desfavorável em relação à quantidade ou qualidade	2	28,6	4	44,4	6	37,5
Percepção sobre acesso a supermercados / mercados	13	100,0	15	100,0	28	100,0
Favorável em relação à quantidade ou qualidade	11	84,6	8	53,3	19	67,9
Desfavorável em relação à quantidade ou qualidade	2	15,4	7	46,7	9	32,1

Cluster 1: indivíduos que viviam em locais de maior nível socioeconômico e maior acesso a alimentação saudável.

Cluster 2: indivíduos que viviam em locais menor nível socioeconômico e menor acesso a alimentação saudável.

N = número de indivíduos entrevistados.

n = número de referências para cada tema analisado.

O acesso favorável a feiras e sacolões foi mencionado de modo mais expressivo entre os indivíduos do cluster 1 (71,4%) que entre os indivíduos do cluster 2 (55,6%). O fato de se dispor de maior quantidade de estabelecimentos especializados no comércio de frutas, legumes e verduras pode trazer aos indivíduos mais possibilidades para a aquisição destes alimentos. A quantidade e a qualidade das feiras foram referenciadas pelos participantes como fatores de

facilitação para a aquisição de frutas e hortaliças, associando esta característica do ambiente com a prática alimentar saudável, elemento identificado pelos indivíduos do cluster 1, nos trechos apresentados a seguir.

Referências

Cluster 1 – indivíduos que vivem em locais de maior nível socioeconômico e maior acesso alimentação saudável.

Categoria: Percepção sobre o acesso à feiras e sacolões.

Indicador: Favorável em relação a quantidade e qualidade.

C1S: *“Tem feira aqui na quarta, na quinta, no sábado, no domingo, na [avenida] Lins tem feira no domingo. **Feira não falta, se você quer comprar de três em três dias legumes frescos, porque de três em três dias ele está bom, dependendo do legume, então tem como você se alimentar bem e saudável.**”* (Homem, cluster 1)

C1M: *“**Mais em cima tem quitanda, que vocês chamam de... Como é, que vende verdura? Hortifruti, sacolão, tem de tudo um pouco, o que você quiser ali tem. Eu acho que não falta.** Não, porque aqui atrás tem uma feira livre, dia de quarta-feira, acho que de 9:00 até as 2:00 da tarde. **Ali você encontra de tudo, o mais fresco que você possa imaginar.** Eu costumo ir à feira sim, quarta-feira aqui no bairro. Aqui na [rua] Caiowás é dia de quarta, mas, todos os bairros aqui próximos têm os dias que tem feiras.”* (Mulher, cluster 1)

A disponibilidade de feiras e sacolões é um dado que se destaca nestes trechos, de forma que as expressões “tem bastante” e “não falta” reforçam a

identificação da presença deste tipo de estabelecimentos nos bairros. Há também a menção sobre percepção territorial (identificação das ruas em que acontecem) e da frequência das feiras, bem como a afirmação sobre a rotina de uso destes locais para a aquisição de alimentos, associando o reconhecimento sobre o ambiente à prática de utilização do mesmo.

A densidade de feiras e supermercados observada no cluster 2 (média = 15,23 por 10.000 habitantes) foi menor do que no cluster 1 (média = 20,07 por 10.000 habitantes). A maior parte das referências feitas sobre o acesso às feiras também foram positivas no cluster 2 (55,6%), valorizando a presença destes equipamentos. No entanto, neste cluster, caracterizado pelo menor nível de renda e menor disponibilidade de alimentos saudáveis, também ocorreu de maneira coerente a identificação da carência de estabelecimentos do tipo feiras e sacolões, com 44,4% de referências para o indicador “Desfavorável em relação a quantidade e qualidade”. No cluster 1, este indicador ocorreu em 28,6% das referências. Emergiram relatos de que a insuficiência destes equipamentos interfere nas práticas de compra, preparo e consumo de alimentos, sobressaindo a possibilidade de que a aquisição de frutas e hortaliças possa ser prejudicada quando não há acesso a estes equipamentos. A seguir estão os trechos extraídos dos discursos dos indivíduos do cluster 2, para a categoria “Acesso a feiras e sacolões”.

Referências

Cluster 2 – indivíduos que vivem em locais de menor nível socioeconômico e menor acesso alimentação saudável

Categoria: Percepção sobre o acesso à feiras e sacolões

Indicador: Favorável em relação a quantidade e qualidade

C2N: “**À vontade mesmo é nas feiras que tem bastante coisa.** Costumo frequentar. Sempre de segunda e quinta eu vou. Vou bastante. **Como tem assim durante toda semana, então as ofertas sempre uma hora está mais caro, outra hora mais barato. Uma hora tem bastante fruta outra hora não tem certa quantidade.** Geralmente tem problema lá quando eles trazem para cá e não vêm todos os alimentos ou estão em falta uma coisa assim então, mas sempre têm alimentos não falta muita coisa não.” (Homem, cluster 2)

C2E: “**Normalmente as frutas e legumes, realmente eu compro na feira.** Não chego nem a comprar no supermercado com ela. Mas a gente costuma ir em um horário que ainda não está resto, a gente vai mais cedo, umas 10 horas da manhã. **Tem bastante oferta, bastante qualidade na feira.** Do que a gente vê e aprecia, é limpinho. Além da feira, nos supermercados têm, mas é difícil a gente comprar lá. Compramos mais na feira, mesmo. ” (Homem, cluster 2)

Referências

Cluster 2: indivíduos que vivem em locais de menor renda e menor acesso alimentação saudável.

Categoria: Percepção sobre o acesso à feiras e sacolões

Indicador: Desfavorável em relação a quantidade e qualidade

C2K: ***“Sim, falta. Na verdade, um sacolão, isso falta mesmo, aqui não tem sacolão. Com certeza gostaria que tivesse um sacolão, eu e muitos. Facilitaria muito a vida, pelo fato de você estar indo nesses mercados grandes, fazendo uma feira toda semana. Então você tem que estar saindo daqui, se você tivesse um sacolão, um lugar adequado, você pode estar fazendo mesmo durante a semana, aí você não precisa estar fazendo esse acúmulo de coisas, que de repente você até compra coisas a mais, acaba estragando; agora, você tendo um sacolão, não, você vai lá pega pouca coisa: ‘vou fazer uma abobrinha hoje, vou ali no sacolão’, de repente você quer até fazer um prato diferente, mas você não tem aquilo na sua geladeira, você pode estar recorrendo ao sacolão, eles vendem de tudo, verdura, fruta, mesmo um tempero, você vai fazer um peixe, quer colocar um coentro, uma salsa, se você tivesse um sacolão próximo, não, aí você tem que estar saindo do bairro para buscar uma salsinha, fica difícil. Eu gostaria muito que tivesse um sacolão no bairro.”*** (Mulher, cluster 2)

C2S: ***“Falta estabelecimentos sim, a gente teria que ter mais opções. Um lugar que vendesse peixe seria ótimo, a feira também, que tivesse mais barracas. Às vezes eu compro alguma coisa aqui, e eu comento. Eu tenho uma prima que mora em Cotia, um exemplo. Eu falo, eu fui na feira e trouxe tal e tal coisa, deu tanto. E ela fala, nossa, eu compro tipo o triplo das coisas que você trouxe. Lá é muito mais em conta, do outro lado. Eu tenho umas amigas que até sugerem para eu estar indo lá, mas enfim, como é longe, não dá, eu tenho que estar utilizando aqui. Mas é muito mais em conta, uma variedade enorme, então, eu acho que deveria ter mais barracas.”*** (Mulher, cluster 2)

As feiras e sacolões, portanto, são identificados como locais para a aquisição de alimentos *in natura*, “frescos”, e que podem oferecer atributos de variedade de produtos, de qualidade e de preços, além de serem facilitadores

das etapas envolvidas no processo de produção das refeições (aquisição de gêneros alimentícios, armazenamento, preparo). Nota-se que a disponibilidade ou a falta destes estabelecimentos acabam influenciando a forma como as pessoas adquirem este grupo de alimentos. Ou seja, a rotina de compras - locais, frequência, quantidade e diversidade de itens adquiridos é, em boa medida, determinada pelo tipo de estabelecimento que está acessível.

As feiras livres são um dos mais antigos equipamentos de varejo com presença generalizada no país. Elas continuam a desempenhar um papel importante no comércio de frutas e hortaliças nos centros urbanos, permanecendo como principal local de compra desses alimentos. Nas feiras, os alimentos são encontrados com frescor e diversidade, além delas serem consideradas uma tradição na comercialização de frutas e hortaliças na cidade de São Paulo (PMSP, 2012; MARTINS et al., 2007). Ademais, outros motivos podem levar à preferência dos consumidores pela compra dos hortifrutícolas nas feiras: atratividade e integridade dos produtos, tranquilidade nas compras e atendimento dos feirantes (FONSECA et al., 1999).

A expansão agroalimentar e industrial mobilizou o desenvolvimento de grandes redes de supermercados, possibilitando o escoamento da produção e melhorando a distribuição dos produtos. Essa expansão do comércio influencia também os processos de aquisição e os modos de preparo das refeições na sociedade moderna (FONSECA et al., 2011). Os supermercados transformaram significativamente o segmento varejista em função do fato de possibilitar ao consumidor encontrar todos os produtos em um só lugar, reduzindo seus deslocamentos (MARTINS et al., 2007).

De uma maneira geral, os mercados e supermercados foram os principais locais que as pessoas mencionaram para a aquisição de alimentos. Elas citaram a variedade e qualidade de gêneros alimentícios e de preços, além da facilidade no processo de aquisição, de tal forma que o acesso a estes equipamentos, em geral, é tratado como um aspecto positivo do ambiente. Um estudo qualitativo sobre a influência das escolhas dos locais de aquisição dos alimentos no consumo alimentar identificou a proximidade, as questões financeiras, disponibilidade e a qualidade dos alimentos como os principais fatores envolvidos na decisão sobre o local de compra (KRUKOWSKI et al., 2012).

Houve no conteúdo das falas dos indivíduos do cluster 1 a identificação sobre o acesso favorável aos supermercados e mercados em quantidade e qualidade (84,6% de referências) maior do que entre os indivíduos do cluster 2 (53,3% das referências), e esta percepção é condizente com a maior densidade destes equipamentos encontrada no cluster 1.

Referências

Cluster 1: indivíduos que vivem em locais de maior nível socioeconômico e maior acesso alimentação saudável.

Categoria: Percepção sobre o acesso à supermercados e mercados.

Indicador: Favorável em relação a quantidade e qualidade

C1M – “Supermercados não tem o que falar. Os daqui da região bem próximos, que tem dois aqui na [rua] Caiowás, tem um pequeno, o [Mercado de bairro] que é lá em cima que é maior. É mais para comprar coisinhas tipo um papel higiênico, cândida, um

absorvente, essas coisinhas pequenas que falta, a gente vai aqui próximo e pega. Mas para comprar, leite essas coisas assim, **eu vou mais ao [Supermercado de rede A] que sai mais em conta o valor.** De um mercado para o outro dá diferença de R\$ 0,80 em cada litro de leite, **a gente economiza bastante** em outras coisas que a gente compra em quantidade. Mas é mais aconselhável comprar em mercado grande. Só em último caso mesmo a gente acaba pegando aqui coisinhas assim. ” (Mulher, cluster 1)

C1S: “**Dificuldade eu não tenho, porque eu tenho dois mercados 24 horas: que é o [Supermercado de rede A] e o [Hipermercado de rede A], então tem variedades.** Eu recomendaria comprar no [Hipermercado de rede A]. **É porque lá tem muitas variedades, e a facilidade que ele proporciona é como se estivesse em casa,** diferente do [Hipermercado de rede B] que tem as promoções e debate muito um com o outro, mas no [Hipermercado de rede A] você tem a liberdade, como se estivesse em casa que se abre a geladeira e pega alguma coisa, é incrível e eu me sinto muito bem de frequentar nesse mercado, eu nunca fui maltratado e também fico muito à vontade. Eu posso estar escolhendo o que eu quero, tem bastantes variedades.” (Homem, cluster 1)

C1T: “Às vezes, a gente quer alguma coisa mais fresca, uma verdura, uma fruta, aí **tem o mercado enorme perto de casa.** Ou então, se quiser, **dá para ir a pé ao [Hipermercado de rede A]** que tem aqui perto e também tem [Supermercado de rede].... **Em relação a comprar a comida para preparar, tem bastante facilidade. É, compro no bairro mesmo. Não saio de lá, não.** Para compra de alimentos para preparar em casa, sim. **É boa a oferta de alimentos saudáveis.** Tem dois mercados, que são concorrentes é mais de bairro, mas eles não são supermercados ou hipermercados, mas também não são quitandas, são médios. E como eles concorrem um com o outro, você até consegue

achar um preço bom e tem qualidade, por causa disso. E são bem pertinho de casa, dá para ir andando, tranquilo. Muita gente vai lá. Tem o [hipermercado de rede A] que a gente vai, que eu sempre vou porque é grande e mais barato, tem bastante opção, qualquer coisa que você quiser. ” (Mulher, cluster 1)

C1D: *“O [Supermercado de bairro] eu frequento. Porque ele é bom e os produtos dele também são bons. Como é um bairro mais fino, eles também têm as coisas mais finas, e por ser um bairro mais fino o preço também é acessível. Onde tem mais ricos o preço é mais em conta, aonde tem mais pobre o preço é mais caro. Eu digo isso porque eu moro na periferia, e a gente sente. Eu prefiro fazer minhas compras aqui do que fazer na periferia. Aqui uma muçarela eles cortam em cinco minutos, no bairro eles levam dois dias, uma mortadela eles levam dois dias para vender. Aqui não. Rosbife eu só pego no mercado grande porque é uma coisa que ninguém come. Na periferia eu não compro rosbife. A demanda dele ali não é tanta como a daqui, aqui o pessoal come, lá não. Aqui as coisas são melhores.” (Mulher, cluster 1)*

Nestas falas, além das percepções de que os bairros são bem abastecidos de supermercados e de mercados, as interações com cada tipo de estabelecimento são diferenciadas. Os mercados chamados “de bairro” são referenciados para uma utilização mais rápida, visando à aquisição emergencial de algum item que esteja faltando, ou de um alimento “fresco”. Estes equipamentos são facilitadores neste sentido. Já os supermercados ou hipermercados, pelas descrições citadas, também são bastante acessíveis e proporcionam facilidades no processo de compra e variedades de produtos, mas se destacam no campo da economia, com diversas menções às promoções e preços mais vantajosos oferecidos por esse modelo de negócio. As descrições detalham que o acesso adequado a estes dois tipos de estabelecimentos é

complementar e proporciona aos indivíduos segurança sobre a etapa de aquisição dos alimentos e de outros gêneros de necessidade básica.

Na fala apresentada do indivíduo C1D destaca-se a percepção sobre as inequidades sociais e territoriais em relação ao acesso aos alimentos, ao relacionar tanto melhor a qualidade quanto o preço mais acessível dos alimentos à localização mais central e classe econômica mais favorecida do bairro em que se localiza o supermercado, quando comparado a um bairro de periferia e de menor nível socioeconômico. Neste caso, trata-se de uma mulher que reside em um bairro mais periférico e trabalha em bairro mais central, e a fala refere-se ao bairro em que trabalha, aqui incluído no cluster de maior nível sócio-econômico e maior acesso à alimentação saudável. Este trecho do discurso reflete que também há a utilização do comércio de alimentos no local de trabalho com finalidade de aquisição de gêneros para o consumo na residência, fortalecendo a ideia de que o ambiente em que se trabalha atua como um fator de exposição para a alimentação.

Um estudo publicado por MOORE et al. (2013) investigou o ambiente alimentar das vizinhanças de residência e de trabalho em 1503 trabalhadores. A pesquisa mostrou que a disponibilidade de alimentos saudáveis era semelhante entre os dois ambientes quando a casa e o trabalho eram próximos, mas se tornavam menos similares à medida que a distância aumentava. E, nos locais de trabalho, foram observados melhor nível socioeconômico, maior disponibilidade de alimentos saudáveis e maior densidade de lojas que comercializam alimentos saudáveis que nos locais de moradia.

Apesar dos menores níveis socioeconômicos e da menor densidade de equipamentos, no cluster 2 também ocorrem referências à boa cobertura de

mercados e supermercados (53,3% de referências), com ênfase à importância destes para a rotina de compras de alimentos. Os aspectos de variedade, qualidade e preço, surgem como atributos de influência na escolha do local de compras. A diferenciação sobre a utilização dos mercados de bairro e supermercados não foi expressa entre os pesquisados do cluster 2, evidenciando que os hipermercados são as principais opções para as compras nestes locais.

Referências

Cluster 2: indivíduos que vivem em locais de menor renda e menor acesso alimentação saudável.

Categoria: Percepção sobre o acesso a supermercados e mercados.

Indicador: Favorável em relação a quantidade e qualidade.

C2D: *“Ah, existem mercados menores também. Nossa, tem para todas as classes, sabe? **Tem, tem mercados, bastante supermercados, muitos. Não falta, tem muitos. E é bem distribuído, sabe?** Para fazer compras tem esses supermercados que tem aqui, grandes hipermercados. Eu recomendo, eu acho que todo mundo vai. Não existem outros mercados, nem aqui, nem em outro lugar, sempre esses. É o que tem, não é? Não, é porque, eles têm tudo, tem tudo a mesma coisa, então quer dizer... O que você acha em um, você acha no outro.”* (Mulher, cluster 2)

C2E: *“**Existem vários supermercados: [hipermercado de rede B] aqui próximo e outros supermercados bons. Eu vou mais ao [supermercado de rede A], para te falar a verdade, devido aos preços. Acho que as coisas lá são mais em conta, do que, por exemplo, no [hipermercado de rede B], por exemplo. Para comprar e fazer em***

casa, eu compro alimentos saudáveis nos supermercados. ”

(Homem, cluster 2)

C2M: “*Olha para comprar, eu acho que seria mais adequado o supermercado aqui próximo, no caso o [Hipermercado de rede A] ou outros aqui. O supermercado é o melhor local pelo menos tem o controle de qualidade, tem o pessoal responsável por trás que não deixam extrapolar alguma coisa vencida já que no caso no bairro; já as outras coisas o pessoal não tem o controle. Então eu acho que tem a preocupação com a população, com o bem-estar da população, eu acho que é um local que você pode comprar, digamos, que sem medo de adquirir os produtos. Eu costumo frequentar, seria o [Hipermercado de rede A]. ”* (Homem, cluster 2)

C2Z: “*Seria no mercado mesmo, você pode escolher as coisas. No mercado tem tanta coisa boa, doces, lanches, salgados ou mesmo até comida tem. O preço também, às vezes, tem mercado que um é mais barato que o outro, é aonde que eu vou, no mercado mesmo. É o preço que eu escolho, no mercado. É muito difícil variar, sempre é o mesmo. É mais o [hipermercado de rede A]. Para variar eu vou ao [supermercado de rede C], [supermercado de rede A], que é muito difícil a gente ir lá. ”* (Mulher, cluster 2)

Nestas falas, portanto, os indivíduos representam que há acesso a supermercados de forma a propiciar a aquisição dos alimentos, podendo ser ‘alimentos saudáveis’ (referência C2E), ‘alimentos com controle de qualidade’ (referência C2M) ou ainda ‘tanta coisa boa, doces, lanches, salgados ou mesmo até comida’ (referência C2Z). Assim os supermercados trazem as oportunidades de consumo de forma a satisfazer as variadas necessidades e expectativas dos indivíduos em relação aos atributos dos alimentos.

Na referência de C2Z, há uma atribuição de valores e uma diferenciação entre ‘alimento’ e ‘comida’. De acordo com DAMATTA (1984), a distinção entre comida e alimento é importante no sistema social brasileiro: “alimento é tudo aquilo que pode ser ingerido para manter uma pessoa viva, comida é tudo que se come com prazer, de acordo com as regras mais sagradas de comunhão e comensalidade”. A comida se refere a algo costumeiro e sadio, contribuindo para estabelecer uma identidade, definindo um grupo, classe ou pessoa. Deste modo, fica evidente a distinção que a fala traz entre esses grupos, alimento e comida, mostrando que há consciência sobre tal distinção e que os grupos de alimentos têm valores sociais diferentes.

Tais distinções são importantes sob a ótica do atual sistema alimentar e sua associação com os desfechos em saúde. A comensalidade e a valorização das refeições caseiras, ou da comida em si, são recomendações para as práticas de alimentação saudável propostas no Guia Alimentar para a População Brasileira (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014a). Essas recomendações têm em vista a melhor qualidade da composição da alimentação, nelas prevalecem não só as preparações culinárias e os alimentos *in natura* e os minimamente processados, como também os ganhos socioculturais de convivência familiar, prazer com a alimentação e preservação da cultura culinária.

Ainda sobre o acesso a supermercados, é importante destacar que uma parte relevante das citações no cluster 2 indicou perspectivas desfavoráveis sobre a quantidade ou qualidade destes estabelecimentos (46,7% de referências), enquanto que no cluster 1 esta ocorrência não foi observada de forma importante (15,4%). Os relatos apontam para a quantidade insuficiente de hipermercados ou de mercados; para o difícil acesso físico a estes

estabelecimentos, ou para restrições em relação à qualidade. Em geral, os indivíduos dizem que existe alguma opção ou alternativa para as compras dos alimentos, mas sempre associando a algum tipo de ônus, como por exemplo, ter que sair do bairro, necessitar de transporte motorizado, restrições sobre opções de preço, variedade e qualidade.

Referências

Cluster 2: indivíduos que vivem em locais de menor renda e menor acesso alimentação saudável.

Categoria: Percepção sobre o acesso à feiras e sacolões.

Indicador: Desfavorável em relação a quantidade e qualidade.

C2A: *“Nem prestei atenção, viu! **Eu acho que não, porque geralmente lá supermercado tem pouco, que eu conheço, então só tem esse que fica ali atrás do Largo da Batata.** E para mim, as coisas que vendem lá são tudo de primeira. **Sinto falta de mercadinho, tipo o [supermercado de rede B].** Você conhece, não é? Então, deveria ter porque lá só tem o [supermercado de rede B] para quem vai para o Hospital das Clínicas, naquela avenida lá deve ter, acabei de falar agora.... Isso, lá deve ter, mas ali mesmo no Largo não tem, não conheço.”* (Homem, cluster 2)

C2H: *“**Seria bom um mercado grande para atender a população para não precisar se deslocar mais distante.**”* (Homem, cluster 2)

C2U: *“Mas para comprar comida só o [hipermercado de rede B], próximo é só o [hipermercado de rede B], não tem outro. Não, não é considerado tão perto, porque desse riozinho para cá é Jardim Cambará.*

*Para mim é fácil de chegar, porque entra aqui por dentro, e eles têm uma escada em cima desse riozinho. Para mim é acessível. Muito perto, até é por isso que a gente frequenta mais ele. **Não é que eu goste de frequentar, é o mais próximo que eu posso ir a pé, sabe, que eu posso ir lá comprar.** Se eu comprar muito, aí eu ligo para o meu filho, ele passa lá e pega, sabe, ou minha filha, ou genro quando está de carro. Então, por isso que eu frequento, mas não é o melhor mercado, eu prefiro muito mais o [hipermercado de rede A], até pelo atendimento tudo, é mais conveniente. **O [hipermercado de rede B], para mim, não é o melhor, até em questão de atendimento, eu acho que deixa muito a desejar. Se você for prestar atenção, a higiene não é muito boa, é mal administrado, mais fazer o quê?**” (Mulher, cluster 2)*

A fim de ilustrar os significados construídos pelos indivíduos de ambos os clusters sobre o acesso a feiras e supermercados, apresenta-se na figura 3, uma árvore de expressões extraídas de seus discursos, para os indicadores de cada categoria. Portanto, em síntese do que já foi apresentado sobre a percepção do acesso a supermercados, feiras e sacolões, há diferenças para os clusters.

De acordo com as representações dos indivíduos do cluster 1, nos bairros em que vivem têm fácil acesso às feiras, onde se pode adquirir uma variedade de alimentos, principalmente “alimentos frescos”, possibilitando uma alimentação saudável. Os supermercados são percebidos como locais de boa oferta de preços e de variedade de produtos. Eles estão presentes em quantidade suficiente nos entornos dos locais onde vivem (moram ou trabalham) os indivíduos, o que lhes traz facilidades. Já os mercados de bairro são próximos e assim dão suporte às necessidades do dia a dia. Para o cluster 1, poucas pessoas reportaram dificuldade de acesso a esses equipamentos.

Figura 3 – Expressões sobre os significados que os indivíduos atribuem ao acesso às feiras, sacolões, mercados e supermercados nos locais em que vivem, segundo a estratificação por clusters. ESAO-SP, São Paulo, 2012.

<i>Densidade média de feiras e supermercados = 20,07*</i>		<i>Densidade média de feiras e supermercados = 15,23 *</i>	
CLUSTER 1	ACESSO À FEIRAS E SACOLÕES: FAVORÁVEL (71,4%): "Tem bastante" "Alimentos frescos" "Encontra de tudo" "Tem como se alimentar bem e saudável"	CLUSTER 2	ACESSO À FEIRAS E SACOLÕES: FAVORÁVEL (55,6%): "Frutas e legumes compro na feira" "Tem bastante oferta na feira"
	DESAVORÁVEL (28,6%): "No sacolão as frutas estão murchas" "Falta um sacolão de boa qualidade"		DESAVORÁVEL (44,4%): "A feira deveria ter mais barracas" "Um sacolão facilitaria a vida" "Tem que sair daqui para comprar"
	ACESSO A SUPERMERCADOS E MERCADOS: FAVORÁVEL (84,6%): SUPERMERCADOS: "A gente economiza" "Tem variedades" "Tem bastante facilidade"		ACESSO A SUPERMERCADOS E MERCADOS: FAVORÁVEL (53,3%): "Não falta, tem muitos" "Vou devido aos preços" "Tem tanta coisa boa" "Tem controle de qualidade"
	MERCADOS: "Dá pra ir andando" "Pra comprar coisinhas que faltam"		DESAVORÁVEL (46,7%): "Supermercado tem pouco" "Não é considerado tão perto" "A higiene não é muito boa"

* por 10.000 habitantes

Cluster 1: maior nível socioeconômico e maior acesso a alimentação saudável.

Cluster 2: menor nível socioeconômico e menor acesso a alimentação saudável.

Para os sujeitos do cluster 2, as feiras são locais de aquisição de legumes e verduras e que trazem ofertas de preços, porém nem sempre as necessidades de variedade de produtos são atendidas. Se houvesse melhoria no acesso aos estabelecimentos especializados no comércio de frutas e hortaliças, como os sacolões, fazendo com que a compra desses produtos pudesse ser efetuada sem a necessidade de deslocamentos para fora do bairro, é lícito concluir que o consumo destes alimentos poderia ser facilitado e até aumentado.

Uma polarização de representações ocorreu sobre as percepções de acesso aos supermercados no cluster 2. Embora prevaleçam as experiências e significados favoráveis (53,3%), de que os supermercados estão acessíveis, oferecem bons preços, variedade e qualidade para os alimentos, notam-se interpretações contrastantes, constando um volume importante de referências (46,7%) que indicam que se dispõe de poucos supermercados, que estes são distantes e que não contemplam a qualidade desejada.

Esta distinção nos saberes construídos a respeito do acesso aos supermercados reflete as diferenças nos contextos, ou seja, os setores censitários que compõem o cluster 2 são diferentes em seus microambientes alimentares e também quanto à densidade e a distribuição destes equipamentos. Embora o método de clusters busque o agrupamento por semelhança sobre as características dadas, os ambientes possuem particularidades, e estas são percebidas pelos indivíduos. Os supermercados assumem importância referencial no contexto da aquisição de alimentos, sendo eles, a um só tempo, a principal fonte desse recurso e o local de uma prática tão cotidiana dos indivíduos, de forma que estes têm acurada percepção e valorização sobre o acesso a estes equipamentos, como está representado nas falas a seguir:

Referências

Cluster 2: indivíduos que vivem em locais de menor renda e menor acesso alimentação saudável.

Categoria: Percepção sobre o acesso à feiras e sacolões.

Indicador: Favorável em relação a quantidade e qualidade.

C2D: *“Para fazer compras tem esses supermercados que tem aqui, grandes hipermercados. Eu recomendo, eu acho que todo mundo vai.”*
(Mulher, cluster 2)

Referências

Cluster 2: indivíduos que vivem em locais de menor renda e menor acesso alimentação saudável.

Categoria: Percepção sobre o acesso à feiras e sacolões.

Indicador: Desfavorável em relação a quantidade e qualidade.

C2S: *“Não tem muita opção, no caso o que eu indicaria é o [Mercado de Bairro] que, no caso é o que é mais em conta e tem uma variedade um pouco maior. Seria o único também. Primeiro que, ou é nele ou é na padaria. Embora ele seja pequeno, seja um pouco mais caro, você vê que eles são atenciosos, cuidadosos, tudo.”* (Mulher, cluster 2)

As pesquisas epidemiológicas sobre o ambiente alimentar, por meio de dados objetivos, têm focado em atributos das localidades, tal como a densidade

de supermercados em um bairro, demonstrando que o acesso à vários tipos de estabelecimentos varejistas e sua disponibilidade de alimentos têm impactos nas escolhas alimentares (MCKINNON et al., 2009; LARSON e STORY, 2009).

Os supermercados são grandes estabelecimentos que oferecem linhas completas de produtos, além de serviços de panificação e *delicatessen*. Em geral, praticam preços menores que outros estabelecimentos e apresentam grande variedade e qualidade de alimentos (BODOR et al., 2008). Alguns estudos encontraram que as pessoas com melhor acesso a supermercados tendem a se alimentar de maneira mais saudável (LARAIA et al., 2004; ROSE E RICHARDS, 2004; MOORE et al., 2008b).

Os estabelecimentos especializados no comércio de frutas e hortaliças, como as feiras e sacolões, além dos mercados e supermercados, são considerados os principais locais de aquisição desses gêneros alimentícios. Uma análise sobre a frequência do local de compras de frutas e hortaliças, realizada no início dos anos 80 e final da década de 1990, a partir de dados da cidade de São Paulo, mostrou que as feiras livres ainda eram o principal equipamento varejista de venda desses produtos. Porém, nesse segmento, observou-se uma tendência de aumento das vendas por parte dos supermercados, em detrimento das feiras livres. Os supermercados adotam políticas de diversificação no fornecimento desses itens, além de terem vantagens de horários de atendimentos, formas de pagamentos e preços competitivos, adequando-se às necessidades das rotinas dos moradores de centros urbanos (MARTINS et al., 2007).

As disparidades sociais que marcam o acesso à alimentação saudável foram reportadas em outros estudos que fizeram a comparação entre a

percepção dos indivíduos e os dados diretamente medidos do ambiente. FREEDMAN e BELL (2009) mostraram um padrão de acesso a estabelecimentos de venda de alimentos comum em contextos urbanos de menor nível socioeconômico, caracterizado pela maior prevalência de mercearias e mercados locais e poucos supermercados. E, dentre esses tipos de estabelecimentos, os supermercados oferecem maior acesso aos alimentos saudáveis. A percepção dos participantes dessa pesquisa refletiu as características mensuradas, identificando o acesso limitado à alimentação saudável. A pesquisa de MOORE et al. (2012) mostrou que indivíduos de minorias étnicas e de menores níveis de educação e renda, em geral reportaram menor disponibilidade de alimentos saudáveis quando comparados aos indivíduos de melhor nível socioeconômico, com concordância em relação às medidas diretas do ambiente alimentar. Outro estudo encontrou que participantes que viviam em áreas de baixa densidade de supermercados perceberam a disponibilidade de alimentos saudáveis em um nível 17% menor quando comparada à percepção daqueles que viviam em áreas de maior densidade desses estabelecimentos (MOORE et al., 2008a).

Outros estudos têm demonstrado que as áreas de menor desenvolvimento socioeconômico nas grandes cidades são menos providas de equipamentos de venda de alimentos, especificamente aqueles onde se pode adquirir os alimentos *in natura*. Esse fator acaba sendo um condicionante sobre o consumo de frutas e de hortaliças (MOORE et al., 2008a; JAIME et al., 2011; PESSOA et al., 2014). A pesquisa de DURAN et al. (2013), primeiro eixo analítico do ESAO-SP, realizada na cidade de São Paulo, mostrou que nos locais de menores níveis de educação havia mais mercearias e menos supermercados

que nos locais de maiores níveis, considerando que na avaliação sobre a disponibilidade de alimentos, os supermercados disponibilizaram mais itens saudáveis que as mercearias

LYSEEN et al. (2015) encontraram efeitos indiretos da disponibilidade de supermercados, mostrando que a frequência de compras e a percepção sobre a disponibilidade de alimentos saudáveis são componentes de uma rede de influências no consumo de frutas e hortaliças. As apreensões sobre a disponibilidade de alimentos saudáveis têm sido relacionadas ao consumo alimentar, de forma que as medidas de percepção podem refletir algumas variações sobre a acessibilidade aos alimentos que não são capturadas pelas análises de geoprocessamento (MOORE et al., 2008a; 2008b; SHARKEY et al., 2010).

Um estudo conduzido por BLISTEIN et al. (2012) avaliou associações entre as percepções sobre o ambiente alimentar e o consumo de frutas e hortaliças, identificando que os indivíduos mais satisfeitos com a disponibilidade de equipamentos para a aquisição de alimentos consumiam três ou mais porções de frutas e hortaliças por dia. Quanto mais conveniente era o acesso à qualidade e variedade destes alimentos, maior era o consumo. Além disso, aqueles que compravam com maior frequência em cooperativas locais ou em mercados de produtores (*farmer's market*) também reportaram maior consumo diário de frutas e hortaliças.

O contexto alimentar, segundo FURST et al. (1996), é um dos fatores envolvidos na determinação das escolhas alimentares, abrangendo o meio físico e o ambiente social do cenário de escolha, e os fatores específicos do suprimento alimentar no ambiente, tais como os tipos, as origens e a

disponibilidade dos alimentos. Para algumas pessoas o contexto alimentar é uma importante influência nas escolhas, sendo sensíveis às questões de disponibilidade ou redução de preços, enquanto outras são menos influenciadas por estes fatores contextuais. Um determinado contexto alimentar pode oferecer possibilidades amplas ou restritas de escolhas, de forma que o ambiente se torne parte do processo de escolha alimentar.

Algumas concepções expressas nas falas sobre os contextos alimentares em estudo puderam ser significadas a partir do relato das experiências dos indivíduos nos locais em que vivem. Elas dizem respeito às condições de acesso à alimentação, abrangendo as dimensões de quantidade, qualidade e acessibilidade e foram exploradas no objeto temático “Ambiente alimentar e a alimentação”. Na categoria “Percepção sobre o ambiente alimentar”, apresentada na tabela 4, foram codificadas referências generalizadas sobre o acesso a equipamentos para aquisição, equipamentos para consumo e sobre os tipos de alimentos disponíveis nos locais. Houve descrições tanto sobre as características favoráveis quanto sobre as características desfavoráveis em ambos os clusters, de uma forma praticamente equilibrada entre as duas opiniões.

Porém, há uma tendência de maior percepção das características desfavoráveis entre o cluster 1 quando comparado ao cluster 2, contrariamente ao que mostram as medidas aferidas de síntese sobre o acesso a alimentos saudáveis em estabelecimentos de aquisição de alimentos e em restaurantes, os indicadores HFSI e HMRI, que são maiores no cluster 1.

Tabela 4 - Percepção dos indivíduos sobre características do ambiente alimentar, segundo a estratificação por clusters. ESAO-SP, São Paulo, 2012.

	Cluster 1 (N = 19)		Cluster 2 (N = 29)		TOTAL (N = 48)	
	n	%	n	%	n	%
Percepção sobre o ambiente alimentar	18	100	48	100	66	100
Características desfavoráveis sobre o ambiente alimentar	10	55,6	25	52,1	35	53,0
Características favoráveis sobre o ambiente alimentar	8	44,4	23	47,9	31	47,0

Cluster 1: indivíduos que vivem em locais de maior nível socioeconômico e maior acesso a alimentação saudável.

Cluster 2: indivíduos que vivem em locais de menor nível socioeconômico e menor acesso a alimentação saudável.

N = número de indivíduos entrevistados.

n = número de referências para cada tema analisado.

Os significados foram construídos similarmente entre os sujeitos dos clusters 1 e 2. Em relação a ambientes favoráveis (cluster 1 = 44,4%; cluster 2 = 52,1%), há a representação de que o bairro é suficiente para suprir as necessidades alimentares quando este, por meio de uma variedade de estabelecimentos, desde os supermercados, as feiras e sacolões até os restaurantes, havendo menções também aos *fast-foods*, possibilita acesso a todos os tipos de alimentos, que podem ser saudáveis ou não saudáveis.

Os alimentos saudáveis são identificados, principalmente, como frutas, verduras e legumes e o acesso a estes, quando ocorre de forma positiva, é um aspecto valorizado e associado à prática alimentar. A representação social,

portanto, diz respeito à capacidade de satisfazer as necessidades alimentares no local em que se vive e isso se constrói a partir da junção da identificação de tais necessidades com as possibilidades de satisfação das mesmas, incorporando o reconhecimento territorial sobre a oferta alimentar como um conteúdo central deste processo. Algumas referências sobre esta representação aparecem nos relatos a seguir.

Referência

Cluster 1: indivíduos que vivem em locais de maior nível sócio econômico e maior acesso a alimentação saudável.

Categoria: Percepção sobre o ambiente alimentar.

Indicador: Características favoráveis do ambiente alimentar.

C1P: *“Ah tem alimentos saudáveis sim. Que não seja vencido, tipo frutas, verduras e legumes, como se fala podendo consumir, tem sim, no supermercado, sacolão.... Porque tem muita gente que não gosta, vamos supor, do [Lanchonete de rede de fast food A], porque não acha alimento saudável, já tem gente que gosta de comida chinesa, porque acha que é muito saudável, **então bem na questão de ser saudável ou não, como eu te falei, tem para todos os gostos e para todos os bolsos e para todos, saudáveis ou não.**”* (Homem, cluster 1)

Referências

Cluster 2: indivíduos que vivem em locais de menor nível sócio econômico e menor acesso a alimentação saudável.

Categoria: Percepção sobre o ambiente alimentar.

Indicador: Características favoráveis do ambiente alimentar.

C2W: *“Ah, eu acho tranquilo. Eu acho bom. Ah, sim, com certeza eu encontro o que eu procuro. O Tatuapé é muito bom. Olha, tem. Têm saudáveis e não saudáveis também. Isso daí depende da gente. Eu procuro sempre me alimentar de coisas saudáveis. Frutas, legumes. É o que eu gosto. **Com certeza, com certeza encontra aqui nesse bairro. Aqui no Tatuapé tem de tudo.** Embora eu não more aqui, mas tem de tudo. **Aqui você encontra tudo com a maior facilidade. O bairro é suficiente para atender as minhas necessidades de alimentação. Bastante. Encontra o que procura, sem problema. Sem dificuldade alguma.**”* (Mulher, cluster 2).

C2G: *“Acredito que sim, têm alimentos saudáveis no bairro. Comida pronta, você diz? Para preparar, nos mercados, e tem feira quase todos os dias, em uma rua ou outra você sempre acaba achando uma feira aqui próxima. **Pelo menos, no bairro inteiro você tem feiras todos os dias. Nos mercados também, você encontra tudo, em qualquer mercado que tem por aqui, tem de tudo. E pronto, o restaurante onde eu almoço aqui, que eu tenho preferência, eu acho que é uma alimentação saudável, tem variedade, tem salada, tem vários tipos de coisa, é bem preparado, eu acho que é saudável.**”* (Homem, cluster 2)

O quadro 3 mostra os conteúdos significativos sobre ambientes favoráveis e desfavoráveis que emergiram dos discursos. As características desfavoráveis do ambiente alimentar foram percebidas pelos indivíduos sob dois principais enfoques: o acesso facilitado aos alimentos não saudáveis, como frituras e doces, por meio de estabelecimentos como bares, lanchonetes e mercearias; e

a falta de acesso a alimentos saudáveis, tanto em itens para aquisição e consumo no lar, como para o consumo feito fora do lar. A falta de qualidade dos estabelecimentos e dos alimentos foi também uma característica negativa, identificada pelos sujeitos como um quesito para não escolha de aquisição e consumo.

Quadro 3 – Conteúdos significativos sobre ambientes alimentares favoráveis e desfavoráveis. ESAO-SP, São Paulo, 2012.

<p align="center">CARACTERÍSTICAS FAVORÁVEIS DO AMBIENTE ALIMENTAR</p> <p align="center">Cluster 1 = 44,4%; Cluster 2 = 52,1%</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acesso a todos os tipos de alimentos, saudáveis ou não saudáveis - Acesso a alimentos saudáveis, tais como frutas, verduras e legumes - Acesso a uma variedade de estabelecimentos, como supermercados, feiras e sacolões, restaurantes diversos - Não precisa sair do bairro para atender as necessidades alimentares
<p align="center">CARACTERÍSTICAS DESFAVORÁVEIS DO AMBIENTE ALIMENTAR</p> <p align="center">Cluster 1 = 55,6%; Cluster 2 = 47,9%</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acesso a alimentos não saudáveis, tais como frituras e doces - Acesso a bares, lanchonetes e comércio ambulante de alimentos - Falta de acesso a alimentos saudáveis - Falta de qualidade dos estabelecimentos e dos alimentos - O bairro não é suficiente para atender as necessidades alimentares

Cluster 1: indivíduos que vivem em locais de maior nível socioeconômico e maior acesso a alimentação saudável.

Cluster 2: indivíduos que vivem em locais de menor nível socioeconômico e menor acesso a alimentação saudável.

Sobre o acesso facilitado aos alimentos não saudáveis, há em algumas falas a associação com o consumo destes alimentos, seja próprio ou de outros, como por exemplo, as crianças. Já sobre as dificuldades no acesso aos alimentos, estas caracterizam uma barreira ao consumo, de tal forma que o bairro se torna insuficiente para atender as necessidades alimentares, ocasionando a necessidade de sair de seus limites para adquirir tais gêneros.

Referência

Cluster 1: indivíduos que vivem em locais de maior nível sócio econômico e maior acesso a alimentação saudável.

Categoria: Percepção sobre o ambiente alimentar.

Indicador: Características desfavoráveis do ambiente alimentar.

C1E: ***“Eu acho que falta acesso a alimentos saudáveis. Alimentos saudáveis, para mim, é menos fritura, gordura. Você vai aqui na Teodoro, tem restaurante que não tem variedade de salada, até tem, mas você paga mais caro, o mais em conta não te oferece essa variedade, nos lugares em que eu vou eu não encontro essa variedade. Ah, com certeza tem alimentos não saudáveis, pastel, caldo de cana, tem variedades de frituras de salgados, até aqui dentro do hospital, você passa de manhã, você encontra croissant, pão de queijo, coxinha, as lanchonetes oferecem uma coisa ou outra, os sucos são saudáveis, mas, o que vai acompanhar é cachorro-quente, fritura, folheado...”*** (Homem, cluster 1)

Referências

Cluster 2: indivíduos que vivem em locais de menor nível sócio econômico e menor acesso a alimentação saudável.

Categoria: Percepção sobre o ambiente alimentar

Indicador: Características desfavoráveis do ambiente alimentar.

C2Q: *“A oferta de alimentos saudáveis é média... Saudáveis, ricos em proteínas, alimentos com fibras, alimentos que podemos chamar orgânicos... Não precisa ser aquela coisa muita amarga, para mim é assim. **Faltaria um sacolão, por exemplo, hortaliças, muita fruta isso eu vejo como saudáveis e faltaria. Aqui não tem, é complicado.** Os não saudáveis eu considero como nada em grande quantidade é bom, mas aquele salgado que a gente gosta, alguns eu prefiro mais, os enlatados até; **mas você vê que qualquer restaurante pequeno no bairro tem aqui facilidade; você com R\$0,50 você compra um salgado; uma criança que está com R\$ 2,00 no bolso: “beleza, vou comer quatro salgados”, vai vendo, não está fazendo bem nenhum ao organismo e isso você acha aqui com muita facilidade. Aqui no bairro encontra, com certeza.**”* (Homem, cluster 2)

Observando que, de acordo com dados aferidos do ambiente, os locais que compõem o cluster 1 apresentam melhores indicadores de acesso a alimentos saudáveis, pode-se dizer que não houve correspondência em relação à percepção dos aspectos favoráveis e desfavoráveis do ambiente alimentar quando se compara a frequência das referências entre os clusters, uma vez que o indicador “características desfavoráveis” ocorreu mais entre o cluster 1 (55,6%)

do que no cluster 2 (47,9%). Porém, além das diferenças no ambiente entre os indivíduos dos clusters 1 e 2, existem disparidades demográficas e de consumo alimentar que podem estar associadas a esta maior sensibilidade na percepção sobre o ambiente alimentar desfavorável.

Se considerarmos que os indivíduos no cluster 1 apresentam maiores níveis educacionais, é lícito considerar que isto influencie a percepção e a interação com o contexto alimentar. Já em relação aos hábitos alimentares, de forma geral o padrão do cluster 1 apresentou-se melhor do que do cluster 2. Por exemplo, uma proporção maior dos indivíduos do cluster 1 apresentou consumo regular frutas (cluster 1 = 78,9%, cluster 2 = 58,6%) e uma menor proporção consome *fast-food* regularmente (cluster 1 = 36,8%; cluster 2 = 75,9%).

Portanto, estas diferenças nos padrões de alimentação tendem também a se relacionar ao sistema de interações que se estabelece entre os sujeitos sociais, o objeto (ambiente alimentar) e as representações sociais por eles constituídas. De acordo com JODELET (2001), as ponderações a respeito dos sistemas cognitivo e psíquico e do funcionamento do sistema social são importantes na análise de representação social. As interações destes sistemas com o objeto, afetam e são afetadas pelas representações sociais.

A representação social, neste caso, expressada principalmente pelos indivíduos do cluster 1, foi que as características desfavoráveis do ambiente alimentar se relacionam à oferta excessiva de alimentos não saudáveis, como frituras e doces, por estabelecimentos como bares, lanchonetes e mercearias; e também pela falta de alimentos saudáveis, como frutas, legumes e verduras.

Sobre as interações entre sujeito e objeto, nesta representação social, considerou-se como características do sujeito os maiores níveis de educação e como características do ambiente a possibilidade de melhor acesso a alimentação saudável, quando comparados aos indivíduos do cluster 2. Da interação dos sujeitos com o objeto (ambiente), considerou-se o maior consumo de frutas e hortaliças e o menor consumo de ultraprocessados, relacionando com as características descritas dos sujeitos e do ambiente alimentar. De tal forma que, reconhecendo as suas necessidades alimentares, buscavam, no contexto em que viviam, as possibilidades de satisfação de tais necessidades. Este é o processo por qual ocorre a representação social, possibilitando aos indivíduos um julgamento mais crítico sobre o acesso a alimentos saudáveis e não saudáveis.

ZENK et al. (2009c) investigaram as relações entre fatores do ambiente e do indivíduo com a satisfação sobre a disponibilidade de frutas e hortaliças. Este estudo mostrou que os moradores com maiores níveis educacionais eram, em geral, mais insatisfeitos com a disponibilidade de frutas e hortaliças, quando comparados aos de menores níveis educacionais. Os autores basearam-se em algumas razões para explicar este achado. Os indivíduos com maiores níveis de educação tendem a consumir mais frutas e hortaliças, portanto terão maior insatisfação se as opções locais para aquisição forem limitadas. Além disso, afirmam que o processo educacional pode prover maiores expectativas e senso crítico para avaliar a disponibilidade, variedade, qualidade e preço destes alimentos.

O comportamento alimentar leva em conta as práticas alimentares desde os procedimentos relacionados com a seleção dos alimentos, sua preparação e

seu consumo propriamente ditos, incluindo os valores simbólicos e também o julgamento das pessoas sobre os alimentos (GARCIA, 1997).

Na perspectiva das representações sociais, podemos tomar o comportamento alimentar como uma interação mútua do indivíduo (sujeito) com o ambiente (objeto), e por esta reciprocidade, tanto o comportamento pode estar modulado pelo ambiente, como a percepção sobre as características do ambiente podem estar moduladas pelos comportamentos, conforme demonstrado pela representação social das percepções sobre características desfavoráveis do ambiente alimentar.

Outros atributos sobre o ambiente alimentar foram representados pelos entrevistados, incorporados no objeto temático “Fatores relacionados aos alimentos”. Os enunciados sobre preço e qualidade higiênico-sanitária dos alimentos emergiram dos discursos, possibilitando a construção de categorias nativas, conforme apresentado na tabela 5.

Em relação às percepções acerca dos preços dos alimentos, estas foram mais relevantes entre os indivíduos do cluster 1, que identificaram os locais em que vivem como desfavoráveis para o preço dos alimentos e ainda indicaram que este é um fator que influencia a escolha alimentar.

De fato, os preços médios aferidos no cluster 1 foram maiores do que no cluster 2, tais como o preço médio das frutas e hortaliças (cluster 1 = 2,52; cluster 2 = 2,23), bem como o preço médio do refrigerante (cluster 1 = 2,09; cluster 2 = 1,63) e dos salgadinhos tipo *chips* (cluster 1 = 1,75; cluster 2 = 1,17).

Tabela 5 - Percepção dos indivíduos sobre, custo e aspectos de higiene e segurança dos alimentos, segundo a estratificação por clusters. ESAO-SP, São Paulo, 2012.

	Cluster 1 (N = 19)		Cluster 2 (N = 29)		TOTAL (N = 48)	
	n	%	n	%	n	%
Percepção sobre o custo dos alimentos	17	100,0	10	100,0	27	100,0
Local desfavorável para o custo dos alimentos	11	64,7	3	30,0	14	51,9
Local favorável para o custo dos alimentos	0	0	3	30,0	4	14,8
Preço como critério de escolha	6	35,3	2	20,0	7	25,9
Preço não influencia na escolha	0	0,0	2	20,0	2	7,4
Percepção sobre higiene e segurança dos alimentos e dos estabelecimentos de venda de alimentos	11	100,0	18	100,0	29	100,0
Estabelecimentos insatisfatórios para a higiene e segurança dos alimentos	5	45,5	8	44,4	13	44,8
Preocupação com a higiene segurança dos alimentos	6	54,5	10	55,6	16	55,2

Cluster 1: indivíduos que vivem em ambientes de maior nível socioeconômico e maior acesso a alimentação saudável.

Cluster 2: : indivíduos que vivem em ambientes de menor nível socioeconômico e menor acesso a alimentação saudável.

N = número de indivíduos entrevistados.

n = número de referências para cada tema analisado.

Dentre as referências sobre preço dos alimentos, 64,7% dos indivíduos do cluster 1 descreveram o ambiente como desfavorável em relação ao preço dos alimentos. Eles identificaram o contexto socioeconômico dos locais em que vivem, os quais descreveram como bairros nobres, onde vivem pessoas de alto poder aquisitivo, e desta realidade perceberam que há uma boa variedade na oferta de alimentos, porém os preços são altos, correspondentes à caracterização de renda média destes locais. Do conhecimento prático, representam que o custo elevado é uma barreira para a aquisição de alimentos para pessoas de menor poder aquisitivo nestes bairros e que, portanto, há que se buscar alternativas, como pesquisar e procurar por ofertas e preços menores ou adquirir esses itens fora desses bairros. Estas percepções sobre o preço elevado se referem tanto à aquisição de alimentos para consumo no domicílio quanto aos alimentos oferecidos em restaurantes, como mostram os trechos dos discursos a seguir. Entre os indivíduos do cluster 2, ocorreram apenas 3 referências descrevendo estes mesmos aspectos.

Referências

Cluster 1: indivíduos que vivem em ambientes de maior nível socioeconômico e maior acesso à alimentação saudável

Categoria: Percepção sobre o custo dos alimentos

Indicador: Local desfavorável para o custo dos alimentos

C1H: *“Aqui, para fazer compras você tem que sair um pouco, tipo no [Mercado de bairro], **porque o bairro aqui é caro. Tudo aqui é caro.** Tem que sair para, tipo, o Largo do Pinheiros ou lá na Lapa. É, aqui é*

caro. Ou promoções no [Hipermercado de rede A], porque aqui é muito caro. Mas não é muito longe, não. Na boa, normal. Continua no bairro, em Pinheiros. Tem o deslocamento. Um quilômetro, mais ou menos, para lá, em Pinheiros, uns dois quilômetros, não é? **Aqui nas proximidades tem muita variedade, mas aí você tem que pesquisar. O preço, aí você tem que pesquisar.** Tem que procurar. **Restaurantes, por exemplo, tem que procurar, porque no bairro é caro, aqui é muito caro. Tem que sair um pouco, afastar.** Aí você pede comida fora e você nem conhece o local. Não sabe nem de onde vem, você sabe que é daqui do bairro, mas você não conhece direito, pelo telefone, conhece. Existe, mas não é para a população.” (Homem, cluster 1)

C1C: “Os locais são ótimos, não é muito bom o preço, porque aqui é um bairro de rico (...)”

“Aí não, aí eu já não aconselho, porque eu, **para levar para minha casa, preciso pegar no dia da promoção.** Para mim, no meu supermercado, porque você sabe, **supermercado de bairro é fogo em dia de domingo, porque todo mundo trabalha, de domingo está a fila virando o quarteirão dentro do açougue.** Aí, às vezes eu vou aqui, não, vou levar um queijinho, uma coisinha, então eu já compro naquele dia. São produtos que não vão vencer de uma hora para outra, então eu compro no dia da semana que está mais barato, para levar para minha casa, **porque um pobre, para sobreviver aqui, ele não sobrevive não.** Os preços são mais salgados, mas tem de um tudo. Variedade tem, de carne, peixe e atum. Você encontra do camarão ao robalo, então tem de tudo, minha filha, é só ter dinheiro e tem de tudo.” (Mulher, cluster 1)

Outras referências que reforçaram a percepção dos indivíduos do cluster 1 sobre o custo dos alimentos foram categorizadas em “Preço como critério de escolha”. A maior parte destas referências diz respeito às escolhas das refeições realizadas fora de casa, elencando o preço como um fator considerado na

decisão pelo estabelecimento para o consumo alimentar. É importante pontuar que as percepções sobre os locais desfavoráveis ao custo e sobre este ser critério de escolha alimentar foram enunciadas, principalmente, por indivíduos que apenas trabalham nos locais avaliados. Por residirem em outros locais, além de possivelmente apresentarem nível socioeconômico diferente dos habitantes do bairro em que trabalham, estes indivíduos possuem outras referências sobre o custo dos alimentos, possibilitando a comparação e a constatação desta realidade. Além disso, pela necessidade de realizarem rotineiramente as refeições fora do lar, gera-se um gasto a ser incluído no orçamento o que, por vezes, cria a necessidade de elaboração de estratégias, como a de trazer a comida de casa.

Referência

Cluster 1: indivíduos que vivem em ambientes de maior nível socioeconômico e maior acesso à alimentação saudável.

Categoria: Percepção sobre o custo dos alimentos.

Indicador: Local desfavorável para o custo dos alimentos.

C1D: *“Realizo refeições fora de casa de três a quatro vezes por semana, porque nas segundas-feiras eu trago o almoço. Em restaurante lanchonete, porque eles servem as duas coisas. **O que a gente olha é o preço.** Vamos supor, um comercial aqui na esquina você paga R\$11,00, se você descer na esquina que tem um restaurante, não é tanto self service, eu acredito que se eu for lá almoçar, o prato que eu como aqui eu gasto R\$11,00 lá vai sair na faixa de R\$ 22,00. É o preço.”* (Mulher, cluster 1).

Estudo realizado por BATALHA (2005), constatou que os indivíduos, nos diferentes níveis de renda, classificam os preços de certos produtos alimentícios como caros, de forma que o preço e a renda, em conjunto com outras variáveis, influenciam as decisões de compra.

Alguns estudos mostram que, para famílias de menor renda, o custo pode ser uma barreira para o consumo alimentar saudável recomendado nos guias alimentares (INGLIS et al., 2009; CASSADY et al., 2007). Por exemplo, para as famílias norte-americanas de baixa renda, seria necessário empregar de 43% a 70% do orçamento alimentar em frutas e verduras, o que representaria um aumento de 200% a 400% nesse gasto (JETTER et al., 2006).

No Brasil, uma análise sobre os dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares, indicou que a obtenção de alimentos pelas famílias sofre influência dos preços, de forma que as famílias de menor renda necessitariam aumentar sua despesa real com alimentos em 58,1%, no intuito de atingir as recomendações nacionais de consumo, comprometendo a renda familiar em 145%. Sobre o padrão de compras, identificou-se aquisição excessiva de óleos, gorduras e sementes oleaginosas; açúcares e doces; carnes e ovos em todas as situações estudadas, em paralelo a uma obtenção insuficiente de frutas e sucos de frutas; leite e derivados; cereais, tubérculos, raízes e derivados; legumes e verduras (BORGES et al., 2015).

O gasto com alimentação geralmente é o item mais flexível do orçamento familiar. Consequentemente, quando há restrições financeiras, os alimentos mais saudáveis, como as frutas e os vegetais tendem a ser negligenciados,

dando lugar às opções de maior densidade energética (DREWNOWSKI E SPECTER, 2004).

Com o objetivo de investigar os mecanismos inerentes às variações de renda na alimentação, INGLIS et al. (2009) conduziram um estudo quase-experimental e avaliaram o orçamento familiar disponível para alimentação entre mulheres de maior e menor renda. Entre o estrato de menor renda, encontraram maiores restrições relativas aos custos para as escolhas de compras de alimentos. As mulheres de renda maior escolheram maiores proporções de alimentos de categoria saudável e menos alimentos não saudáveis. No entanto, quando tiveram reduções em seus orçamentos, as mulheres do grupo mais favorecido não souberam como ajustar os seus comportamentos de compras. Porém, a renda não atuou como fator isolado para uma alimentação menos saudável. Fatores como as preferências familiares, o maior tempo necessário para compras e o preparo dos alimentos saudáveis e a qualidade e frescor dos produtos disponíveis podem ser elementos importantes nas escolhas alimentares das mulheres.

As questões sobre higiene e segurança dos alimentos também figuraram entre as percepções dos indivíduos como um fator de influência na escolha de estabelecimentos ou alimentos para o consumo, indicando uma característica relacionada à qualidade dos alimentos e à alimentação saudável.

Considerou-se a categoria nativa “Higiene e segurança dos alimentos e dos estabelecimentos de venda de alimentos”, para a qual dois indicadores foram estabelecidos segundo os conteúdos dos discursos: “Estabelecimentos insatisfatórios para a higiene e segurança dos alimentos” e “Preocupação com a higiene e segurança alimentar”. Este não foi um aspecto mensurado no eixo de

auditoria do ambiente da pesquisa ESAO-SP, pois não compunha o quadro investigativo. Por isso não se dispõe de dados para que se possa estabelecer alguma relação entre o aferido e o percebido. Porém, sendo este um tema que emerge espontaneamente do empírico e que se relaciona com o processo de escolhas alimentares, julgou-se importante acrescentá-lo no escopo de representações sociais sobre o ambiente alimentar.

Para este tema, houve uma distribuição uniforme das categorias em ambos os clusters, pois em aproximadamente metade das referências, os indivíduos reconheceram, nos bairros em que viviam, estabelecimentos desfavoráveis para higiene e segurança alimentar (cluster 1 = 45,5%; cluster 2 = 44,4%) ou apresentaram preocupação com a higiene (54,5%; 55,6%). Sobre os estabelecimentos reconhecidos pelos indivíduos como desfavoráveis, há referências principalmente a bares e lanchonetes, são mencionados também padarias, quitandas, mercados, açougues e restaurantes tipo *self-service*. A identificação de serem ambientes desfavoráveis no quesito de higiene e segurança dos alimentos é construída a partir de experiências pessoais anteriores com alimentos contaminados nos próprios estabelecimentos ou pela observação das condições inadequadas de higiene e conservação dos alimentos e dos estabelecimentos, associadas a conhecimentos prévios sobre a qualidade e os cuidados com os alimentos, a fim de que estes sejam seguros, como exemplificado nos trechos a seguir.

Referências

Cluster 1 – indivíduos que vivem em locais de maior nível socioeconômico e maior acesso a alimentação saudável.

Categoria: Percepção sobre higiene e segurança dos alimentos e dos estabelecimentos de venda de alimentos.

Indicador: Estabelecimento desfavorável para higiene e segurança dos alimentos.

C1M: *“Eu acho que alimentos saudáveis só na feira mesmo, que vem do Ceasa, porque **no mercado tem coisas estragadas na prateleira** e eu nem pego. Alface que o [nome do companheiro] gosta de comer, eu não compro no supermercado, porque muitos estão estragados, **eles deixam muito tempo, mais de duas semanas nas prateleiras**, então não acho legal.”* (Mulher, cluster 1)

C1N: *“**Tem padarias irresponsáveis, em relação à quantidade de óleo que se utiliza, a higiene, os preparos.** Tem estabelecimentos assim hoje que eu não indicaria e, certamente, eu não frequentaria. Aqueles tipos buffets, self-services, **você percebe que ainda falta higiene, falta principalmente detalhes com a conservação**, como nos dias de hoje mesmo, muito quente, as comidas ficam lá expostas mais de uma hora, uma hora e meia, esse tipo de coisa, por conta da correria do sistema, as pessoas acabam pecando nesse quesito. Temos grandes opções, grandes restaurantes, grandes não, muitos restaurantes nos grandes centros que lidam com a comida de forma, principalmente na conservação e na exposição, irresponsável.”* (Homem, cluster 1)

Os conhecimentos sobre a segurança dos alimentos são reafirmados na categoria “Preocupação com a segurança dos alimentos”, em que os indivíduos associam a qualidade higiênico-sanitária com alimento saudável. Eles se utilizam deste conhecimento como critério para classificar estabelecimentos e alimentos

em boas condições de higiene, como um fator decisivo na escolha alimentar, tanto nas opções de aquisição de alimentos para o preparo no lar, como para as refeições feitas fora de casa.

Referência

Cluster 1: indivíduos que vivem em locais de maior nível socioeconômico e maior acesso a alimentação saudável.

Categoria: Percepção sobre higiene e segurança dos alimentos e dos estabelecimentos de venda de alimentos.

Indicador: Preocupação com a higiene e segurança dos alimentos.

C10: “(...) **você encontra nesses mini-mercadinhos, esses açougues, a gente até sente pelo cheiro, você entra em um ambiente e já sabe quais são os cuidados com os produtos.** Eu fui no mercadinho hoje mesmo aqui, e eu estava observando, tem alimentos que eles teriam que tirar do ponto de venda, está sem condições de venda, e aquilo acaba passando para os outros. Eles têm que ter um cuidado, todos os dias ter uma pessoa ali para cuidar do alimento. Fui comprar uma abobrinha e pela cor, eu já falei: não esse aí já está passado, não adianta você levar para casa para comer. Agora, as pessoas que não conhecem acabam levando. **A higienização ainda é bem ruim nesses supermercados. Eles não cuidam do alimento, deveriam cuidar mais do alimento perecível, dar mais atenção do que o que vem embalado, porque o embalado está sendo protegido.** Você pode passar em qualquer supermercado, as gôndolas estão bonitinhas, eles estão lá tirando o pó, bonitinho, agora, você passa no hortifruti, nos congelados, está muito feio. **Se você for a fundo mesmo estão estragados e um produto estragado, passa para os demais, contaminam todos os outros.**” (Mulher, cluster 1)

Referência

Cluster 2: indivíduos que vivem em locais de menor nível socioeconômico e menor acesso a alimentação saudável.

Categoria: Percepção sobre higiene e segurança dos alimentos e dos estabelecimentos de venda de alimentos.

Indicador: Preocupação com a higiene e segurança dos alimentos.

C2S: *“Meu marido é um pouco chato com isso, então, quando a gente está na rua, ele prefere que a gente pare num restaurante, em um lugar mais adequado, não em barraquinha, a gente evita isso. A gente vê tanta coisa, então eu evito, não paro em lugar nenhum para estar comprando nada. **É de higiene, a falta de higiene. A gente vê muita coisa, não generalizando, não é que são todos, mas enfim, todos acabam pagando. Então, os lugares mesmo, muita poluição, o ambiente, por estar ali na rua já é meio duvidoso, eu prefiro não, aqui não.**”* (Mulher,

O interesse dos consumidores pelas questões relacionadas à segurança dos alimentos tem sido crescente. ANDRADE et al. (2013) conduziram um estudo com grupos focais em duas cidades brasileiras, os entrevistados revelaram bastante interesse pelas questões de higiene e segurança dos alimentos, mencionando preocupações com os riscos de intoxicação, além da preocupação de contaminação por agrotóxicos. Todavia, identificaram as frutas (sem agrotóxicos) e os legumes como alimentos seguros.

A higiene e segurança de frutas e hortaliças foram relatados como barreira para o consumo entre os entrevistados no estudo realizado por NAGO et al. (2013). Uma outra pesquisa mostrou que aqueles que estavam menos preocupados com a higiene tiveram o menor consumo deste grupo de alimentos (TAYLOR et al., 2012). Considerando o potencial risco de contaminação e a necessidade de cuidados específicos com a higiene destes alimentos, principalmente por serem muitas vezes consumidos crus (BERGER et al., 2010), os aspectos higiênicos sanitários podem ser limitadores para o consumo, principalmente fora de casa. No entanto este assunto não está suficientemente explorado na literatura.

Entre os indivíduos deste estudo a questão da higiene e segurança surge como um fator bastante considerado nas percepções sobre o ambiente alimentar, tanto nos locais de compra para consumo no domicílio quanto nos restaurantes e outros estabelecimentos com alimentos prontos para o consumo, mas não há menções específicas que possam ser relacionadas ao consumo de frutas e hortaliças.

Com a finalidade de sintetizar os achados em relação às percepções sobre o ambiente alimentar, no quadro 4 estão apresentadas as representações sociais desta temática. Observa-se nos dois clusters, a percepção de que o acesso à feiras e supermercados é favorável e por isso a aquisição de alimentos em variedade é possibilitada, exemplo disso é a aquisição de frutas, legumes e verduras que é sustentada pela boa oferta destes alimentos em diversos estabelecimentos (representações 1 e 3). De forma geral, os indivíduos perceberam que estes locais eram bem abastecidos em equipamentos que possibilitam o acesso a todos os tipos de alimentos, caracterizando ambientes

alimentares favoráveis, capazes de suprir as necessidades de alimentação (representação 5).

Porém, para os indivíduos do cluster 2, também ocorreram representações divergentes, identificando a insuficiência no acesso a equipamentos como feiras, sacolões e supermercados (representações 2 e 4), revelando que as diferenças regionais sobre o abastecimento em alimentação foram percebidas pelos moradores ou trabalhadores dos locais avaliados.

As características desfavoráveis sobre o ambiente alimentar também foram identificadas entre os dois clusters (representação 6). No cluster 1, onde há melhor ambiente alimentar e nível socioeconômico, é possível que os indivíduos tivessem maior senso crítico na avaliação sobre o acesso à alimentação saudável, também atrelado ao fato de terem apresentado um consumo alimentar de melhor qualidade, caracterizado pela maior ingestão de frutas e hortaliças e menor ingestão de ultraprocessados, quando comparados aos indivíduos do cluster 2. No cluster 2, as descrições desfavoráveis sobre o ambiente alimentar se relacionam as características medidas por observação direta.

Os indivíduos do cluster 1 também identificaram que nestes locais de maior nível socioeconômico, o custo dos alimentos é maior, não sendo acessível para todas as pessoas que se utilizam do bairro (representação 8).

Por fim, emergiu dos discursos a categoria “Percepção sobre higiene e segurança dos alimentos”, que indicou que os sujeitos valorizam este aspecto entre os atributos de qualidade da alimentação, avaliando os estabelecimentos e os alimentos sob este quesito ao realizarem escolhas alimentares.

Quadro 4 – Representações sociais: as percepções sobre o ambiente alimentar, de acordo com os clusters. ESAO-SP, São Paulo, 2012.

CATEGORIA	REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	CLUSTERS
Acesso à feiras e sacolões	1. No bairro tem feiras e nas feiras tem bastante oferta, variedade e qualidade de frutas, verduras e legumes, são bons locais para comprar estes alimentos.	Cluster 1 Cluster 2
	2. No bairro faltam estabelecimentos como sacolões ou feiras de boa qualidade que pudessem facilitar a compra de alimentos <i>in natura</i> .	Cluster 2
Acesso a mercados e supermercados	3. No bairro tem supermercados que permitem comprar os alimentos em variedades e opções de preços.	Cluster 1 Cluster 2
	4. Tem pouco acesso a supermercados, eles estão distantes e nem sempre a qualidade, variedade e preço são bons.	Cluster 2
Características favoráveis do ambiente alimentar	5. O bairro é suficiente para suprir as necessidades alimentares, pois possibilita o acesso a todos os tipos de alimentos, oferecendo variedade de tipos de estabelecimentos.	Cluster 1 Cluster 2
	6. O ambiente alimentar é desfavorável pois há oferta excessiva de alimentos não saudáveis, como frituras e doces, por estabelecimentos como bares, lanchonetes e mercearias. E também pela falta de acesso a alimentos saudáveis como frutas, legumes e verduras.	Cluster 1 Cluster 2
Local desfavorável para o Custo	7. Em bairros nobres, de alto poder aquisitivo, os preços dos alimentos são altos, por isso quem tem renda menor precisa buscar ofertas ou comprar fora do bairro.	Cluster 1
Percepção sobre higiene e segurança dos alimentos e dos estabelecimentos de venda de alimentos	8. Existem estabelecimentos que não tem o devido cuidado com a higiene dos alimentos. O cuidado, a qualidade e a higiene dos estabelecimentos e dos alimentos são importantes nas escolhas do que consumir ou onde comprar.	Cluster 1 Cluster 2

Cluster 1: indivíduos que vivem em locais de maior nível socioeconômico e maior acesso a alimentação saudável.

Cluster 2: indivíduos que vivem em locais de menor nível socioeconômico e menor acesso a alimentação saudável.

5.3 - FRUTAS E HORTALIÇAS: PERCEPÇÕES SOBRE DISPONIBILIDADE, BARREIRAS E MOTIVADORES PARA CONSUMO

A disponibilidade de frutas e hortaliças foi mensurada nos equipamentos auditados para o ESAO-SP. Em todos os locais onde vivem os indivíduos do cluster 1 havia disponibilidade, porém para 5 indivíduos do cluster 2 (17,2%) estes alimentos não estavam disponíveis. A percepção sobre a disponibilidade e os fatores relacionados ao consumo de frutas e hortaliças estão apresentados na tabela 6. Na análise de conteúdo sobre a percepção da disponibilidade de frutas e hortaliças no bairro, esta foi um pouco maior entre os indivíduos do cluster 1 (cluster 1 = 68,4%; cluster 2 = 56,3%), no entanto, esta diferença entre os clusters foi menor se comparada às diferenças nas percepções sobre o acesso aos estabelecimentos de comércio destes alimentos.

Em geral, os discursos nos dois grupos referem-se a uma oferta suficiente de frutas e hortaliças, e associam principalmente os supermercados e feiras como os locais onde se pode comprar estes alimentos, com menção também às quitandas, frutarias e barracas de rua (que não fazem parte das feiras livres), como equipamentos disponíveis nos bairros para esse fim. A seguir estão alguns trechos de referências à disponibilidade favorável de frutas e hortaliças nos clusters 1 e 2.

Tabela 6 – Percepção sobre disponibilidade, barreiras e motivações para o consumo de frutas e hortaliças e alimentos processados, segundo a estratificação por clusters. ESAO-SP, São Paulo, 2012.

	Cluster 1 (N = 19)		Cluster 2 (N = 29)		TOTAL (n = 48)	
	n	%	n	%	n	%
Percepção sobre a disponibilidade de frutas e hortaliças	19	100,0	32	100,0	50	100,0
Ambiente favorável à disponibilidade	13	68,4	18	56,3	31	62,0
Ambiente desfavorável à disponibilidade	6	31,6	14	43,8	19	38,0
Fatores relacionados ao consumo de frutas e hortaliças (FH)	27	100,0	30	100,0	57	100,0
<i>Barreiras para o consumo de FH</i>	<i>10</i>	<i>37,0</i>	<i>8</i>	<i>26,7</i>	<i>18</i>	<i>31,6</i>
Gosto	4	14,8	3	10,0	7	12,3
Falta de Hábito	3	11,1	3	10,0	6	10,5
Custo	2	7,4	2	6,7	4	7,0
Falta de disponibilidade	1	3,7	0	0,0	1	1,8
<i>Motivações para o consumo de FH</i>	<i>17</i>	<i>63,0</i>	<i>22</i>	<i>73,3</i>	<i>39</i>	<i>68,4</i>
Saúde	8	29,6	9	30,0	17	29,8
Gosto	4	14,8	8	26,7	12	21,1
Hábito	5	18,5	4	13,3	9	15,8
Acesso e disponibilidade	0	0,0	1	3,3	1	1,8

Cluster 1: indivíduos que vivem em locais de maior nível socioeconômico e maior acesso a alimentação saudável.

Cluster 2: indivíduos que vivem em locais de menor nível socioeconômico e menor acesso a alimentação saudável.

N = número de indivíduos entrevistados.

n = número de referências para cada tema analisado.

Referências

Cluster 1: indivíduos que vivem em locais de maior nível socioeconômico e maior acesso a alimentação saudável.

Categoria: Disponibilidade de frutas e hortaliças.

Indicador: Ambiente favorável à disponibilidade favorável de frutas e hortaliças.

C1C: *“A oferta de frutas, verduras e legumes é muito boa, principalmente se a gente tiver bastante tempo, **porque tem o dia da oferta. Se você tem tempo e dinheiro no dia da oferta, aí você vai lá e compra.** Principalmente, hoje é o dia da oferta desse supermercado aqui, então frutas e legumes, tudo bem mais barato que nos outros dias. De encher o sacolão. Para você encher o sacolão, mas não pode deixar de levar a sacolinha. Costumo frequentar. Fazer economia um pouquinho também.”* (Mulher, cluster 1)

C1J: *“**É tem a quitandinha aqui da vizinha, que é fácil, é bem fresquinho e eu gosto.** No mercado perto de casa é difícil comprar frutas e verduras, às vezes, está abastecido, às vezes não está. É complicado. E no mercado do mês, sempre tem tudo fresquinho também. Frequento a quitandinha é toda semana, faço a feirinha dos meninos, a minha...”* (Mulher, cluster 1)

C1K: *“**Tem facilidade para encontrar frutas e legumes no mercado e na feira, uma vez na semana temos a feira aqui no bairro e no mercado também tem bastante frutas e legumes variados.** Não tem dificuldade, você encontra sim, no bairro tem a feira, temos o mercado também que abastece o bairro. Eu costumo frequentar. Na sexta feira eu faço uma feirinha também, fruta, melancia, banana, essas coisas eu compro.”* (Homem, cluster 1)

Referências

Cluster 2: indivíduos que vivem em locais de menor nível

socioeconômico e menor acesso a alimentação saudável.

Categoria: Disponibilidade de frutas e hortaliças.

Indicador: Ambiente favorável à disponibilidade favorável de frutas e hortaliças.

C2A: *“Encontra alimentos saudáveis. Tem o supermercado também, nem lembro o nome, nem sei o que tem, sei que quando você vai lá, **as frutas, as coisas, parecem que são tudo de primeira. Então, às vezes, a gente nem está pensando em levar, e leva.** Eu mesmo já comprei várias vezes lá. Teve um dia que eu estava passando lá e comprei batatinha, comprei mamão, comprei melancia, tudo coisa que parece que foi tirada do pé agora. Aí eu levei, saí com sacola, até me arrependi nesse dia, porque eu cheguei em casa lotado. Mas eu comprei porque eu achei bonito, mas lá eu gosto, sempre compro. É como eu falei, só tem supermercado lá, que eu passo lá de vez em quando, e lá tem de tudo. **Tudo quanto é fruta tem, você não encontra uma fruta que tenha um machucadozinho, então para mim, é coisa de primeira.** Lá tem aquelas frutas que não tem nenhum arranhãozinho. Tem outros que tem aquelas prateleiras lá.... Esse aí não, é tudo bem limpinho, organizado, isso dá gosto de a gente comprar.”* (Homem, cluster 2)

C2B: *“**Faço questão de frequentar uma frutaria que vende muito abacaxi, melancia, melão, tudo fatiado.** Lá você come a fatia. É pronta para o consumo, vende em fatias, você paga R\$ 1,00, R\$ 2,00 a fatia da fruta e come, em vez de você comer um salgado, igual eu*

comia muito, vou lá e como uma fruta, pedaço de fruta. Mais barato e mais saudável, um lugar desse eu recomendo. E deveria ter mais pontos assim, aqui não tem. Não sei se você vê, tinha na rua os camelôs, os carrinhos, isso daí é bom, só que não pode, é contra a lei, então **se tiver uma frutaria assim, vale a pena. Saudável.** É, mas na frutaria tem uma pia, tem guardanapo, tem uma faca para você cortar um pedaço de alguma fruta que você não quer, tudo isso. É, só uma, só tem uma aqui no bairro. E é bastante movimentado. As pessoas procuram, porque antes ele ficava na rua, ele era um camelô, aí ele alugou um ponto e teve essa ideia, aí ele traz só fruta boa e vende num preço bom. R\$ 1,00 um pedaço de melão, R\$ 1,00 um pedaço de abacaxi, R\$ 2,00 uma melancia. Uma melancia, você come, é quase um almoço, me enche bastante a barriga. E a procura, é como se fosse um restaurante lá, a procura é muita. Aqui perto. ” (Homem, cluster 2)

C2D – “É, a minha necessidade o bairro atende. Acho tudo o que eu preciso, tudo o que eu quero. Se eu pensar em uma coisa, eu vou e acho. **A oferta de verduras e legumes é farta. Farta mesmo, não é “farta” tudo não. Farta; é farta. É muito. Tem, olha, muito. Todo tipo, vários lugares, na feira, no supermercado. Aí eu procuro o melhor na feira, o melhor no supermercado, frutas e legumes e verduras.** Eu acho que é bem distribuído. Aqui no meu bairro é.” (Mulher, cluster 2)

C2L: “**No bairro tem algumas quitandas, tem sacolões...** Às vezes, na Avenida Principal também tem aquelas barraquinhas que o pessoal coloca para vender frutas, verduras, que tem algumas pessoas que adquirem ali. **Então eu acho que tem uma variedade boa, uma quantidade boa de oferta também.** Então, geralmente eu vou ao sacolão a cada dez dias. **Eu não compro muita coisa de uma vez para não estragar, então eu vou a cada dez dias e faço uma comprinha de sacolão.** ” (Mulher, cluster 2)

A incorporação sobre a forma como conhecem e compreendem as características do ambiente alimentar relacionadas à disponibilidade de frutas e hortaliças está refletida em algumas ações dos sujeitos sobre os seus hábitos de aquisição de alimentos. Por exemplo, eles fazem referências ao dia semanal de oferta de preços dos itens hortifrutícolas nos supermercados, já incorporado à rotina dos indivíduos, como uma boa oportunidade de aquisição destes itens.

Outros aspectos das práticas de compra de frutas e hortaliças são identificados nas falas, mencionando-se como se dá a frequência e preferência aos estabelecimentos, além de algumas motivações para a aquisição, salientando as ações inter-relacionadas ao conhecimento estabelecido sobre o contexto da disponibilidade dos alimentos.

Na figura 4, apresenta-se um esquema de associação da percepção que o sujeito retém do ambiente (objeto) à ação resultante (efeito), podendo-se estabelecer o elo entre as motivações derivadas do ambiente e a prática de aquisição de frutas e hortaliças. Entre as motivações que emergem a partir da percepção dos indivíduos sobre as características do ambiente, destacaram-se o preço e a qualidade como fatores que influenciam as práticas de compra, assim como o acesso e a variedade (fartura) também contribuem para a escolha dos locais de aquisição de frutas, verduras e legumes.

Figura 4 – Percepções, motivações e ações dos indivíduos sobre a disponibilidade favorável de frutas e hortaliças, segundo a estratificação por clusters. ESAO-SP, São Paulo, 2012.

Cluster 1: indivíduos que vivem em locais de maior nível socioeconômico e maior acesso a alimentação saudável.

Cluster 2: indivíduos que vivem em locais de menor nível socioeconômico e menor acesso a alimentação saudável.

DURAN et al. (2015b) demonstraram que, especialmente entre indivíduos de menor renda, a maior densidade de supermercados e de estabelecimentos especializados em alimentos *in natura*, como as feiras e sacolões, associa-se ao consumo regular de frutas e hortaliças. A proximidade a supermercados e sacolões também é relacionada positivamente a este consumo. Os supermercados e os sacolões auditados na pesquisa de DURAN et al. (2015a) ofereceram quatro vezes mais disponibilidade deste grupo de alimentos do que as mercearias locais. No entanto, as pequenas mercearias são mais comuns nos bairros de baixo nível socioeconômico, podendo afetar a aquisição e o consumo de alimentos (DURAN et al., 2013; JETTER et al., 2006).

Os ambientes desfavoráveis para a disponibilidade de frutas e hortaliças foram reconhecidos pelos indivíduos do cluster 2 (43,8%) mais do que pelos do cluster 1 (31,6%). A respeito destas percepções, algumas observações relativas aos indivíduos e aos ambientes são importantes para ampliar a compreensão dos contextos e significados aqui apresentados.

Dentre 19 referências (38% do total de referências nesta categoria) provindas de 11 indivíduos que identificaram a indisponibilidade de frutas e hortaliças, cinco foram referidas por entrevistados que moram em um mesmo setor censitário, agrupados no cluster 2 e cujo indicador de acesso a alimentos saudáveis em estabelecimentos de venda (HFSI) foi zero. Ademais, a disponibilidade do grupo de alimentos em questão foi negativa. Portanto, a percepção dos destes indivíduos pesquisados é coerente ao ambiente aferido.

As outras referências sobre ambientes desfavoráveis foram enunciadas por indivíduos que estão em locais cuja disponibilidade de frutas e hortaliças foi aferida como positiva e o indicador HFSI teve variação de 2,18 a 5,6. Sobre as

características da relação desses indivíduos com o ambiente, notou-se que cinco deles trabalham, mas não residem no local avaliado. Este pode ser um viés para a percepção sobre a disponibilidade de frutas e hortaliças. É possível que aqueles que apenas trabalham no ambiente apresentem uma menor interação com os equipamentos de venda de frutas e hortaliças em comparação a quem mora no local. Para tanto, deve-se considerar que os equipamentos de venda, tais como supermercados e quitandas, foram prioritariamente referidos ao se tratar do acesso a estes alimentos, ocorrendo apenas uma referência aos restaurantes. O não consumo regular de frutas e hortaliças foi observado em cinco destes sujeitos que não identificaram a disponibilidade, e o fato de não terem esse hábito pode estar relacionado com a não percepção.

A seguir, estão apresentados alguns enunciados dos indivíduos que indicaram a percepção desfavorável sobre a disponibilidade de frutas e hortaliças.

Referências

Cluster 2: indivíduos que vivem em locais de menor nível socioeconômico e menor acesso a alimentação saudável.

Categoria: Disponibilidade de frutas e hortaliças.

Indicador: Ambiente desfavorável à disponibilidade favorável de frutas e hortaliças.

C11: ***“Tenho dificuldades só para comprar frutas, achar fruta boa é muito difícil, mas o restante é tranquilo, mas as frutas é meio complicado. Geralmente não é de acordo com que a gente quer. Geralmente não satisfaz, a fruta vem com qualidade inferior, ruim. Muito***

ruim. Costumo comprar no supermercado. De oferta, frutas, legumes e verduras não tem, vou lá comprar quando eu gosto, eu acho que o produto está bom, compro, não vou atrás de oferta, normalmente eu não reparo nisso e quando é **oferta geralmente não está bom o produto então eu não compro não**. Como que é a disponibilidade de verduras e legumes? **É escasso, tem pouco, não tem muita opção. Geralmente tem que ir fora comprar os produtos....** Têm algumas coisas eu compro fora quando aparece algum produto bom eu compro. Não tem muito o que fazer. ” (Homem, cluster 1)

C2K: “Não costumo comprar os alimentos aqui no bairro. **Especialmente na parte de feira, verduras, hortifruti aqui não tem.** Na verdade, nós temos uma feira, que é até aqui mesmo do lado do CIC, aos domingos, mas é uma feira muito pequena que você encontra o básico, laranja, alface, tomate.... **Se você quer alguma coisa diferenciada, você tem que estar saindo fora do bairro. Durante a semana não tem lugar que venda nenhum tipo de verdura**, se você precisar de um tomate, uma alface não tem, o máximo que você vai achar é cebola e batata. ” (Mulher, cluster 2)

C2Q: “Na parte de verdura e legumes tem um rapaz que ele tem um mercadinho pequeno, eu te falei que é tudo amontoado, mas tem de tudo, isso que eu estou falando, muitas caixas e caixas no espaço, se tivesse um espaço maior... **Só neste estabelecimento que eu te falei.** Mercadinho para mim na pontuação de zero a dez, a facilidade de encontrar isso, eu dou como cinco, porque tem esse cara, porque se não tivesse pode esquecer, não conheço ninguém que tem aqui. Não acho que isso interfere no modo como me alimento, porque esse mercadinho eu vou lá, às vezes, **compro do feio, um pouquinho verde eu vou ter que esperar amadurecer, mas fora isso é questão de tempo.**” (Homem, cluster 2)

Na análise sobre as reações dos sujeitos para o não acesso aos alimentos nos locais em que vivem, buscou-se a compreensão sobre os processos associados à superação destas barreiras. Ou seja, a partir da realidade vivida, emergem das falas destes indivíduos a identificação de obstáculos ao acesso às frutas e hortaliças, fato que os compele a agir elaborando estratégias, como a de sair de seu bairro para adquirir os alimentos, tais expedientes visam suplantar essas dificuldades e revelam o desenrolar de um processo cuja força motriz é a autonomia.

As representações acerca dos locais desfavoráveis para a disponibilidade de frutas e hortaliças possibilitaram a identificação de algumas barreiras para a aquisição destes gêneros. Na figura 5, esquematizou-se, a partir das falas individuais, como se dão as interações de acordo com cada representação constituída relativa ao acesso a estes alimentos.

Em pesquisa qualitativa realizada com mulheres afro-americanas que viviam em um ambiente alimentar restritivo, as estratégias adaptativas foram mencionadas como importantes atitudes para possibilitar a aquisição de alimentos. Por exemplo, dependendo dos recursos disponíveis, essas mulheres otimizavam a obtenção dos alimentos que desejavam realizando as compras em múltiplos estabelecimentos ou se locomovendo para fora dos bairros de residência (ZENK et al., 2011).

Figura 5 - Percepções, barreiras e reações sobre a disponibilidade desfavorável de frutas e hortaliças nos ambientes em que vivem, para os indivíduos do cluster 2. ESAO-SP, São Paulo, 2012.

Cluster 2: indivíduos que vivem em locais de menor nível socioeconômico e menor acesso a alimentação saudável.

O estudo de BANDURA (1969), citado por MCALISTER et al. (2008), demonstra evidências de que o comportamento humano pode ser modificado e autorregulado, considerando que as pessoas aprendem a partir dos ambientes em que vivem e se adaptam a eles. O comportamento é um produto do histórico de aprendizados do indivíduo, das suas percepções sobre o ambiente e das suas capacidades intelectuais e físicas, e, portanto, comportamentos são passíveis de

serem manejados. Um mecanismo adotado para a mudança de comportamentos é o aumento da autoeficácia.

A autoeficácia é um fator psicológico comumente avaliado em estudos de comportamento alimentar, que corresponde à confiança sobre si mesmo em relação à sua habilidade para fazer escolhas saudáveis em determinadas situações MCALISTER et al. (2008). A avaliação de autoeficácia decorre do julgamento da habilidade pessoal para desempenhar um comportamento com sucesso, visando um resultado específico, e pode ser um determinante para a mudança de comportamentos em saúde (PAJARES E OLAZ, 2008)

Pessoas com autoeficácia obtêm a motivação e a persistência para alcançar um determinado objetivo, por meio de dois processos: os projetados pelo esforço e perseverança manifestados na conduta adotada, e pelos mecanismos de enfrentamento das dificuldades (PAJARES e OLAZ, 2008). Assim, a autoeficácia inclui a decisão para a ação, como forma do sujeito obter uma melhor qualidade de vida na superação da adversidade. Ela envolve o contexto, a cultura e a responsabilidade coletiva, sendo capaz de responder de diferentes formas ante um fracasso. Alguns indivíduos incutem a necessidade de realizar esforços e desenvolvem novas estratégias, enquanto que outros, diante de um mesmo evento, abandonam seus esforços (BARREIRA e NAKAMURA, 2006).

Alguns estudos mostraram os maiores níveis de autoeficácia associados às práticas alimentares saudáveis, tais como o menor consumo de alimentos ricos em açúcar e gorduras e maior consumo de frutas e hortaliças (CUSATIS e SHANNON, 1996; HAVAS et al., 1998). Um estudo de revisão da literatura

encontrou fortes evidências de que a autoeficácia, o suporte social e conhecimento sejam preditores do consumo de frutas e hortaliças em adultos.

A confiança do indivíduo na sua habilidade para consumir frutas e hortaliças foi a definição de autoeficácia utilizada por ERINOSHO et al. (2012) em pesquisa sobre o ambiente percebido e o consumo deste grupo de alimentos. A partir de um questionário de cinco itens sobre como os indivíduos se sentem confiantes de que podem consumir frutas e hortaliças em diversas situações foi possível avaliar a autoeficácia. Os participantes que perceberam facilidades na obtenção destes alimentos em restaurantes apresentaram maior autoeficácia. Não foram encontradas associações com a percepção sobre o acesso aos alimentos na vizinhança.

Na presente pesquisa, os indivíduos descreveram algumas condutas adotadas para a superação das barreiras de acesso ao consumo de frutas e hortaliças. A autoeficácia se configurou nas percepções individuais como um recurso para reações às características do ambiente.

A autonomia para a adoção de um padrão alimentar saudável engloba questões individuais, mas também é determinada pelas características do ambiente em que se está inserido. As condições externas ao sujeito, de natureza física, econômica, social e cultural, podem interferir no processo das escolhas alimentares. Por exemplo, viver em locais onde há estabelecimentos que comercializam frutas e hortaliças de boa qualidade pode facilitar a escolha alimentar por estes itens, que são marcadores de alimentação saudável. Por outro lado, a oferta disseminada de alimentos ultraprocessados a um custo

menor pode influenciar um comportamento alimentar menos saudável (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014a).

Ao se investigar os aspectos associados ao consumo de marcadores da alimentação saudável (frutas e hortaliças) e não saudável (alimentos ultraprocessados), observa-se a percepção dos sujeitos mais sensível aos fatores individuais em comparação aos fatores do ambiente alimentar, aqui interpretados como facilitadores ou obstáculos para o consumo alimentar, conforme apresentado na tabela 6. Estes discursos ocorreram, principalmente, quando os indivíduos foram perguntados sobre o consumo regular de alimentos e sobre os motivos associados a essa frequência.

As percepções sobre as condições relacionadas ao consumo de frutas e hortaliças foram semelhantes entre os clusters 1 e 2, de forma que os sujeitos reconhecem mais motivações (cluster 1 = 63,0%, cluster 2 = 73,3%) do que barreiras (cluster 1 = 37,0%, 26,7%), conforme mostrado na tabela 6. As principais barreiras identificadas para o consumo de frutas e hortaliças foram o gosto e a falta de hábito. A alegação de “não gostar” de verduras, legumes e frutas se coloca como principal obstáculo ao consumo desses alimentos. Essa rejeição está relacionada tanto com os aspectos fisiológicos do paladar, como com os hábitos alimentares desenvolvidos ao longo da vida, de forma que o indivíduo que tem a percepção de não gostar, não inclui estes itens em suas escolhas alimentares. Já a falta de hábito para o consumo está associada com a construção do padrão alimentar no curso de vida e com questões cotidianas que envolvem o consumo, como o preparo e a organização da rotina. O custo elevado destes alimentos e a sua indisponibilidade também foram relacionados como fatores que dificultam o consumo, embora em menor proporção.

As escolhas alimentares são construídas por um sistema normativo imposto ao homem, denominado por FISCHLER (1995) utopia alimentar. Os termos *ração** e *razão* são associados ao custo-benefício da alimentação dentro dos padrões socialmente colocados para a modulação alimentar. Os desejos têm um peso em contraposição às regras. FURST et al. (1996), desenvolveram, a partir de uma pesquisa qualitativa de abordagem construtivista, um modelo do processo de escolha alimentar. Neste modelo, definiram o sistema pessoal como um conjunto de valores negociados e de estratégias definidas para fazer a escolha alimentar, levando-se em conta os aspectos sensoriais, os fatores econômicos, a saúde e nutrição, a conveniência, a organização dos relacionamentos e a qualidade.

No quadro 5, estão representadas as barreiras para o consumo de frutas e hortaliças de acordo com as referências extraídas dos discursos. A partir destes exemplos, nota-se que, mesmo quando as barreiras identificadas não representam diretamente características do ambiente alimentar, os indivíduos percebem as condições dos locais em que estão inseridos e que se associam às possibilidades de consumo. Estas percepções sobre o ambiente ocorreram de duas formas: em contradição ao núcleo central de representação da barreira e em reforço ao obstáculo identificado para o consumo de frutas e hortaliças.

No primeiro caso, destacado nas citações de C1M e C2S, a disponibilidade de frutas e hortaliças é representada de forma positiva, mas, apesar disso, o consumo não ocorre por motivos vinculados ao sujeito, como o não gostar e a falta de recursos financeiros. No segundo caso, a falta de hábito

* Ração se refere à comida.

para o consumo de frutas e hortaliças está reforçada pela relação entre o comportamento alimentar e o ambiente, o costume de comer fora de casa interfere negativamente no consumo de frutas e hortaliças. Este padrão de construção das representações sobre as barreiras e as percepções sobre o ambiente alimentar se repetiram nas demais referências dos indicadores.

Quadro 5 – Referências sobre as barreiras para o consumo de frutas e hortaliças para indivíduos dos clusters 1 e 2. ESAO-SP, São Paulo, 2012.

GOSTO Cluster 1 = 14,8% Cluster 2 = 10,0%	C1M: "Você tem que ter uma alimentação certa. No meu entender seria ter verdura na mesa, salada... e aqui tem. Eu não consumo, porque não gosto mesmo , mas tem facilidade aqui na região de achar tudo isso ." (Mulher, cluster 1)
HÁBITO Cluster 1 = 11,1% Cluster 2 = 10,0%	C2ZA: "Sou devagar em frutas, legumes, muito fraco. Não sei se porque minha vida é meio corrida, e eu me habituei a comer na rua , eu já gosto de arroz, feijão, carne, frutas muito pouco (...)" (Homem, cluster 2)
CUSTO Cluster 1 = 7,4% Cluster 2 = 6,7%	C2S: "Aqui no bairro têm frutas, legumes e verduras. Não é sempre que a gente consegue ter em casa, mas têm sim, disponíveis no bairro , só no sacolão e na feira. Mas acaba saindo caro e eu não tenho dinheiro para ter sempre." (Mulher, cluster 2)

Sobre o estudo das representações sociais, FLAMENT (2001) salienta dois aspectos importantes: O primeiro aponta que um discurso ideológico pode estar em desacordo com uma representação; o segundo assevera que as práticas podem estar em contradição com as representações, surgindo os esquemas estranhos, ou seja, a modificação de comportamentos. É o que se

depreende da percepção do sujeito sobre as barreiras para o consumo de frutas e hortaliças quando ele, mesmo diante da identificação da disponibilidade destes alimentos e do saber disseminado sobre os benefícios à saúde, adota uma prática de não consumir, que, por sua vez, está relacionada a fatores como o gosto, a falta de hábito e a barreira financeira.

Um estudo conduzido por HAYNES-MASLOW et al. (2013), sob a perspectiva do modelo socioecológico de saúde, realizou grupos focais com indivíduos de baixa renda, com a finalidade de compreender as barreiras percebidas, em nível comunitário, para o consumo de frutas e hortaliças. Seis principais barreiras foram identificadas. O custo foi o entrave mais relevante, seguido das dificuldades de transporte para acessar os equipamentos especializados na venda desses produtos. A falta de qualidade também foi mencionada como um fator que impede a aquisição destes itens. A limitada variedade foi outro elemento que não atingiu as expectativas dos entrevistados, dificultando a compra. Estes mesmos aspectos foram, no presente estudo, apresentados como características desfavoráveis do ambiente sobre a disponibilidade de frutas e hortaliças, caracterizando barreiras ao acesso para as quais os sujeitos, no sentido de terem as suas necessidades atendidas, adotam estratégias de superação.

Em outra pesquisa, mulheres afro-americanas que viviam em uma comunidade de baixo nível socioeconômico perceberam múltiplas barreiras para a aquisição de alimentos saudáveis, tais como a carência de supermercados, limitada variedade, baixa qualidade, altos preços. Também foram identificadas dificuldades menos tangíveis como a aglomeração nos locais de compras, a falta de segurança e o atendimento ao cliente insatisfatório (ZENK et al., 2013).

Entre homens holandeses, as barreiras mais frequentemente percebidas para atingir as recomendações de consumo de frutas e hortaliças foram o preço elevado e a falta de apetite para estes alimentos, sendo que nos grupos de menores níveis econômicos o consumo foi menor e as barreiras mais percebidas (DIJKSTRA et al., 2015).

As informações obtidas em grupos focais com 61 homens jovens na Austrália identificaram barreiras para a alimentação saudável. Três fatores merecem destaque: os intrínsecos aos indivíduos, expressos por dificuldades no planejamento e preparo; os logísticos, como acesso e custo e os sociais, que dizem respeito à associação do ato alimentar a situações de convívio, como eventos com amigos, nos quais os alimentos saudáveis são menos comuns (ASHTON et al., 2015).

As barreiras para o consumo alimentar saudável podem ser diversas dependendo das características, sociais e culturais do indivíduo. Elas podem também estar relacionadas às características do ambiente. Uma barreira frequente, no entanto, é o custo dos alimentos. Existe a percepção de que o maior consumo de frutas e hortaliças acarreta em um aumento nos gastos com alimentação e a aquisição destes gêneros depende da disponibilidade de renda.

A dimensão financeira tem implicações no comportamento alimentar, de forma que a renda pode ser considerada um delimitador das escolhas alimentares uma vez que a soma de recursos disponíveis pode permitir ou inviabilizar o acesso aos alimentos (TORAL E SLATER, 2007). Em estudo sobre os determinantes econômicos da obesidade, DREWNOWSKI E SPECTER (2004) mostraram que os padrões de alimentação saudáveis, que incluem frutas,

hortaliças, grãos integrais e carnes magras, são mais caras que a alimentação característica do padrão ocidental, ricas em alimentos gordurosos e doces.

De acordo com BORGES et al. (2015), os fatores econômicos podem exercer influência decisiva na escolha por alimentos saudáveis, como grãos integrais, frutas e hortaliças. Os autores inferem que há um maior gasto com alimentos não saudáveis, ricos em açúcares e gorduras, entre os brasileiros de baixa renda, no entanto, a realocação desse valor para a aquisição de alimentos saudáveis, não seria suficiente para atingir as recomendações dos guias alimentares.

O alto custo dos alimentos frescos e saudáveis se deve a elementos relacionados ao sistema alimentar, como os investimentos, por parte dos produtores e comerciantes, em armazenamento. Por serem altamente perecíveis, os gastos com transporte e o maior desperdício também afetam o preço desses alimentos (YEH et al., 2008).

Alguns fatores foram relacionados como motivações para o consumo de frutas e hortaliças, dentre eles a saúde (cluster 1 = 29,6%, cluster 2 = 30,0%), o gosto (C1 = 14,8%; C2 = 26,7%) e o hábito (C1 = 18,5%; C2 = 13,3%). A disponibilidade destes alimentos foi identificada apenas por um indivíduo como um fator de incentivo ao consumo.

Portanto, a representação social sobre o consumo de frutas e hortaliças é construída pelos indivíduos articulando o significado de que este consumo resulta em benefícios à saúde, ou seja, o conhecimento de que este grupo de alimentos está associado à saúde, ao bem-estar ou a um padrão alimentar saudável é apreendido pelos sujeitos. Isto ocorre por meio das interações humanas de natureza ideológica que, por sua vez, encontram-se associadas a

elementos cognitivos e práticas sociais, sendo afetadas também pela comunicação social. Assim, há um conhecimento disseminado que relaciona a presença de frutas e hortaliças na alimentação a resultados positivos para a saúde e este saber se desenvolve como um agente influenciador das escolhas alimentares dos sujeitos. As referências extraídas dos discursos para esta representação apresentam-se a seguir.

Referências

Cluster 1: indivíduos que vivem em locais de maior nível socioeconômico e maior acesso a alimentação saudável.

Categoria: Motivações para o consumo de frutas e hortaliças.

Indicador: Saúde.

C1E: "Por necessidade, procurar uma alimentação saudável, depois dos 30 tem que se cuidar."

(Homem, C1)

C1J: "Porque faz bem para a saúde, fruta, um legume também faz bem, tenho filho pequeno em casa, e se tem que comprar para ele, compro para todo mundo." (Mulher, C1)

Referências

Cluster 2: indivíduos que vivem em locais de menor nível socioeconômico e menor acesso a alimentação saudável.

Categoria: Motivações para o consumo de frutas e hortaliças.

Indicador: Saúde.

C2B: *"Consumo com muita regularidade, todos os dias, fruta principalmente. Porque eu descobri que é muito saudável. "* (Homem, Cluster 2)

C2D: *"Consumo bastante frutas, legumes e verduras porque eu me sinto bem, porque não é muito calórico."* (Mulher, Cluster 2)

C2U: *"Eu já cheguei a uma idade que eu tenho que comer e realmente fruta, faz muito bem, a gente já sabe que tem que consumir, não sou muito chegada a legumes, mas como, porque precisa."* (Mulher, Cluster 2)

C2M: *"Pelo meu bem-estar e pelo fato de sempre estar malhando, a gente sempre faz a nossa dieta."* (Homem, Cluster 2)

Sobre esta representação, destaca-se o papel da comunicação, que permite a difusão de conceitos e informações relacionados com a formação de opinião. Moscovici explica os fenômenos cognitivos partindo das interações sociais, considerando a importância da comunicação social para a abordagem dos fenômenos cognitivos, tal como o conhecimento, e para as trocas e interações entre os indivíduos e o meio, que contribuem para a instituição de um universo consensual (JODELET, 2001). Assim, observou-se uma motivação para o consumo de frutas e hortaliças atrelada a um saber, um fenômeno cognitivo que ocorre a partir da comunicação social.

A comunicação incide em três níveis. Ao nível em que emergem as representações, as condições como a dispersão, distorção ou focalização das informações que concernem ao objeto, afetam os aspectos cognitivos. Ao nível dos processos de formação das representações, considera-se a interdependência entre a cognição e as suas condições sociais vividas, na perspectiva dos conteúdos, das significações e da utilidade que lhe são conferidas. E no terceiro nível, a influência das dimensões das representações na edificação de condutas, sobre as quais intervêm os sistemas de informação midiática: a difusão é relacionada com a formação das opiniões, a propagação com as atitudes e a propaganda com os estereótipos (JODELET, 2001).

Assim, a comunicação social contribui para a determinação das representações e do pensamento sociais. Tais considerações sobre esta teoria aplicadas ao que concerne às práticas alimentares relacionadas à saúde, trazem a proposição de que as informações sobre o consumo de frutas e hortaliças apontam para um discurso homogêneo que permeia os indivíduos, as instituições e a mídia, salientando os benefícios do consumo de frutas e hortaliças. Esta representação influencia a edificação de condutas, uma vez que forma a opinião do sujeito social e propaga a atitude de escolha e consumo alimentar. Portanto, a disseminação da informação adequada desempenha papel importante na promoção de hábitos alimentares saudáveis.

A maior parte dos indivíduos entrevistados apresentou consumo regular de hortaliças (70,8%) e de frutas (66,7%), e, além da motivação para a promoção da saúde, o gosto e o hábito foram referenciados como moduladores deste consumo. O gostar de consumir frutas e hortaliças ora aparece associado, ora dissociado da representação de benefícios à saúde. O hábito de consumo foi

referido tanto ao hábito cotidiano e, em boa medida involuntário, desenvolvido em decorrência das experiências vividas e transmitidas entre as gerações, como também ao hábito adquirido intencionalmente, neste caso associado aos benefícios à saúde. O quadro 6 apresenta referências que ilustram estas motivações para o consumo de frutas e hortaliças entre os indivíduos dos dois clusters.

O gosto e as suas especificidades são, portanto, um importante componente para o indivíduo no processo de seleção dos alimentos. Para FISCHLER (1995), a dimensão hedônica do gosto compreende a interiorização da informação cultural, alinhada aos padrões culinários. As estruturas culturais da alimentação são transmitidas ao longo da vida, desde a infância, não sendo necessariamente ensinada de pai pra filho, mas por processo de aprendizagem, a partir da observação e assimilação por imitação. Esse processo se repete no cotidiano social e, assim, as preferências alimentares são formadas desde a infância. Considera-se, portanto, que a formação do gosto e, conseqüentemente, das escolhas alimentares é adaptável e suscetível às influências sociais.

Ademais, o gosto tem um componente genético que pode atuar sobre a sensibilidade gustativa, indiretamente sobre a palatabilidade e conseqüentemente sobre as preferências alimentares. Entre os determinantes biológicos do gosto, pode-se considerar a influência do sexo, da fase da vida, da sensibilidade sensorial às substâncias específicas e da palatabilidade (JOMORI et al., 2008).

Cluster 1: indivíduos que vivem em locais de maior nível sócioeconômico e maior acesso à alimentação saudável.
Cluster 2: indivíduos que vivem em locais de menor nível sócioeconômico e menor acesso à alimentação saudável.

Em outros estudos foram fatores de motivação para o consumo alimentar saudável: o conhecimento em nutrição, a preocupação com a saúde e a preocupação com a aparência física. A autonomia na alimentação é também um fator que se destaca como influenciador das escolhas saudáveis (SHEPHERD et al., 2006; ASHTON et al., 2015).

No quadro 7 apresenta-se as representações sociais para as categorias analisadas neste capítulo, relativas às percepções sobre disponibilidade e consumo de frutas e hortaliças. A disponibilidade é percebida como favorável principalmente por indivíduos do Cluster 1, que identificam a facilidade de adquirir estes alimentos nos diversos estabelecimentos do bairro, que são acessíveis (representação 1).

No cluster 2, no entanto, também ocorreram representações divergentes, identificando ambientes desfavoráveis para a disponibilidade de frutas e hortaliças relacionada à insuficiência no acesso a equipamentos como feiras, sacolões e supermercados (representação 2). O reconhecimento de que a falta de estabelecimentos ou de variedade de alimentos e de preços acessíveis prejudicam as práticas de compras e de consumo alimentar enfatiza a percepção sobre as disparidades sociais e ambientais no acesso à alimentação saudável bem como a influência nas práticas alimentares dos indivíduos.

Apesar de reconhecerem as barreiras de acesso a este grupo de alimentos saudáveis, ações no sentido de transpor esses obstáculos são relacionadas pelos indivíduos, de forma que o consumo regular de frutas e

hortaliças é observado entre a maior parte dos entrevistados, motivados principalmente pelos benefícios à saúde (representação 4).

As barreiras pessoais para o consumo de frutas e hortaliças, como o gosto e a falta de hábito também foram enunciadas pelos participantes da pesquisa (representação 3).

Quadro 7 – Representações sociais sobre a disponibilidade, barreiras e motivações para o consumo de frutas e hortaliças para os indivíduos dos clusters 1 e 2.

CATEGORIA	REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	CLUSTERS
Disponibilidade de frutas e hortaliças	1. É fácil encontrar frutas, legumes e verduras no bairro. Tem nos supermercados, feiras, sacolões, quitandas. O acesso, a variedade e o preço facilitam a compra.	Cluster 1 Cluster 2
	2. A oferta de frutas, legumes e verduras é ruim. São poucos os locais que vendem, não tem variedade, a qualidade é ruim e o preço é alto. Tem que sair do bairro para comprar.	Cluster 2
Barreiras para o consumo de frutas e hortaliças	3. Não se consome frutas e hortaliças por não gostar ou por não ter o hábito. O alto custo desses alimentos também impede a aquisição e o consumo.	Cluster 1 Cluster 2
Motivação para o consumo de frutas e hortaliças	4. O consumo de frutas e hortaliças traz benefícios à saúde.	Cluster 1 Cluster 2

Cluster 1: indivíduos que vivem em locais de maior nível socioeconômico e maior acesso a alimentação saudável.

Cluster 2: indivíduos que vivem em locais de menor nível socioeconômico e menor acesso a alimentação saudável.

5.4 ALIMENTOS ULTRAPROCESSADOS: PERCEPÇÕES SOBRE DISPONIBILIDADE, BARREIRAS E MOTIVADORES PARA O CONSUMO.

Para a disponibilidade aferida de alimentos ultraprocessados, utilizou-se a *proxy* “disponibilidade de bebidas açucaradas”, que foi positiva para 100% dos indivíduos do cluster 1 e para 82,8% dos indivíduos do cluster 2, de acordo com os dados já apresentados na tabela 1. Nos dados qualitativos, porém, 100% das referências nos dois clusters indicam que os ambientes são favoráveis à disponibilidade de alimentos ultraprocessados, conforme mostrado na tabela 7.

Estes enunciados evidenciam a elevada disponibilidade de alimentos ultraprocessados e a facilidade de acesso aos mesmos, ao descreverem que estes podem ser encontrados em uma variedade de estabelecimentos, como os supermercados e mercados, bares e lanchonetes, restaurantes, padarias, além de estarem amplamente distribuídos entre os bairros, conforme exemplificado nas referências a seguir.

Tabela 7 – Disponibilidade, barreiras e motivações em relação aos alimentos ultraprocessados, segundo estratificação por clusters. ESAO-SP, São Paulo, 2012.

	Cluster 1 (N = 19)		Cluster 2 (N = 29)		TOTAL (n = 48)	
	n	%	n	%	n	%
Percepção sobre disponibilidade de alimentos ultraprocessados (AUP)	18	100,0	28	100,0	46	100,0
Ambiente favorável à disponibilidade	18	100,0	28	100,0	46	100,0
Ambiente desfavorável à disponibilidade	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Fatores relacionados ao consumo de alimentos ultraprocessados	21	100,0	44	100,0	65	100,0
<i>Barreiras para o consumo de AUP</i>	14	66,7	16	36,4	30	46,2
Saúde	9	42,9	11	25,0	20	30,8
Não gostar	3	14,3	3	6,8	6	9,2
Não ter o hábito	2	9,5	2	4,5	4	6,2
<i>Motivações para o consumo de AUP</i>	7	33,3	28	63,6	35	53,8
Gosto	3	14,3	9	20,5	14	21,5
Crianças	0	0,0	8	18,2	6	9,2
Praticidade, Acesso	2	9,5	6	13,6	8	12,3
Vício	1	4,8	3	6,8	4	6,2
Custo	1	4,8	2	4,5	3	4,6

Cluster 1: indivíduos que vivem em locais de maior nível socioeconômico e maior acesso a alimentação saudável.

Cluster 2: indivíduos que vivem em locais de menor nível socioeconômico e menor acesso a alimentação saudável.

N = número de indivíduos entrevistados.

n = número de referências para cada tema analisado.

Referências

Cluster 1: indivíduos que vivem em locais de maior nível socioeconômico e maior acesso alimentação saudável.

Categoria: Percepção a disponibilidade de alimentos ultraprocessados.

Indicador: Ambiente favorável à disponibilidade.

C1M: ***“Alimentos não saudáveis, sim. Eu tiro por mim que bolacha recheada eu como bastante, refrigerante, lasanha, pizza, que é o mais forte aqui na região, porque isso também não é saudável, chocolate, um monte de coisas que não é legal para a saúde comer com a frequência que eu consumo. Em todos os mercados aqui na região tem. Pizzaria tem umas três, só na Caiowá, aqui próximo de mim.”***

(Mulher, cluster 1)

C1Q: ***“Ah, também tem bastante alimentos que não considero saudáveis. É, mais parte que envolve fritura, que não é tão bom assim para gente, não é? Tem hamburgueria por aqui, tem muita... fast-food, também. Aqui tem três shoppings no pedaço. Sim, encontra salgadinhos e lanches também. Do outro lado da rua, na padaria. Mas tem, os supermercados também têm todas essas coisas. Tem até lanche congelado, para pôr no microondas, para pôr no forno. Encontra fácil, também. É muito difícil eu comer. Eu não gosto muito de lanche, então... é muito difícil a gente ir nesses lugares.”***

(Mulher, cluster 1)

Referências

Cluster 2: indivíduos que vivem em locais de menor nível socioeconômico e menor acesso alimentação saudável.

Categoria: Percepção a disponibilidade de alimentos ultraprocessados.

Indicador: Ambiente favorável à disponibilidade.

C2D: “Lanchonete eu não vou. **Nossa, mas é muito fácil encontrar no bairro.** Olha, então, eu procuro ir assim, em local que tem nome, tradição. Igual, as coisas do [Lanchonete de rede fast-food B], tem [Lanchonete de rede fast-food A], tem de tudo aqui. Encontra, em tudo quanto é canto que você vai, tem isso aí. **[Lanchonete de rede fast-food B] tem em todo canto, [Lanchonete de rede fast-food A] também tem.** Tem até shopping aqui. Tem de tudo. Mas eu não vou em lanchonete, eu não saio à noite para comer fora. Eu pego comida tradicional. Não é nada de chique, é o trivial, não é?” (Mulher, cluster 2).

C2K: “**Salgadinhos, biscoito, refrigerante você encontra praticamente em todo lugar, no mercadinho, boteco, padarias, isso você encontra bastante.** Bastante, especialmente para as crianças que vão à escola, os pais costumam comprar muito salgadinho e refrigerante. Final de semana você pega muita venda de mortadela, as pessoas consomem muito a parte de frios, mas a parte mais de mortadela, eu digo isso, porque eu já trabalhei nesse mercado, eu sei disso. Isso, especialmente final de semana. **É muito refrigerante, é pão, refrigerante e mortadela, e nas próprias padarias, nos botecos eles vendem muito, eu digo assim, seria os não saudáveis.** ” (Mulher, cluster 2)

Assim, há a representação social de que refrigerantes, salgadinhos, biscoitos recheados e *fast-food* não são alimentos saudáveis são encontrados em todo lugar: em estabelecimentos como supermercados, lanchonetes, bares, restaurantes.

Os alimentos ultraprocessados caracterizam-se por um tipo de processamento que caminha para se tornar dominante no sistema alimentar. Este tipo de processamento desenvolve produtos atrativos, hiperpalatáveis, baratos e prontos para o consumo, que apresentam, em geral, características obesogênicas, como alta densidade energética e elevados teores de gorduras, açúcar e sal (MONTEIRO et al., 2010). Os resultados de um estudo conduzido por MONTEIRO et al. (2013) com dados de 79 países mostraram que estes produtos estão dominando o abastecimento alimentar nos países desenvolvidos e apresentam um crescimento rápido nos países em desenvolvimento. No Brasil, um estudo transversal baseado nos dados das Pesquisas de Orçamentos Familiares (POF, 2009) demonstrou que a grande disponibilidade de alimentos ultraprocessados nos domicílios está positivamente associada com altas prevalências de excesso de peso e obesidade (CANELLA et al., 2014).

Diferentemente do padrão de semelhanças apontado entre o cluster 1 e o cluster 2 para as interações a respeito do consumo de frutas e hortaliças, quando se tratou do consumo de alimentos ultraprocessados, os processos observados entre os clusters foram bastante divergentes.

Apesar de ter sido referido um elevado consumo desta classe de alimentos para ambos os grupos estudados (dados apresentados na tabela 1), observou-se o consumo regular em menor prevalência entre os indivíduos do cluster 1, quando comparados aos indivíduos do cluster 2, para bebidas açucaradas (cluster 1 = 57,9%; cluster 2 = 72,4%), para salgadinhos *chips* (cluster 1 = 31,6%; cluster 2 = 41,4%), para biscoitos recheados (cluster 1 = 31,6%; cluster 2 = 62,1%) e principalmente para *fast-food* (cluster 1 = 36,8% ; cluster 2 = 75,9%). Em paralelo, quando analisados os fatores relacionados ao

consumo de ultraprocessados, no cluster 1 prevaleceram as barreiras (cluster 1 = 66,7%; cluster 2 = 36,4%) enquanto que no cluster 2 houve mais relatos sobre as motivações para o consumo (cluster 1 = 33,3%; cluster 2 = 63,6%).

É notável, portanto, que no grupo estudado, os indivíduos que vivem em áreas de menor desenvolvimento socioeconômico e em um ambiente alimentar menos favorecido, consomem mais alimentos ultraprocessados, ao mesmo tempo em que percebem menos barreiras e mais motivações para este consumo. Estes fatores percebidos sobre o consumo estão mais ligados às questões individuais do que às questões do ambiente alimentar físico.

Entre as barreiras para o consumo de alimentos ultraprocessados enunciadas pelos sujeitos, prevaleceram aquelas que são vinculadas à saúde (cluster 1 = 45%; cluster 2 = 26,8%). Ocorreram referências também sobre não consumir por não gostar (cluster 1 = 15,0%; cluster 2 = 7,3%) e por não ter o hábito (cluster 1 = 10,0%; cluster 2 = 4,9%).

Entre os indivíduos do cluster 1, foi construída a representação social “consumir refrigerantes, biscoitos recheados, salgadinhos e *fast-food* não faz bem à saúde”, considerando que a saúde foi o principal fator relacionado ao não consumo de ultraprocessados, segundo a percepção destes sujeitos. Esta representação articula a apreensão da realidade vivida e a cognição, por meio da comunicação, da difusão do conhecimento sobre o efeito prejudicial à saúde relacionado ao consumo de certos tipos de alimentos.

A apreensão da realidade vivida é significada quando os sujeitos fazem referências às doenças ou ao estado nutricional (peso adequado ou excesso de peso, de acordo com a percepção deles) já existentes e associam estas

condições à facilidade de consumo dos alimentos ultraprocessados. O aspecto cognitivo revela, então, a relação de que consumir determinados tipos de alimentos e, neste caso específico, os que representam os ultraprocessados, faz mal à saúde e está associado com o ganho excessivo de peso e com outras doenças crônicas não transmissíveis.

Entre as características dos alimentos ultraprocessados destaca-se a qualidade nutricional muito baixa, por serem energicamente densos, gordurosos, salgados e açucarados e pobres em fibras, proteínas e micronutrientes. Geralmente eles têm altos teores de gorduras trans ou saturadas e elevado índice glicêmico. Além disso eles contêm aditivos, alguns inócuos e seguros, e outros cujos os efeitos são desconhecidos. Isso os torna potencialmente problemáticos para a saúde (MONTEIRO, 2010; LOUZADA et al., 2015; PAHO, 2015). Estas características nutricionais não foram declaradas entre as percepções dos indivíduos, no entanto o efeito negativo na saúde é percebido, possivelmente devido ao acesso às informações socialmente disseminadas.

Desta forma, as falas opinativas manifestam um juízo de valor sobre o objeto e ocorre a associação entre os sistemas cognitivo/psíquico e o social, proporcionando atitudes e condutas no sentido de não adquirir e não consumir os alimentos descritos, ou de se evitar este consumo, como forma de proteção à própria saúde ou à saúde da família. Os exemplos destes processos de representação social estão mostrados na figura 6, conforme trechos extraídos dos discursos dos sujeitos alocados no cluster 1.

Figura 6 – Percepções, barreiras e reações sobre o consumo de alimentos ultraprocessados, extraídas dos discursos dos indivíduos do cluster 1. ESAO-SP, São Paulo, 2012.

Cluster 1: maior nível socioeconômico e maior acesso a alimentação saudável.

DCNT: Doenças crônicas não transmissíveis.

Além da representação do não consumo de alimentos ultraprocessados como forma de proteção à saúde, algumas referências apontaram para o não consumir por não gostar. Nesses casos os indivíduos demonstram que, de fato, não apreciam os aspectos palatáveis destes alimentos. Outros referenciaram

que não os consumiam porque não tinham o hábito e, nestes casos, faziam menção aos hábitos alimentares construídos ao longo da vida, mostrando a influência transgeracional. Os trechos dos discursos mostrados a seguir representam os três indicadores identificados para a categoria “Barreiras para o consumo de alimentos ultraprocessados”.

Cluster 1: indivíduos que vivem em locais de maior nível socioeconômico e maior acesso alimentação saudável.

Categoria: Barreiras para o consumo de alimentos ultraprocessados

Indicador: Saúde.

C1C: ***“Eu não consumo, por isso que eu tenho essa saúde toda, porque se eu comesse demais, eu não suportaria, eu não iria passar nem nessas portas aí, e olha que elas abrem para os dois lados.”*** (Mulher, cluster 1)

Referência

Cluster 1: indivíduos que vivem em locais de maior nível socioeconômico e maior acesso alimentação saudável.

Categoria: Barreiras para o consumo de alimentos ultraprocessados.

Indicador: Não gostar.

C1B: ***“Refrigerante, bolacha recheada, salgadinho, lanche, eu não gosto. Isso daí já não vai. Nem raramente, principalmente refrigerante. Não, para mim não dá nem vontade tomar.”*** (Homem, cluster 1)

Referência

Cluster 1: indivíduos que vivem em locais de maior nível

socioeconômico e maior acesso alimentação saudável.

Categoria: Barreiras para o consumo de alimentos ultraprocessados

Indicador: Não ter o hábito.

C10: *“Eu não como. Não gosto de bolacha recheada, salgadinho. Tem um cheiro que eu não suporto, não gosto. Porque, **eu fui criada em fazenda e minha avó sempre orientou a gente**, ela era uma mestra. Ela falava, está com fome, coma uma fruta, e o café da manhã sempre foi assim, não tinha pão esse monte de massas, era fruta, era leite, banana frita, tudo o que produzia lá. **O alimento era saudável, era natural, não tinha refrigerante nem salgadinho**. Os doces, ela quem preparava, caseiro, ela fazia o pão em casa, ela era filha de Italianos e portugueses. Daí eu sempre fui de não consumir esses industrializados.”* (Mulher, cluster 1)

Já para os indivíduos do cluster 2, diferindo do cluster 1, foram as motivações e não as barreiras que se destacaram entre as referências sobre o consumo de alimentos ultraprocessados, elencando-se o gosto como o primordial incentivador do consumo (cluster 1 = 14,3%; cluster 2 = 20,5%). Nos conteúdos que indicam o gosto associado ao consumo dos ultraprocessados, encontram-se algumas referências que são específicas sobre a atração pelas bebidas açucaradas, como demonstrado nas referências a seguir, comparando com a preferência por outros como os biscoitos recheados e os salgadinhos.

Referências

Cluster 2: indivíduos que vivem em locais de menor nível

socioeconômico e menor acesso a alimentação saudável.

Categoria: Motivações para o consumo de alimentos ultraprocessados

Indicador: Gosto - (Bebidas açucaradas)

C2N: “O refrigerante, eu dou uma abusadinha, mas as outras coisas não, até como. Refrigerante umas três vezes por semana. Se bem que se eu tiver animado mesmo eu consumo a semana inteira. ”
(Homem, cluster 2)

*C2P: “Eu só tomo suco. Adoro suco. **Aqui eu compro aquelas caixas de suco no mercado e passo o dia inteiro tomando suco. É muito bom o suco, é uma coisa maravilhosa.** ”* (Mulher, cluster 2)

C2ZA: “ (...) e refrigerante eu gosto de [marca de refrigerante], eu não vendo esta [marca de refrigerante] aqui, mas eu gosto de [marca de refrigerante]. ” (Homem, cluster 2)

*C2ZC: “Salgados é muito difícil eu comprar, mas, **refrigerante sim.** Umas três ou quatro vezes na semana, isso daí não pode faltar em casa. **A família toda gosta.** ”* (Mulher, cluster 2)

Referências

Cluster 2: indivíduos que vivem em locais menor nível socioeconômico e menor acesso a alimentação saudável.

Categoria: Motivações para o consumo de alimentos ultraprocessados.

Indicador: Gosto - (Biscoitos recheados, salgadinhos)

*C2F: “Refrigerante e bolacha recheada, adoro. Uma vez por semana. **Porque gosto. Não é bom, mas eu gosto.**” (Mulher, cluster 2)*

*C2M: “No momento **você quer comer uma coisa diferente** e aí tem um salgadinho, uma bolacha recheada e acaba comendo mesmo”. (Homem, cluster 2)*

*C2O: “Fazemos uso também, em casa e, por hábito, também. **Gosto, hábito.**” (Homem, cluster 2)*

A presença de crianças foi outro fator que se revelou como influenciador do consumo de forma importante, com a frequência bem próxima ao incentivo pelo gosto (cluster 1 = 0; cluster 2 = 18,2%). As outras influências para a aquisição e o consumo das bebidas açucaradas, dos biscoitos recheados, dos salgadinhos *snacks* e de *fast-food* foram a praticidade e o acesso (cluster 1 = 9,5%; cluster 2 = 13,6%), além do vício (cluster 1 = 4,8%; cluster 2 = 6,8%) e do custo (cluster 1 = 4,8%; cluster 2 = 4,5%).

Adicionalmente, quando o fator associado ao consumo de ultraprocessados foi identificado com a presença de crianças, houve a

representação social “as crianças gostam de refrigerantes, biscoitos recheados e salgadinhos e por isso ocorre o consumo”, ou seja, para os indivíduos do cluster 2, estes alimentos ultraprocessados, como as bebidas açucaradas, os biscoitos recheados e os salgadinhos tipo *snacks*, estavam entre as preferências alimentares das crianças e por isso compunham o universo da alimentação infantil, sinalizando a influência do contexto social e ambiental nesta prática de consumo. As bebidas açucaradas se destacaram em quatro dentre as nove referências codificadas. Sobre os *fast-food* não houve citação associando ao consumo infantil.

Na representação social, portanto, há uma significação psicossocial para os sujeitos que se dá por meio do vínculo que se estabelece sobre a participação destes alimentos no hábito alimentar infantil. Ter como naturalizada esta associação direta paladar infantil *versus* aquisição leva a uma interpretação comprometida da realidade, já que motiva a ação de aquisição e consumo destes itens alimentares. Esta representação social está esquematizada na figura 7.

Estudos que investigaram os fatores relacionados ao consumo de bebidas açucaradas entre crianças encontraram o baixo nível socioeconômico, o menor nível de instrução materna, a proximidade a supermercados e o modelo positivo de consumo entre os pais como condicionantes (VAN ANSEM et al., 2014; PAES et al., 2015).

Figura 7 – Motivação para o consumo de alimentos ultraprocessados associada à presença de crianças, extraídas dos discursos dos indivíduos do cluster 2. ESAO-SP, São Paulo, 2012.

Cluster 2: indivíduos que vivem em locais de menor nível socioeconômico e menor acesso à alimentação saudável.

Além da preferência pelo gosto e da presença de crianças, a praticidade e o acesso foram mencionados como motivadores do consumo dos ultraprocessados, de forma que os indivíduos ressaltam as facilidades como um aspecto positivo para o consumo. Em algumas referências, os sujeitos declaram a percepção de serem adictos a estes produtos e, por isso, mantêm o consumo frequente. O termo “vício” surge no discurso do próprio entrevistado. Alguns, ainda, atribuem o custo acessível como o principal promotor. Estes indicadores estão exemplificados a seguir.

Referências

Cluster 2: indivíduos que vivem em locais de menor nível socioeconômico e menor acesso a alimentação saudável.

Categoria: Motivações para o consumo de alimentos ultraprocessados.

Indicador: Praticidade e Acesso.

C2T: *“Refrigerante, bolacha, salgadinhos, lanche, consumo sim, com frequência. É mais fácil. E com bastante frequência. Refrigerante, bolacha, então! Tem na minha mesa. **É só pegar e comer.** Salgadinho também tem na minha mesa. É só pegar e comer. **Então, o dia inteiro e em casa também. Porque é mais fácil, não é? Só coisa boa.**”* (Homem, cluster 2)

Referências

Cluster 2: indivíduos que vivem em locais de menor nível

socioeconômico e menor acesso a alimentação saudável.

Categoria: Motivações para o consumo de alimentos ultraprocessados.

Indicador: Vício

C2A: *“Gosto muito, não gosto de água, em casa, eu quase não bebo água, só refrigerante e suco. Para você ter uma ideia, a gente compra dois fardos de 8 litros. **As meninas lá em casa, se não tiver, elas nem ligam para a comida, não comem a comida. “Não quero isso, não quero aquilo.” Se tiver, aí elas comem. E eu também, estou acostumado assim, que eu não bebo nem água. Difícil eu beber água. Só refrigerante. Todo dia e toda hora. Refrigerante eu tomo, hoje eu já tomei três [refrigerantes da marca A]. Não sei, eu gosto muito do [refrigerantes da marca B]. Quando não é ela, [refrigerante da marca A]. Mas não sei, acho que já viciei mesmo. Na rua é direto, não sei pedir água não, é só refrigerante.**”* (Homem, cluster 2)

Referências

Cluster 2: indivíduos que vivem em locais de menor nível

socioeconômico e menor acesso a alimentação saudável.

Categoria: Motivações para o consumo de alimentos ultraprocessados.

Indicador: Custo

C1O: *“ (...) é uma coisa barata, que o poder aquisitivo aqui também não é muito bom, entende, então, se é barato, a turma consome muito, vende muito. Fruta, legume e verdura já é mais família,*

mais dona de casa que consome. Então, eu acho que o salgadinho se vende muito mais. ” (Mulher, cluster 2)

A praticidade e acesso somados ao menor custo percebidos como fatores de motivação ao consumo são atributos dos alimentos ultraprocessados

Sobre o a relação entre custo e consumo de bebidas açucaradas, CLARO et al. (2012) demonstraram que, no Brasil, o aumento no preço leva à redução em seu consumo. Já o estudo de DURAN et al. (2015) sobre os dados do ESAO-SP não encontrou uma associação clara entre preço e consumo destes produtos, por outro lado, identificou que são mais baratos e ainda mais disponíveis nos locais de menor renda e que entre os indivíduos que viviam perto de estabelecimentos com maior variedade destas bebidas, a prevalência de consumo regular foi maior. Além disso, demonstrou que os indivíduos que fazem as compras em supermercados com melhor disponibilidade de alimentos saudáveis consomem menos bebidas açucaradas, esta relação também foi demonstrada em outra pesquisa (GUSTAFSON et al. 2013).

Além da praticidade e do custo, ocorreu a percepção de serem adictos ao consumo destes alimentos, tendo sido enunciado pelos próprios sujeitos o termo “vício” associado ao consumo. Um estudo recente sugere que os alimentos ultraprocessados compartilham características farmacocinéticas com as drogas de abuso como, por exemplo, doses concentradas e rápida taxa de absorção. Isso se deve à presença de gorduras e/ou carboidratos refinados e à rápida taxa de absorção destes carboidratos refinados, indicados pelo índice glicêmico. Estas associações sobre as características dos alimentos processados com os

comportamentos alimentares de adição foram demonstradas em uma análise transversal com 120 participantes (SCHULTE et al., 2015).

Sobre a análise dos fatores relacionados ao consumo dos alimentos ultraprocessados, não houve destaque para a percepção do consumo associada às características do ambiente físico. A literatura científica aponta que as características do ambiente alimentar podem ser determinantes para o padrão de consumo da população (LARSON e STORY, 2009; SWINBURN et al., 2011; CASPI et al., 2012), no entanto os indivíduos não associam diretamente o consumo às características evidentes de disponibilidade no ambiente. Outras características foram reveladas como moduladoras do consumo, sendo estas próprias dos alimentos ultraprocessados.

A identificação sobre as barreiras e motivações do consumo alimentar apresentaram-se, portanto, nos níveis de interação entre o ambiente e os indivíduos. Por exemplo, a preocupação com a saúde é assimilada pelos indivíduos como um freio para o consumo, isso ocorre com base em informações que circulam nos canais sociais e midiáticos, incluindo também a preocupação com o peso corporal (esta pode associar-se não somente com questões de saúde, mas com questões da imagem corporal), denotando-se assim a modulação do meio social (SALLI et al., 2008; LARSON E STORY, 2009).

O gosto, que revelou-se a principal motivação para o consumo, embora seja um fator associado ao indivíduo, está intimamente ligado às características do alimento. Os alimentos ultraprocessados são desenvolvidos, a partir de tecnologias sofisticadas para saciar os desejos alimentares. Além disso são hiperpalatáveis, formadores de hábitos e até mesmo quasi-viciantes. As características sensoriais como sabor, textura, e outras propriedades, são

desenvolvidas pela engenharia e tecnologia de alimentos com o propósito de modular os mecanismos de saciedade e controle de apetite, promovendo o superconsumo (MONTEIRO 2010; PAHO, 2015).

A presença de crianças como motivadora para o consumo enquadra-se no nível do ambiente social entre os fatores condicionantes das práticas alimentares (LARSON E STORY, 2009). Esta motivação pode também estar associada a uma das características do ultraprocessados, que se refere ao marketing e publicidade agressivos. A indústria de alimentos investe altos orçamentos na publicidade e promoção destes produtos, tornando-os extremamente atrativos. As estratégias de marketing são bastante elaboradas e utilizam de ideias, linguagens e imagens sedutoras, enfraquecendo a habilidade do indivíduo de fazer escolhas conscientes e saudáveis. Estas estratégias são persuasivas e particularmente efetivas quando são direcionadas para crianças, adolescentes e outros grupos vulneráveis (MONTEIRO 2010; PAHO, 2015).

A praticidade no consumo também faz parte das características dos ultraprocessados, identificada nesta pesquisa como uma motivação para o consumo. Os produtos são desenvolvidos e embalados para o consumo imediato, vendidos na forma de *snacks*, bebidas ou pratos prontos para consumir / prontos para aquecer. Tipicamente, eles podem estar disponíveis e serem consumidos em quase todos os lugares. São convenientes, estocáveis e práticos de serem consumidos (MONTEIRO, 2010; PAHO, 2015).

Portanto, alguns dos atributos desenhados pela indústria com a finalidade de tornar esta produção de alimentos altamente rentável, ajusta-se às condições de consumo dos indivíduos, compondo as principais motivações por eles representadas. Certamente, isso se deve a uma rede de recursos sofisticados,

composta por tecnologias, conhecimentos e profissionais muito especializados, focalizada no desenvolvimento dos produtos, na sua distribuição massiva e na indução do consumo. Pode-se dizer que a indústria tem sido bastante assertiva em suas estratégias, considerando as percepções aqui demonstradas além de evidências que confirmam a elevada distribuição e consumo destes alimentos (MARTINS et al., 2013; MONTEIRO et al., 2013; PAHO, 2015). O quadro 8 ilustra as associações observadas entre os atributos dos alimentos ultraprocessados e as motivações para o consumo representadas pelos sujeitos do cluster 2.

Quadro 8 – Atributos dos alimentos ultraprocessados e motivações para o consumo segundo a percepção dos indivíduos do cluster 2. ESAO-SP, São Paulo, 2012.

Atributos dos ultraprocessados segundo as definições da Organização Panamericana de Saúde (PAHO, 2015)	Motivações de consumo representadas por indivíduos
Hiperpalatáveis e quasi-viciantes	Gosto, Vício
Marketing e publicidade agressivos	Presença de crianças
Prontos para o consumo / Alta disponibilidade	Praticidade e acesso
Baixo custo de produção	Custo

Cluster 2: indivíduos que vivem em locais de menor nível socioeconômico e menor acesso a alimentação saudável.

Sobre as relações entre consumo de ultraprocessados e renda, nesta pesquisa foram observados maior consumo e representações para motivações

mais intensas entre os indivíduos que vivem em áreas de menor nível socioeconômico. Inversamente, os dados da POF (2009) mostraram menor consumo de marcadores negativos da qualidade da dieta, tais como doces, refrigerantes, pizzas e salgados fritos, na menor categoria de renda. A POF é uma pesquisa de cobertura nacional, realizada por amostragem de domicílios e que, portanto, abrange grupos populacionais heterogêneos, principalmente em relação aos contextos em que vivem. Sendo assim, é esperado que se encontrem diferenças nos padrões de consumo quando nichos específicos são avaliados, como foi o caso desta pesquisa, que investigou uma sub-amostra, sem representatividade estatística, de um inquérito realizado em região urbana de uma grande metrópole.

Quando avaliadas evolução temporal do consumo domiciliar de itens alimentícios no Brasil, também a partir dos dados das POF de 1987/1988, 1995/1996, 2002/2003 e 2008/2009) observou-se a tendência de aumento na aquisição de alimentos prontos para no País como um todo e em todas as classes de renda (MARTINS et al., 2013), que se associa com as mudanças no sistema alimentar, resultantes do crescimento da economia nacional e da penetração no mercado das indústrias transnacionais de alimentos (MONTEIRO et al., 2012). O aumento da renda familiar, em particular das famílias de baixa renda, aumento da oferta de produtos como refrigerantes e snacks no mundo globalizado, acompanhado da redução do preço relativo desses produtos favorecem essa dispersão do consumo (MONTEIRO, 2010).

As representações sociais sobre a disponibilidade e o consumo dos alimentos ultraprocessados estão apresentadas no quadro 9.

Quadro 9 – Representações sociais sobre a disponibilidade, barreiras e motivações para o consumo de alimentos ultraprocessados para os indivíduos dos clusters 1 e 2.

CATEGORIA	REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	CLUSTERS
Disponibilidade de alimentos ultraprocessados	1. Refrigerantes, salgadinhos, biscoitos recheados e <i>fast-food</i> se encontram em todos os lugares neste bairro, em estabelecimentos como supermercados, lanchonetes, bares, restaurantes.	Cluster 1 Cluster 2
Barreira para o consumo de ultraprocessados	2. O consumo de refrigerantes, salgadinhos, biscoitos recheados e <i>fast-food</i> não faz bem à saúde.	Cluster 1
Motivação para o consumo de ultraprocessados	3. O consumo de refrigerantes, salgadinhos, biscoitos recheados e <i>fast-food</i> é pelo gosto.	Cluster 2
	4. Refrigerantes, salgadinhos, biscoitos recheados são consumidos porque as crianças gostam.	Cluster 2

Cluster 1: indivíduos que vivem em locais de maior nível socioeconômico e maior acesso a alimentação saudável.

Cluster 2: indivíduos que vivem em locais de menor nível socioeconômico e menor acesso a alimentação saudável.

A oferta de alimentos ultraprocessados foi amplamente identificada nos dois clusters, representando-se, por esses indivíduos, a facilidade no acesso a estes alimentos, que são reconhecidos como não saudáveis. Eles identificam a oferta excessiva, disponibilizada por vários tipos de estabelecimentos (representação 1). Os indivíduos do cluster 1 apresentaram menor consumo de alimentos ultraprocessados quando comparados aos do cluster 2 e representaram que não consomem estes alimentos por saberem que estes fazem mal à saúde (representação 2). Já os entrevistados do cluster 2 são motivados, principalmente, pelo gosto e pela presença de crianças para

consumirem refrigerantes, biscoitos recheados e salgadinhos de pacote (representações 3 e 4).

O conhecimento de que os alimentos ultraprocessados são prejudiciais à saúde quando consumidos regularmente, são barreiras para o consumo apenas entre o cluster 1, caracterizado por ambientes de melhor renda e acesso a alimentos saudáveis. No cluster 2, são predominantes as motivações para o consumo, demonstrando assim que nos ambientes menos favoráveis os indivíduos são mais motivados a comprar alimentos ultraprocessados, mesmo que estas motivações não tenham sido percebidas e representadas levando-se em conta as características do ambiente.

5.5 PRÁTICAS DE AQUISIÇÃO, PREPARO E CONSUMO E AS RELAÇÕES COM O AMBIENTE ALIMENTAR

A investigação sobre as práticas de aquisição, preparo e consumo dos alimentos compõe o objeto deste estudo, no sentido de elucidar fatores envolvidos no consumo dos alimentos marcadores de alimentação saudável e não saudável. Na tabela 8 estão apresentadas as informações sobre a distribuição dos indicadores para as categorias “Prática de compra de alimentos”, “Prática de consumo fora do lar”, “Acesso a restaurantes” e “Prática de preparo das refeições” que trazem elementos descritivos a fim de compor o cenário das rotinas e processos de alimentação dos sujeitos nos ambientes estudados.

Sobre as práticas de compras dos alimentos, em ambos os clusters foi prevalente a descrição sobre o uso predominante dos equipamentos disponíveis no bairro para a aquisição dos alimentos para preparo ou consumo no lar (cluster 1 =33,3%; cluster 2 =41,0%), em comparação àqueles que referiram o uso eventual do bairro para as compras (cluster 1 = 15,4%; cluster 2 = 15,2%). Nestes discursos os indivíduos demonstraram reconhecer as possibilidades disponíveis para a aquisição de gêneros nos locais em que vivem e também a maneira como se utilizavam destes estabelecimentos. Eles geralmente referiram-se aos hipermercados como locais principais para o abastecimento e aos supermercados de redes e mercados de bairro para as compras do dia a dia, além da utilização de outros equipamentos como sacolões, quitandas, açougues e feiras para compras complementares. De forma geral, há uma diversificação na utilização dos tipos equipamentos, tanto para a aquisição de alimentos *in natura* quanto de alimentos processados. Os atributos como qualidade, facilidade, variedade e oferta aparecem associados aos motivos para a utilização dos equipamentos dos bairros, conforme representado nos trechos a seguir.

Tabela 8 – Percepções sobre as práticas de compra de alimentos, de consumo fora do lar, de preparo das refeições e acesso a restaurantes, segundo a estratificação por clusters. ESAO-SP, São Paulo, 2012.

	Cluster 1 (N = 19)		Cluster 2 (N = 29)		TOTAL (n = 48)	
	n	%	n	%	n	%
Prática de Compra de Alimentos	39	100,0	66	100,0	105	100,0
Uso predominante do bairro para as compras	16	41,0	22	33,3	38	36,2
Sem dificuldades de compras	14	35,9	22	33,3	36	34,3
Uso eventual do bairro para as compras	6	15,4	10	15,2	16	15,2
Dificuldades sobre o acesso físico	3	7,7	8	12,1	11	10,5
Dificuldades sobre o acesso financeiro	0	0,0	4	6,1	4	3,8
Percepção sobre acesso a restaurantes	25	100,0	24	100,0	49	100,0
Favorável em relação à quantidade ou qualidade	13	52,0	16	66,7	29	59,2
Desfavorável em relação à quantidade ou qualidade	12	48,0	8	33,3	20	40,8
Prática de consumo fora do lar	20	100,0	30	100,0	50	100
Sem dificuldades	12	60,0	19	63,3	31	62,0
Com dificuldades	8	40,0	11	36,7	19	38,0
Práticas de Preparo das Refeições	15	100,0	24	100,0	39	100,0
Sem dificuldades	10	66,7	12	50	22	56,4
Atribuição de outra pessoa do lar	2	13,3	7	29,2	9	23,1
Dificuldades de habilidade culinária	2	13,3	3	12,5	5	12,8
Dificuldades de tempo	1	6,7	2	8,3	3	7,7

Cluster 1: indivíduos que vivem em locais de maior nível socioeconômico e maior acesso a alimentação saudável.

Cluster 2: indivíduos que vivem em locais de menor nível socioeconômico e menor acesso a alimentação saudável.

N = número de indivíduos entrevistados.

n = número de referências para cada tema analisado.

Referência

Cluster 1: indivíduos que vivem em locais de maior menor nível

socioeconômico e maior acesso alimentação saudável

Categoria: Prática de compras dos alimentos.

Indicador: Uso predominante do bairro para as compras.

“Costumo sim comprar alimentos aqui no bairro. No [Supermercado de rede], o mercado aqui do lado da HP [avenida Heitor Penteado] e o mini mercadinho aqui do lado. Sempre nos locais mais próximos e também no [outro supermercado de rede], às vezes tem muita coisa em conta lá e mais opções de bolachas essas coisas que eu gosto de comer bastante. No caso você está perguntando o que as coisas que eu trago de lá para comer em casa? É mais iogurte, suco, pãozinho, bolo. Mais lanche mesmo. E o necessário, às vezes, eu compro no mercado aqui próximo, o arroz, o feijão que sempre têm e não acaba logo. E eu gosto de comer bastante é peixe. Na quarta-feira eu compro bastante peixe. Eu não fico sem comer peixe. Peixe e frango são os meus prediletos, carne de vez em quando, eu gosto mais cozida e ovos também eu consumo bastante. O peixe eu compro na feira de quarta-feira. O frango no mercado é mais em conta. No mercado ou no açougue. Na verdade, quando eu faço compra no açougue eu compro em grandes quantidades carne, frango. Peixe é só na feira mesmo. ” (Mulher, cluster 1)

A compra dos alimentos foi referida também como uma prática sem dificuldades (cluster 1 = 35,9%; cluster 2 = 33,3%). Esse relato, como mostrado a seguir, aparece associado ao fato de que tais compras estão inseridas na rotina desses indivíduos, que também encontram nos bairros em que vivem acesso e

disponibilidade aos alimentos que atendem às suas necessidades reconhecidas. Ainda que com menor prevalência, é importante pontuar que houve referências, principalmente no cluster 2, relacionadas às dificuldades de acesso às compras, a saber: físicas (cluster 1 = 7,7%; cluster 2 = 12,1%) e financeiras (cluster 1 = 0%; cluster 2 = 6,1%). Estes dados evidenciam que há pequenas diferenças entre os clusters na identificação de barreiras para o acesso aos alimentos.

Referência

Cluster 2: indivíduos que vivem em locais de menor nível socioeconômico e menor acesso alimentação saudável

Categoria: Prática de compras dos alimentos.

Indicador: Sem dificuldades para as compras.

C2A: *“Para mim não tem dificuldades em comprar os alimentos. **Eu pego dinheiro toda sexta-feira**, então está faltando as coisas em casa, eu vou lá e já olho na dispensazinha se está faltando, e eu falo para minha mulher: vamos fazer compras hoje ou amanhã, aí ela diz vamos. **A gente vai lá, faz a compra normalmente**. Às vezes a gente compra coisa até que a gente nem usa.”* (Homem, cluster 2)

C2M: *“Olha para mim não é difícil, eu já tenho alguns alimentos específicos, **então aquilo que eu procuro, geralmente eu encontro**, então não tenho tanta dificuldade para encontrar. **Tem feiras, tem supermercado, então dá**, as coisas muito complexas que eu compro então tenho facilidade de encontrar alimentos.”* (Homem, cluster 2)

Além da etapa de escolha e aquisição de alimentos para o abastecimento do domicílio e produção das refeições caseiras, a alimentação fora do lar tem se apresentado como uma dimensão relevante da composição do comportamento alimentar. Os tipos de estabelecimentos fornecedores destas refeições, bem como a qualidade nutricional do que se é ofertado pode ter importante impacto no processo alimentar. A identificação e o reconhecimento espacial a respeito dos tipos e a qualidade dos estabelecimentos, além de outros atributos, podem influenciar a escolha do consumidor e, por sua vez, os tipos de alimentos ou o padrão de refeição realizada.

Nos ambientes estudados, o cluster 1 é caracterizado por uma alta densidade de restaurantes (média = 125,98 por 10000 habitantes) quando comparado às áreas do cluster 2 (média = 75,41 por 10000 habitantes). No entanto, os indivíduos do cluster 2 apresentaram maior proporção nas referências sobre o acesso favorável a restaurantes em quantidade e qualidade (cluster 1 = 52%; cluster 2 = 66,7%), possivelmente porque algumas áreas que compõem o cluster 1 são mais centrais da cidade e por isso as demandas por restaurantes são maiores, de tal forma que mesmo diante da elevada densidade, as pessoas tem a percepção de que seu número é insuficiente, conforme observado na análise sobre o indicador “desfavorável para o acesso a restaurantes”. Além disso, o hábito de comer fora de casa está associado com o nível de renda, sendo mais frequente nos estratos sociais mais elevados e, talvez por isso, a percepção sobre o acesso aos restaurantes seja menos sensível entre os indivíduos do cluster 1.

Nos discursos de ambos os clusters sobre o indicador “acesso favorável a restaurantes”, o enfoque é dado para o acesso em quantidade suficiente dos

restaurantes, além das variedades de tipos, qualidade e preço oferecidos. Outro aspecto que emerge das falas são os motivos que levam os indivíduos a frequentarem estes estabelecimentos: seja por necessidade, lazer ou praticidade. Essas razões podem se relacionar também à escolha do tipo de estabelecimento, o que sugere uma interação entre as motivações, o reconhecimento territorial e as práticas vividas. Por exemplo, a pessoa que utiliza restaurantes diariamente, por necessidade, tende a buscar opções mais saudáveis, que se aproximem de um modelo de comida caseira, como os restaurantes de venda por quilo. Porém, quando o motivo de comer fora é o lazer, este consumo pode ser de alimentos processados, como os *fast-foods*.

Nos discursos que estão apresentados a seguir, a partir do indicador “acesso favorável a restaurantes”, observa-se as relações que os indivíduos têm e como reconhecem os restaurantes dos locais em que vivem. Estas falas permitem identificar que os indivíduos reconhecem as características dos estabelecimentos no bairro em que vivem e que isso se relaciona com a forma como utilizam estes locais. Por exemplo, C2G é um homem que trabalha no bairro e por isso almoça diariamente nos arredores, valorizando a presença dos restaurantes tipo “*self-service*”. A fala desse indivíduo representa mudança do ambiente “mais restaurantes que não existiam” em uma região do cluster 2.

Referências

Cluster 2: indivíduos que vivem em locais de menor nível socioeconômico e menor acesso alimentação saudável.

Categoria: Percepção sobre acesso a restaurantes.

Indicador: Favorável em relação à quantidade e qualidade.

C2G: “**Almoço diariamente fora de casa.** São os restaurantes legais, restaurantes pequenos, não para atender grandes pessoas, e hoje é muito comum, acho que São Paulo inteiro está no self service, acho que dá uma boa facilitada, porque é muita gente, são muitas pessoas que comem, **então acho que o self service é melhor.** Pelos menos, as pessoas preferem, pelo que eu entendi até agora, e de uns dois anos para cá até que melhorou bastante, mas tinham poucos restaurantes por aqui, agora acho que está melhorando. Tinha mais no centrinho ali de Itaquera mesmo, mas um pouquinho mais afastado do centro. **Agora já está tendo melhora, já tem umas quatro cinco,** tinha só um e é difícil, agora não, agora já está melhorando, já está bem legal, bem bacana.” (Homem, cluster 2)

C2ZA: “Às vezes, eu vou a restaurante, que é a maior parte, às vezes, **eu vou à doceira, porque eu gosto muito de salgado, pizza, lanchonete também, mas lanche eu prefiro comer mais à noite,** então, a gente tem várias opções de restaurante aqui, tem por quilo, tem prato feito, à la carte, aqui tem grandes restaurantes. Lá tem muitas opções, mas não sei se é por eu morar lá mas, **eu sempre vou fora, durante a semana, eu fico mais na Vila Maria, domingo eu não trabalho, eu saio com a minha esposa.**” (Homem, cluster 2)

Referência

Cluster 1: indivíduos que vivem em locais de maior nível socioeconômico e maior acesso alimentação saudável.

Categoria: Percepção sobre acesso a restaurantes.

Indicador: Favorável em relação à quantidade e qualidade.

C1M: *“Para comer fora, aqui no bairro, os locais são bem sossegados, tranquilos, o atendimento é 10. A comida, você pode pôr no prato ou pedir pronto. **Eu acho muito saudável, se é feita no dia. Eu reparo muito nisso, não é pelo preço, porque não adianta você pagar a diferença de R\$5,00 de um local para outro e comer uma comida que você vê que está pesada, e não foi feita no dia. Eu levo isso muito em conta. Eu prefiro comer fresca, do dia mesmo. Geralmente arroz e feijão e um bife ou um frango a passarinho. Eu gosto também muito de churrascaria. Às vezes, você não está com disposição de fazer um monte de carne na facilidade que tem lá, você come vários tipos de carne e aquele valor fechado e como arroz e feijão, macarrão para não dizer que eu estou só comendo carne.**”* (Mulher, cluster 1)

C2ZA traz referências de comer fora mais associado ao lazer, o que o leva a buscar alimentos mais atrativos ao paladar, podendo incluir os alimentos processados, como pizzas e lanches. Há a distinção que o morador faz de duas regiões da cidade, além da valorização da possibilidade de ter a comida como lazer. Já na fala de C1M, mulher que mora no cluster 1, é motivada pela facilidade na alimentação para escolher o tipo de restaurante. Por valorizar o frescor dos alimentos, faz referência a restaurantes que vendem comida velha, o que pode representar um risco à saúde e não se coaduna com a imagem de bairros mais desenvolvidos.

Quando os conteúdos sobre o indicador “acesso desfavorável a restaurantes” são observados, notam-se as diferenças opinativas entre os clusters. Os indivíduos do cluster 1 falam da relação oferta e demanda, enfatizando que, naqueles bairros, há muita procura por restaurantes, que estes estão disponíveis em grande quantidade, porém não o suficiente para atender a procura. Diferentemente, os indivíduos do cluster 2 identificam que, em alguns

bairros, a oferta de restaurantes é mesmo limitada, possivelmente por razões socioculturais e econômicas.

Referência

Cluster 1: indivíduos que vivem em locais de maior renda e maior acesso alimentação saudável.

Categoria: Percepção sobre acesso a restaurantes.

Indicador: Desfavorável em relação à quantidade e qualidade.

C1M: *“Aqui próximo eu acho que falta sim, aqui nas Perdizes, esse [restaurante] 24 horas que eu estou te falando fica na Pompéia. Aqui os locais para comida que são bons é o [Restaurante comercial A], e o [Restaurante comercial B]. Mas eles têm hora de servir almoço. **Se eles começam a servir as 11h00 vai até às 14h00, depois você não encontra mais nem marmitex. É muito lotado, os locais são pequenos, você acaba não indo ou indo um pouco mais longe, para você ficar mais à vontade, para ter lugar para sentar.** Aqui nessa região para você almoçar, é mais legal você trazer a marmita para sua casa, porque lá, além de você não achar cadeira é muito lotado e o atendimento demora também.”* (Mulher, cluster 1)

Referência

Cluster 2: indivíduos que vivem em locais de menor nível socioeconômico e menor acesso alimentação saudável.

Categoria: Percepção sobre acesso a restaurantes.

Indicador: Desfavorável em relação à quantidade e qualidade.

C2L: “Olha, eu acho que poderia melhorar. **Poderia ter uma oferta melhor de restaurantes. Só que eu não sei se é o foco do bairro, porque é uma periferia.** As pessoas que moram aqui saem para trabalhar em outros lugares, então talvez não tenha muita opção, porque talvez não tivesse tanto movimento, mas eu acho que no final de semana, tem uma opção de um restaurante melhor, de repente, de a gente frequentar com a família, entendeu? Eu acho que faltaria isso.”
(Mulher, cluster 2)

Em relação ao acesso a estabelecimentos tipo *fast-food*, este não era um tópico especificamente tratado no roteiro. No entanto, em um trecho referido por uma mulher do cluster 1, notou-se a percepção sobre a oferta em excesso de estabelecimentos dessa categoria como uma característica desfavorável do bairro.

Referência

Cluster 1: indivíduos que vivem em locais de maior nível socioeconômico e maior acesso alimentação saudável.

Categoria: Percepção sobre acesso a restaurantes.

Indicador: Desfavorável em relação à quantidade e qualidade.

C1T: “**No bairro onde eu moro, tem muito fast-food por perto. Não tem muita opção de comida por quilo, isso no almoço, e geralmente não estou em casa, mas na janta é pior ainda: ou você pede por telefone ou você pede por telefone. Só tem porcaria... a grande maioria é porcaria.** Então... O que não tem muita facilidade é comida pronta, a maioria é fast food, ou é [Lanchonete de rede fast-food B]...

alguma coisa assim, nada saudável. (...) Então não teria mesmo outra opção disso.” (Mulher, cluster 1)

Sobre os fatores que influenciam as escolhas das refeições, um estudo conduzido na cidade do Rio de Janeiro mostrou que indivíduos que comem fora de casa consideram que a qualidade da refeição, o sabor, a saúde e a variedade são os responsáveis por tais escolhas (CASTELO BRANCO, 2000). A realização de refeições fora de casa se tornou uma necessidade da sociedade contemporânea. Porém, a comida caseira é valorizada pela segurança oferecida, pelo conhecimento dos ingredientes, pelo costume com os temperos, modos de preparo e apresentação (FONSECA et al., 2011). Assim, quando há a necessidade de comer fora, observa-se a busca do consumidor por refeições que tenham características semelhantes a estas. Também é importante pontuar a tentativa, por parte de diversos comerciantes, de associar o serviço e as refeições servidas em seus estabelecimentos a um pretenso ambiente e comida caseiros.

O hábito de comer fora de casa, em restaurantes, estava incorporado à rotina de alguns indivíduos. Na maioria das vezes isso se dava por necessidade, devido ao trabalho, porém, em alguns casos, era uma opção associada à praticidade ou lazer. Entre os dois clusters prevaleceu o indicador “não encontram dificuldades para comer fora” (cluster 1 = 60,0%; cluster 2 = 63,3%). Nestas descrições houve considerações dos indivíduos sobre os fatos de já conhecerem os restaurantes que escolhem e os bairros oferecerem opções para escolhas, que são feitas em função dos tipos de alimentos que os restaurantes oferecem e, também, pela confiança quanto aos aspectos higiênico-sanitários.

As razões representadas pelos indivíduos que relataram dificuldades para realizar as refeições fora do lar (cluster 1 = 40,0%; cluster 2 = 36,7%), foram: o custo elevado, a falta de opções saudáveis, a inadequação sobre a higiene e técnicas de preparo, além da insatisfação com o gosto e paladar. Em alguns casos, estas dificuldades levavam alguns deles a buscarem alternativas, como a de optar por levar a comida feita em casa para a refeição no trabalho. Novamente, é sinalizada a busca por autonomia para sobrepor barreiras de custo e de indisponibilidade de alimentação saudável.

Nas referências a seguir, estão representados os indicadores “não encontram dificuldades para comer fora” e “encontram dificuldades para comer fora”, respectivamente. Importante destacar nestas falas que, para ambos os indicadores, há uma percepção sobre as necessidades alimentares individuais quando se trata do comer fora de casa e também, de acordo com a interação do indivíduo, o reconhecimento sobre as possibilidades do ambiente em atender estas necessidades.

Referência

Cluster 1: indivíduos que vivem em locais de maior nível socioeconômico e maior acesso alimentação saudável.

Categoria: Prática de consumo fora do lar.

Indicador: Sem dificuldades para comer fora.

C1B: ***“Não tem dificuldade para comer fora de casa também, não. Ah, já aconteceu de eu precisar comer aqui no bairro. É um restaurantezinho self-service. É agradável. Ah, eu como mais um***

feijão, um arroz. E um frango ou peixe. Só. Umas coisinhas assim. Às vezes a carne de porco. É porque eu ando há bastante tempo e já conheço os locais, conheço o pessoal que prepara ali, tudo. De comida, tudo eu já conheço. Não é todo restaurante que você pode chegar e almoçar, você não sabe a procedência do almoço. Então, eu já conheço um pouquinho. ” (Homem, cluster 1)

Referência

Cluster 1: indivíduos que vivem em locais de maior nível socioeconômico e maior acesso alimentação saudável.

Categoria: Prática de consumo fora do lar.

Indicador: Com dificuldades para comer fora.

C2Y: “Olha, quando eu comecei a estudar, eu sempre almoçava, jantava em casa. A partir do momento que eu comecei a estudar, eu passei a comer fora. Só que quando eu comia fora, **eu não achava lugares que realmente tinham aquilo que eu procurava**. Por exemplo, era um local, um, **por causa dos preços**, outro porque **não achava onde tinha alimentação, assim, saudável**, e eu desisti. E aí o que eu fiz: **eu mesma comecei a preparar a minha própria comida em casa e levar para onde eu fosse (...) principalmente ali na Vila Maria, que é um local que onde você ia, você tinha o quê, locais que tinham muitas frituras, tinha poucos lugares que ofereciam almoço**, que era o que eu procurava. Aí eu mesma passei a levar comida, daí eu levava a comida e almoçava dentro da faculdade mesmo, não tinha dificuldade não. Para mim era coisa gostosa de fazer no meu dia a dia, que era para o meu benefício, claro.” (Mulher, cluster 2)

Há uma tendência de crescimento na prática de alimentação fora do lar, representada pelo aumento expressivo do setor de serviços de alimentação em 120% entre 1995 e 2002, que pode ser relacionada às necessidades da vida no contexto urbano, como as dificuldades de deslocamento em curtos períodos de tempo e também a entrada da mulher no mercado de trabalho, que a deslocou da função de provedora da alimentação na unidade doméstica (GARCIA, 2011).

No Brasil, atualmente, o hábito de comer fora de casa representa, para os estratos de menor renda, 17% das calorias consumidas diariamente. Para as camadas mais favorecidas, esse índice alcança os 29%. Esses números evidenciam uma mudança no comportamento alimentar. Ademais, entre a população urbana, a participação dos gastos com alimentação fora do domicílio subiu de 25,7% para 33,1% do orçamento alimentar. À medida que se aumenta a frequência do consumo fora do lar, pode-se aumentar também a exposição a ambientes encorajadores das escolhas não saudáveis (BEZERRA et al., 2013; DURAN et al., 2015b). Os dados da POF (2009) mostraram que ocorre elevado consumo de alimentos industrializados, refrigerantes, chocolates e pizzas fora do domicílio.

A prática de preparar refeições foi representada pelos sujeitos como uma rotina sem dificuldades (cluster 1 = 62,5%, cluster 2 = 44,4%). Além de expressarem não ser essa uma prática difícil, agregaram o fato de gostarem de cozinhar como um facilitador do processo. O planejamento das refeições, como a programação prévia do que será preparado para que se tenha à mão os ingredientes disponíveis ou o início antecipado do trabalho culinário, também foram aspectos envolvidos na facilitação culinária. O hábito ao longo da vida e a

habilidade culinária foram outros aspectos citados como contribuintes para esta percepção.

Não ocorreu, nesta categoria, nenhuma associação que possa ser estabelecida diretamente com as características do ambiente alimentar objetivamente descritas. Porém, surgiram relações com a etapa de aquisição dos alimentos, na qual está implícito o cenário sobre acesso e disponibilidade aos gêneros alimentícios, conforme exemplificado nas transcrições a seguir. Na figura 8, apresentam-se algumas expressões extraídas dos discursos que ilustram a representação de que o preparo das refeições é uma prática incorporada ao cotidiano e está, para os indivíduos, desassociada das dificuldades.

Referência

Cluster 1: indivíduos que vivem em locais de maior nível socioeconômico e maior acesso alimentação saudável.

Categoria: Prática de preparo das refeições.

Indicador: Não encontram dificuldades.

C1S: *“Antigamente tinha que pegar uma galinha e matar, hoje em dia você pega a galinha, **o frango já está cortado do jeito que você quer, então é fácil, vai lá compra, descongela ou compra descongelado e você mesmo faz o preparo, você tempera do jeito que quiser**, eu tempero com [tempero industrializado], é um tempero muito forte, sempre proíbem, mas o teimoso usa o tempero (risos). Não, sobre preparo de alimentos... De dez anos atrás para hoje em dia você*

tem mais variedades, o tempero adequado seria só o limão, eu sei porque sou da terrinha (risos), eu sei disso.” (Homem, cluster 1)

Referência

Cluster 2: indivíduos que vivem em locais de menor nível socioeconômico e menor acesso alimentação saudável.

Categoria: Prática de preparo das refeições.

Indicador: Não encontram dificuldades.

C2K: ***“Não tenho nenhuma dificuldade para preparar os alimentos. Geralmente eu acabo comprando já o que eu vou fazer, vamos supor: se eu vou preparar a janta, eu faço uma carne então eu já compro aquela carne, já sei que eu vou fazer um arroz, uma salada para acompanhar. Em casa eu não tenho dificuldade nenhuma. Adoro preparar comida, sempre de estar fazendo coisa diferente.”***
(Mulher, cluster 2)

Figura 8 – Expressões extraídas dos discursos dos indivíduos para a categoria “Prática de preparo das refeições”, indicador “sem dificuldades”, segundo a estratificação por clusters. ESAO-SP, São Paulo, 2012.

Ainda sobre as habilidades culinárias, apesar de alguns homens entrevistados terem referido que participavam da preparação das refeições, observou-se, especialmente no cluster 2, a ocorrência de 25,9% de referências indicando esta atribuição a outra pessoa no lar. Este indicador emergiu dos discursos e todas estas referências foram enunciadas por sete indivíduos do sexo masculino, que associaram o preparo dos alimentos à figura da esposa ou da mãe, conforme apresentado no quadro 10. Já no cluster 1, ocorreram apenas duas referências para este indicador (12,5%), uma feita por homem, que

associou a prática de preparo à mãe, e outra referida por mulher, que a associou à sogra.

Quadro 10 – Expressões para a categoria “Prática de preparo das refeições”, indicador “Atribuição de outra pessoa”, extraídas dos discursos dos indivíduos do cluster 2. ESAO-SP, São Paulo, 2012.

CLUSTER 2 25,9%	<i>"Não tenho dificuldades. Não, a comida da minha mãe é excelente."</i> (Homem, cluster 2)
	<i>"Ela que faz a comida, ela gosta de cozinhar."</i> (Homem, cluster 2)
	<i>"Não vejo dificuldades, principalmente porque é a minha esposa que faz."</i> (Homem, cluster 2)
	<i>"O pessoal aqui em casa deixa pronto pra gente, é mais fácil."</i> (Homem, cluster 2)
	<i>"Quem faz é minha esposa, mas quando eu faço, não tenho dificuldades."</i> (Homem, cluster 2)
	<i>"É minha esposa que prepara, então não tenho problema com esse assunto."</i> (Homem, cluster 2)
	<i>"Nenhuma dificuldade, ela já tem as manhas, é uma ótima cozinheira."</i> (Homem, cluster 2)

Cluster 2: Menor nível socioeconômico e menor acesso à alimentação saudável.

Considerando os valores do grupo social no qual o indivíduo está inserido, a construção de identidades culturais e a diferenciação individual, o homem conduz as suas decisões sobre a alimentação selecionando os recursos disponíveis e transformando-os em preparações culinárias, de forma que possa

consumi-los e atender às suas necessidades biológicas, psicossociais e culturais (POULAIN, 2004).

As práticas alimentares estão baseadas em estruturas culturais e práticas sociais, estas influenciadas por diversas culturas culinárias e constituídas por um conjunto de regras, representações e modos (FISCHLER, 1995). As práticas culinárias, portanto, são práticas sociais centrais ao sistema alimentar e atualmente consideradas fundamentais no processo de autonomia para a alimentação promotora da saúde. Uma série de questões contemporâneas influenciam a prática e o desenvolvimento das habilidades culinárias: desde a desvalorização cultural, o ingresso da mulher no mercado de trabalho e a multiplicidade de tarefas do dia a dia, elementos inseridos no contexto da vida moderna e associados ainda ao aumento da oferta de alimentos ultraprocessados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014a).

Apesar de a mulher ocupar um novo lugar na sociedade contemporânea, decorrente das mudanças importantes nas estruturas sociais relacionadas, dentre outros fatores, ao movimento feminista ocorrido nas décadas de 1960 e 1970, ainda há uma forte referência à função feminina associada às atividades domésticas como, por exemplo, a responsabilidade pela alimentação da família. Uma pesquisa sobre os hábitos alimentares na sociedade brasileira encontrou que, para a maior parte dos entrevistados de uma amostra domiciliar probabilística em dez cidades brasileiras, é responsabilidade da mulher não só o preparo das refeições, mas também a definição do cardápio (BARBOSA, 2007).

A feminização do mundo do trabalho traz repercussões importantes para o conjunto da sociedade, incluindo modificações na estrutura e nas relações familiares. As novas profissionais vivenciam a tensão diante da necessidade de dividirem o seu tempo entre o trabalho e a família. Diante desta tensão e exercendo múltiplos papéis na sociedade, as mulheres vivem uma crise de identidade. Isto se torna um tema relevante inclusive para a mídia, que explora o estereótipo da supermulher (FISCHLER, 1995; FONSECA et al., 2011).

Para DAMATTA (1984), no Brasil há uma valorização cultural da mulher que ocupa o espaço doméstico. A mulher que disponibiliza à família seus serviços domésticos e a sua capacidade reprodutiva, torna-se fonte de virtude. Num sentido muito geral e culturalmente valorizado, fala-se sempre que quem come é o homem, a mulher cozinha e dá os alimentos e a comida.

CARNEIRO (2012) fala do “cozinhar” como uma prática tradicionalmente relegada ao mundo feminino, a uma esfera do “invisível cotidiano”, de um trabalho desvalorizado e sem renda, mas que como as técnicas do corpo (relação com a saúde), assume a condição de um saber prático, para o qual há um alto grau de ritualização e de investimento afetivo, moldando a memória infantil e transmitindo sabedorias entre as gerações. Culinárias, portanto, são técnicas de sobrevivência, são formas de adaptação.

O deslocamento da mulher desta função pode representar impactos na alimentação. Um estudo qualitativo conduzido a partir de grupos focais com homens de baixo nível socioeconômico apontou que as mudanças das normas sociais, que incluem a modificação do papel da mulher na sociedade, configuraram uma barreira para o consumo de frutas e hortaliças. Os participantes da pesquisa acreditavam que, com a mulher trabalhando fora,

diminuem-se a qualidade e o valor nutricional das refeições servidas no lar. Os fatores relativos ao tempo gasto no preparo da alimentação e a conveniência dos alimentos prontos que derivaram deste novo papel da mulher, impactam o consumo de frutas e hortaliças (HAYNES-MASLOW et al., 2013).

Diante do exposto, considera-se relevante a revalorização cultural da prática culinária cotidiana, bem como o papel da mulher nessa função. Por outro lado, aponta-se para uma necessidade de reordenação e acomodação dos papéis familiares no sentido de tornar praticável o preparo de refeições saudáveis, de forma que atendam as demandas da vida moderna e urbana.

Observando as práticas alimentares e a culinária na perspectiva da promoção da saúde, o Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para as Políticas Públicas considera, em seus princípios, a valorização da culinária enquanto prática emancipatória. Neste sentido, os significados e aspectos simbólicos das preparações culinárias, das comidas e dos alimentos, bem como os seus aspectos sensoriais, precisam ser reaproximados da vida real das pessoas, buscando a valorização da cultura alimentar e da autonomia para a alimentação saudável (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL, 2012).

Outro aspecto relevante no contexto das mudanças do papel da mulher na sociedade é que ela se torna uma consumidora direta, com poder de decisão de compra, de maneira que a indústria de alimentos evolui impulsionada também por esta tendência. As estratégias de desenvolvimento de produtos, publicidade e marketing buscam atender estas novas demandas, com apelos de saúde, praticidade e rapidez no manejo e preparação das refeições, além da criação e aperfeiçoamento de produtos *diet e light* (FONSECA et al., 2011).

No quadro 11 apresenta-se a síntese das representações sociais as práticas de aquisição, preparo e consumo, além do conhecimento sobre alimentação saudável e percepção da relação do ambiente com a alimentação.

De forma geral, as práticas de aquisição e preparo dos alimentos não foram percebidas como barreiras para a alimentação saudável. Não foram reportadas dificuldades nestes processos. Para a aquisição de alimentos, os indivíduos contam com equipamentos suficientes e detém habilidades para esta prática cotidiana.

Sobre o preparo das refeições, mencionou-se não haver dificuldades, também por estar incorporado às rotinas. No entanto, a possibilidade de poder contar com produtos alimentícios que possam facilitar as etapas de preparo, emergiu em algumas falas, trazendo alusão a produtos ultraprocessados como os temperos industrializados.

Quadro 11 – Síntese das representações sociais sobre o ambiente e as práticas alimentares dos indivíduos de acordo com a divisão em clusters 1 e 2. ESAO-SP, São Paulo, 2012.

CATEGORIA	REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	CLUSTERS
Práticas de compras de alimentos	1. As compras são feitas no bairro, principalmente nos hipermercados e supermercados, utilizando também outros equipamentos disponíveis como feiras, sacolões, quitandas e açougues.	Cluster 1
		Cluster 2
Práticas de preparo dos alimentos	2. Não é difícil preparar as refeições, se planeja antes o que vai fazer ou se faz o que se está com vontade.	Cluster 1
		Cluster 2
Acesso a restaurantes	3. No bairro há quantidade suficiente dos restaurantes, além das variedades de tipos, qualidade e preço oferecidos. Eles são frequentados por necessidade, lazer ou praticidade.	Cluster 1 Cluster 2
	4. Os restaurantes estão disponíveis em grande quantidade, mas é insuficiente para atender a procura.	Cluster 1
	5. A oferta de restaurantes é limitada.	Cluster 2
Prática de consumo fora do lar	6. Não há dificuldades para comer fora de casa, por já se conhecer as opções restaurantes que os bairros oferecerem. As escolhas são feitas em função dos tipos de alimentos que os restaurantes oferecem e, também, pela confiança quanto aos aspectos higiênico-sanitários.	Cluster 1 Cluster 2

Cluster 1: indivíduos que vivem em locais de maior nível socioeconômico e maior acesso a alimentação saudável.

Cluster 2: indivíduos que vivem em locais de menor nível socioeconômico e menor acesso a alimentação saudável.

5.6 CONHECIMENTOS SOBRE ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E PERCEPÇÃO SOBRE AS INFLUÊNCIAS DO AMBIENTE NA ALIMENTAÇÃO

Com a finalidade de buscar a melhor compreensão sobre como os indivíduos percebem as relações entre as características do ambiente e os seus hábitos alimentares, investigou-se também o conhecimento sobre alimentação saudável, enfatizando os pensamentos e valores envolvidos no processo de alimentação. Além disso, buscou-se o significado das vivências no ambiente sobre as práticas alimentares. As categorias “Conhecimento sobre alimentação saudável” e “Relação do Ambiente na Alimentação”, de acordo com os indicadores obtidos nos discursos e estratificados por clusters, estão apresentadas na tabela 9.

Quando os indivíduos foram perguntados sobre os significados da alimentação saudável e não saudável, a principal representação, cluster 1 (63,6%) e cluster 2 (45%), foi relacionada à presença de frutas, hortaliças e outros alimentos *in natura*, como as carnes magras e os grãos, como arroz e feijão. Também foram feitas referências sobre o teor de gordura dos alimentos (cluster 1 = 9,1%; cluster 2 = 30%), em que se faz alusão aos alimentos gordurosos como não saudáveis, seja em preparações culinárias ou em alimentos processados. O equilíbrio e a moderação no consumo alimentar foram aspectos comportamentais apontados como componentes da alimentação saudável (cluster 1 = 18,2%; cluster 2 = 10%), ocorrendo também considerações sobre a qualidade, higiene e maneiras de preparo dos alimentos (cluster 1 = 0; cluster 2 = 10%), e, menos expressivo,

o valor de saudável atribuído ao modo de produção “orgânica”, ou sem agrotóxicos, dos vegetais (cluster 1 = 9,1%; cluster 2 = 5%).

Tabela 9 - Conhecimentos e interações sobre alimentação e ambiente segundo os clusters. ESAO-SP, São Paulo, 2012.

	Cluster 1 (N = 19)		Cluster 2 (N = 29)		TOTAL (n = 48)	
	n	%	n	%	n	%
Conhecimento sobre alimentação saudável	11	100,0	20	100,0	31	100,0
Frutas, hortaliças e alimentos <i>in natura</i>	7	63,6	9	45,0	16	51,6
Teor de gordura	1	9,1	6	30,0	7	22,6
Equilíbrio e Moderação	2	18,2	2	10,0	4	12,9
Qualidade, higiene e preparo	0	0,0	2	10,0	2	6,5
Orgânicos	1	9,1	1	5,0	2	5,7
Relação do Ambiente na Alimentação	14	100,0	23	100,0	37	100,0
O ambiente interfere negativamente na alimentação	4	28,6	9	39,1	13	35,1
O ambiente interfere positivamente na alimentação	4	28,6	3	13,0	7	18,9
O ambiente não interfere na alimentação	6	42,9	11	47,8	17	45,9

Cluster 1: indivíduos que vivem em locais de maior nível socioeconômico e maior acesso a alimentação saudável.

Cluster 2: indivíduos que vivem em locais de menor nível socioeconômico e menor acesso a alimentação saudável.

N = número de indivíduos entrevistados.

n = número de referências para cada tema analisado.

A partir dos conteúdos da representação social “Alimentos saudáveis são frutas, legumes, verduras, grãos e carnes” produzida pelos sujeitos de ambos os clusters, a associação com a disponibilidade destes alimentos nos locais em que

vivem foi expressa em 54,5% das referências no cluster 1 e em 25% no cluster 2. A indisponibilidade destes alimentos foi apontada apenas no cluster 2 (10%) e alguns indivíduos não elaboraram a relação com o ambiente (cluster 1 = 9,1%; cluster 2 = 10%) (dados não mostrados em tabela). A seguir, estão apresentados trechos dos discursos sobre esta representação.

Referências

Cluster 1: indivíduos que vivem em locais de maior nível socioeconômico e maior acesso a alimentação saudável.

Categoria: Conhecimento sobre alimentação saudável.

Indicador: Frutas, legumes e verduras e outros alimentos *in natura*.

C1T: “**Alimentação saudável para mim, tem que ter muita fruta, muita verdura e legumes. Minha família é japonesa, então a gente procura ter sempre bastante mistura de verduras e legumes, sempre. A carne não é tão principal assim para mim e para minha avó. Já para o povo de casa, é. Tem que ter carne mesmo; uma carniinha e arroz. Existe oferta de alimentos saudáveis, mas é no mercado mesmo. Carne, frango, peixe, as verduras também.**” (Mulher, cluster 1)

C1R: “**Eu acredito que alimentos saudáveis são... legumes, verduras, grãos. Um bom peixe. Acho que nos dois você encontra, mas tem restaurantes... restaurante aqui pode-se falar no [Nome do**

*Restaurante], ali na [avenida] Azevedo, e tal. É um bom restaurante que a qualidade é muito boa. **E tem o [Supermercado de rede A], tem [Hipermercado de rede D], onde a gente também encontra bons alimentos.***” (Homem, cluster 1)

Referências

Cluster 1: indivíduos que vivem em locais de maior nível socioeconômico e maior acesso a alimentação saudável.

Categoria: Conhecimento sobre alimentação saudável.

Indicador: Frutas, legumes e verduras e outros alimentos *in natura* (associado com a indisponibilidade no bairro em que vivem)

C2T: “*Não acho que tem oferta de alimentos saudáveis nesse bairro. Lá só tem a opção de restaurante normal, de prato comercial, não tem opção de comida vegetal, alguma coisa desse tipo. **Para mim alimento saudável é o que eu não como, que são frutas, verduras, legumes. Existem muitos locais de alimentos não saudáveis. São todos esses aonde eu almoço. É verdade. Fritura, acho que basicamente fritura, o que eu entendo. Em todos. Todos os que eu almoço, tanto no shopping quanto fora dele.***” (Homem, cluster 2)

Estas construções de pensamentos sobre alimentos saudáveis atreladas à percepção sobre a disponibilidade, de acordo com os dados de aferição de

macro e microambientes alimentares, reforçam os dados já apresentados, ou seja, os indicadores dos locais constituintes do cluster 1 são mais favoráveis à oferta de alimentos saudáveis quando comparados ao cluster 2. Esta diferença foi identificada entre as significações que os indivíduos atribuem ao ambiente alimentar. Foi observado que para as categorias sobre a percepção do acesso a feiras e sacolões, mercados e supermercados, e as da disponibilidade de frutas e hortaliças houve, no cluster 1, maior proporção de referências às características favoráveis, quando comparadas às do cluster 2.

Outro processo desenvolvido pelos indivíduos, que reforça a construção sobre o conhecimento de alimentação saudável comprometido com as práticas e, ao mesmo tempo, destaca as interações dos sujeitos motivadas pela associação dos sistemas psicocognitivo e social, influenciados pela mídia, é a representação social: “O consumo de frutas e hortaliças traz benefícios à saúde”.

Uma pesquisa com amostra representativa da Inglaterra mostrou que as atitudes relacionadas a uma alimentação saudável eram elementos essenciais na diferenciação sobre o alto ou baixo consumo de frutas e hortaliças (THOMPSON et al., 1999). Outro estudo associou variáveis psicológicas à ingestão de frutas e hortaliças e mostrou que o conhecimento correto sobre a recomendação, a menor percepção de barreiras para sua efetivação, somadas às atitudes mais positivas frente à alimentação, relacionam-se positivamente a esta prática (HAVAS et al., 1998).

De acordo com JODELET (2001), as representações sociais se estruturam em dois polos de compreensão: o conhecimento aprendido da realidade e o conhecimento prático, que tem um desdobramento em ação. As representações ocorrem a partir das interações mútuas entre sujeito e objeto.

Estes pressupostos conduzem à reflexão de que o saber conceitual representado pelos sujeitos a respeito da alimentação saudável é um fator de motivação para o consumo de frutas e hortaliças e também está relacionado com a forma como estes indivíduos observam e interagem com ambiente alimentar, ou seja, o reconhecimento da importância dos alimentos e da alimentação para a saúde pode tornar os indivíduos mais sensíveis às percepções sobre o ambiente. Assim, o conhecimento se coloca como um fator preponderante na interação do indivíduo com o ambiente.

Algumas considerações são estabelecidas sobre a relação entre informações e promoção da saúde, como o desafio do empoderamento* do indivíduo em traduzir as inúmeras informações em conhecimento prático para o comportamento alimentar (BUTTRISS, 1997). O conhecimento contribui para sustentar ou desenvolver novas atitudes e é o componente racional para motivar uma ação desejada. Mesmo não sendo um elemento incondicional, a motivação procede a partir de uma base de experiências prévias construídas a partir de um conjunto de informações adquiridas (TORAL e SLATER, 2007).

Ainda sobre a categoria “Conhecimento sobre alimentação saudável”, destaca-se, a seguir, uma referência em que o indivíduo associa o saudável aos alimentos *in natura* e também o não saudável aos alimentos processados, atribuindo o padrão de consumo alimentar à disponibilidade de tempo das pessoas para se dedicarem ao preparo dos alimentos. Esta é uma característica da vida contemporânea que, de fato, influencia na alimentação. Nesse sentido,

* Conceito prioritário em promoção da saúde que traz o significado de ganho de poder para tomar decisões, realizar ações individual, visando à melhoria da qualidade de vida e à justiça social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

podemos inferir dessa fala a que a forma de disponibilidade das frutas e hortaliças, caso fossem pré-processadas, por exemplo, poderia facilitar seu consumo.

Referências

Cluster 1: indivíduos que vivem em locais de maior nível socioeconômico e maior acesso a alimentação saudável.

Categoria: Conhecimento sobre alimentação saudável.

Indicador: Frutas, legumes e verduras e outros alimentos *in natura*.

C2O: “Sobre ofertas de alimentos saudáveis, sim e não. O processado não é saudável. O que acontece: **Hoje em dia as pessoas primam pelo tempo.** Então, dão preferência pelo alimento industrializado, fácil de preparar. O ideal é você comprar vegetal, frutas e verduras e preparar na sua casa, ou que tivesse uma oferta desse tipo de produto sem ser industrializado, ou cozido ou embalado a vácuo para você gastar menos tempo. **As pessoas, pelo tempo, dão preferência pelo industrializado.** Isso aí é no mundo, não no Brasil, não só aqui.”

(Homem, cluster 2)

Apesar de não ter sido um padrão encontrado nos discursos desta categoria, esta associação do consumo de alimentos ultraprocessados com o tempo, remete ao conteúdo já apresentado sobre “prática de preparo das refeições”, em que foram apontadas algumas facilitações nas etapas de preparo

das refeições (exemplo entrevistado C1S, p. 187), como o acesso a alimentos pré-preparados, relacionados pelo sujeito como pontos positivos para a prática culinária.

Esta constatação emerge dos discursos e reflete uma tendência dos tempos atuais, em que há uma revalorização da culinária incorporada ao cotidiano associada à utilização de produtos processados, como os temperos prontos, as carnes pré-preparadas. Neste caso, o entrevistado reconheceu a necessidade de facilitações no pré-preparo dos legumes e verduras para viabilizar o maior consumo. Embora não tenham sido estas as representações sociais encontradas, as dificuldades na elaboração e as demandas relacionadas ao tempo gasto para preparar a alimentação podem ser questões envolvidas nas barreiras para a ingestão de frutas e hortaliças, ao mesmo tempo em que o atributo da praticidade, não somente para o consumo direto, mas inclusive para as práticas culinárias, é qualificado como um fator de incentivo à compra de produtos ultraprocessados.

Neste sentido, FONSECA et al. (2011) desenvolvem uma reflexão a respeito da relação do tempo com a alimentação, às práticas culinárias e a oportunidade da indústria. As transformações ocorridas no mundo, em meados do século XX, estabelecem uma nova composição social, marcada pela urbanização e pelo desenvolvimento de novas tecnologias, modificando os modos de produção e as relações de trabalho. Este contexto urbano modifica o estilo de vida dos indivíduos e também a relação com o tempo proporcionando um ritmo de vida acelerado. Apesar das facilidades incorporadas pela tecnologia às tarefas cotidianas, as questões de mercado e as relacionadas ao trabalho levam a uma nova organização do tempo e à definição das prioridades.

O período em convivência familiar e dedicado à alimentação acaba sendo restrito, com uma tendência de redução da prática culinária nos domicílios. A indústria de alimentos reconhece as demandas desse público-alvo, e a preparação culinária ou pré-culinária vai deixando de ocupar lugar nas cozinhas e começa a tomar lugar nas fábricas, trazendo ao consumidor produtos que agrupam trabalho e tempo, eximindo-o destas tarefas

Para explorar a forma como os indivíduos percebem as influências do ambiente sobre a sua alimentação, analisou-se a categoria “Relação do ambiente na alimentação”, para a qual o indicador “O ambiente não interfere na alimentação” foi o que prevaleceu nos dois clusters (cluster 1 = 42,9%; cluster 2 = 47,8%). O indicador “O ambiente interfere negativamente na alimentação” destacou-se por ser mais frequente no cluster 2 (39,1%) do que no cluster 1 (28,6%).

A análise interpretativa dos conteúdos do indicador “O ambiente não interfere na alimentação” dá origem à representação social “O ambiente não interfere na alimentação porque eu consumo como eu quero”. De acordo com a percepção dos entrevistados, esta representação, em se tratando das escolhas alimentares, denota a sobreposição dos fatores individuais aos ambientais. Assim, se destacam as preferências pessoais como o fator condutor para as escolhas e emergem referências aos processos de autonomia, busca pela satisfação das necessidades individuais, independência e transposição às barreiras ambientais, em que o sujeito se propõe a encontrar alternativas para a manutenção do padrão alimentar desejado, seja motivado pelo gosto, pelo hábito ou pela saúde, mesmo quando o ambiente não é percebido como favorável.

Estas relações dos participantes com o ambiente estão representadas na figura 9.

Em contraposição, no entanto os indivíduos do cluster 2 enfatizaram o indicador “O ambiente interfere negativamente na alimentação” (39,1%). A representação social revelou que *“A falta de estabelecimentos ou de variedade de alimentos e de preços acessíveis prejudicam as práticas de compra e de consumo alimentar”*. Os sujeitos identificaram que, nos locais em que viviam existiam deficiências na disponibilidade e acesso aos alimentos em variedade, qualidade e preço acessível. Tal carência prejudica as suas práticas alimentares, no sentido próprio de não favorecer amplamente a alimentação saudável, conforme as referências apresentadas a seguir.

Referências

Cluster 2: indivíduos que vivem em locais de menor nível socioeconômico e menor acesso a alimentação saudável.

Categoria: Relação do ambiente na alimentação.

Indicador: O ambiente interfere negativamente na alimentação

C2Y: *“A alimentação na rua interfere muito porque está mudando o seu hábito de alimentação e se em casa você tem uma alimentação saudável, na rua você não vai ter, porque falta estrutura de estabelecimentos para oferecer essas coisas. Esse é um bairro que não oferece legumes, salada, não tem ... aquela saladinha miudinha ali ... Eu acho que está muito deficiente hoje, se continuar eu acho que a tendência é a obesidade aumentar cada vez mais e vai piorar a situação do brasileiro.”* (Mulher, cluster 2)

C2S: *“Creio que o bairro interfere na alimentação sim. Se tivessem coisas mais em conta, uma maior variedade, a gente acaba comprando mais, se alimentando um pouco melhor.”* (Mulher, cluster 2)

C2I: *“No bairro faltam estabelecimentos. Quitanda. Coisa boa, supermercado também. É porque não tem, às vezes, falta uma verdura em casa e não tenho onde comprar, você vai ao mercado, que é longe, e você fica sem. O bairro interfere um pouco na alimentação. Faltam as coisas, interfere. Talvez se morasse em outro bairro fosse diferente.”* (Mulher, cluster 2)

C2H: *“Eu acho que o bairro interfere sim na alimentação, porque, apesar de que eu faço a compra de quinze em quinze dias, então podia comprar em menos prazo, mais curto. Aí acho que seria mais saudável.”* (Homem, cluster 2)

Figura 9 – Esquema sobre a representação social “O ambiente não interfere na alimentação porque eu consumo como eu quero”, para os indivíduos dos clusters 1 e 2. ESAO-SP, São Paulo, 2012.

PENSAMENTO	INTERAÇÃO
C1Q: “Não, acho que não, o que tem no bairro não interfere na minha alimentação. Eu tenho minha cabeça feita para as coisas que eu gosto.”	C1Q: “Quando eu vou aos lugares eu compro o que eu gosto de comer, independente do bairro, eu acho que buscaria alguma coisa que eu gosto.” (Mulher, cluster 1)
C2O: “O bairro não interfere na minha alimentação porque a opção é minha. Não é do estabelecimento que vende.”	C2O: “Eu quem decido em que momento eu faço uso do quê. Se o bairro tivesse menos opções com certeza ia buscar em outro local”. (Homem, cluster 2)
C1L: “Não, o bairro não interfere na minha alimentação. Não tenho o mesmo padrão que eu gostaria, mas dá para se virar.”	C2I: “Eu saio do bairro [para fazer compras de alimentos] e eu tenho que pegar taxi para voltar. Se fosse mais próximo, economizaria. Mas não interfere, não.” (Homem, cluster 1)
C2ZB: “Depende das opções que eu tivesse no bairro, mas, se eu não tivesse muitas opções, eu ia fazer o plano B.”	C2ZB: “Eu ia trazer de casa, eu não ia ficar na necessidade de me alimentar naquele local, se eu não gostasse eu ia partir para outra alternativa, eu procuro me cuidar ao máximo.” (Homem, cluster 2)

Cluster 1: indivíduos que vivem em locais de maior nível socioeconômico e maior acesso à alimentação saudável.

Cluster 2: indivíduos que vivem em locais de menor nível socioeconômico e menor acesso à alimentação saudável.

Esta representação social é consistente com os dados anteriormente apontados em que uma parcela dos indivíduos do cluster 2 especificou a insuficiência em qualidade e quantidade de equipamentos como feiras, sacolões, mercados e supermercados, identificando que esta característica do ambiente alimentar acarretava prejuízos às suas práticas alimentares.

Nesta análise, transparece a percepção sobre as inequidades sociais e territoriais que implicam desigualdades de acesso à alimentação saudável, pois existe a identificação de que os locais em que vivem não propiciam o acesso adequado à alimentação e também de que existem diferenças entre os bairros.

As associações entre a disponibilidade e o consumo alimentar foram exploradas por DURAN et al. (2015a), sugerindo que o ambiente alimentar local está associado ao consumo de frutas e hortaliças e de bebidas açucaradas. Este estudo demonstrou que o consumo regular de frutas e hortaliças foi significativamente menor entre indivíduos de baixa renda que vivem em vizinhanças com menos supermercados e estabelecimentos de comércio de produtos *in natura*.

Algumas mudanças no ambiente alimentar nos bairros de baixo nível socioeconômico foram reconhecidas como barreiras para o consumo de frutas e hortaliças na pesquisa de HAYNES-MASLOW et al. (2013). Os indivíduos atestaram que com menor acesso aos produtos agrícolas somada à proliferação dos restaurantes *fast-food*, ocorre o favorecimento a um padrão de consumo alimentar não saudável. E, apesar de reconhecerem que *fast-food* não é saudável, o consumo ocorre devido à conveniência.

O estudo das representações sociais sobre as interações relacionadas à alimentação nos ambientes em que os indivíduos estão inseridos indica que existe um conhecimento generalizado a respeito de conceitos de alimentação saudável. Além das frutas e hortaliças, os indivíduos incluem outros alimentos in natura como arroz, feijão e carnes, na classificação de alimentos saudáveis. Assim, se torna possível a identificação das características do ambiente que favorecem ou desfavorecem as práticas saudáveis. Além disso, este conhecimento se mostra propulsor para superar dificuldades quando existem barreiras para o acesso aos alimentos considerados saudáveis. As sínteses dessas representações estão mostradas no quadro 12.

Quadro 12 – Síntese das representações sociais sobre conhecimentos de alimentação saudável e relação do ambiente na alimentação de acordo com a divisão em clusters 1 e 2. ESAO-SP, São Paulo, 2012.

CATEGORIA	REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	CLUSTERS
Conhecimento sobre alimentação saudável	7. Alimentos saudáveis são frutas, legumes, verduras, grãos e carnes.	Cluster 1
		Cluster 2
Relação do ambiente na alimentação	8. O ambiente não interfere na alimentação porque eu consumo alimentos como quero.	Cluster 1 Cluster 2
	9. A falta de estabelecimentos ou de variedade de alimentos e de preços acessíveis prejudicam as práticas de compras e de consumo alimentar.	Cluster 2

Cluster 1: indivíduos que vivem em locais de maior nível socioeconômico e maior acesso a alimentação saudável.

Cluster 2: indivíduos que vivem em locais de menor nível socioeconômico e menor acesso a alimentação saudável

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A abordagem sociocultural e ambiental da alimentação foi proposta nesta pesquisa, incluindo-se a crítica de que as mudanças nos padrões alimentares, em que despontam a oferta e o consumo dos alimentos ultraprocessados, resultam em prejuízos à identidade da cultura alimentar, tendo em vista de que se trata mais de formulações industriais e menos de alimentos, como retrata FISCHLER (1995): “o alimento moderno já não tem identidade, pois não é identificável”. A modernidade alimentar é então permeada por um transtorno de identidade que está envolvida em aspectos econômicos e aculturadores hegemônicos que, por sua vez, são os formadores dos modos de um sistema alimentar global, cada vez menos afeito às particularidades regionais.

Este sistema alimentar global é incorporado ao cotidiano dos indivíduos que vivem em ambiente urbano e que têm o acesso facilitado aos alimentos advindos da grande indústria transnacional de alimentos, em detrimento do acesso ao alimento *in natura*. Tal efeito de modificação na oferta de alimentos, resultante dos processos de urbanização, industrialização e globalização, associados à transição nutricional, foi percebido por moradores da cidade de São Paulo participantes desta pesquisa, com ênfase àqueles que vivem em ambientes desfavorecidos sob os aspectos socioeconômico e de acesso à alimentação saudável.

Nesse sentido, FONSECA et al. (2011) identificam movimentos de transformação da identidade nos sistemas alimentares, de acordo com proposições de HALL (2005), sobre a tensão entre o global e o local. A primeira

tendência trata da desintegração dos sistemas alimentares nacionais e locais em decorrência da homogeneização cultural, que promove a mundialização dos gostos e costumes alimentares. Como forma de reforçar as particularidades e resistir à globalização alimentar, a segunda tendência provocaria um efeito contrário a primeira, valorizando os sistemas alimentares nacionais e locais. A terceira tendência diz respeito ao declínio das identidades ligadas ao sistema alimentar, ao passo que novas identidades locais e globais estão se produzindo.

As ações de promoção à saúde com foco na alimentação saudável devem considerar, para além dos comportamentos individuais, o contexto ambiental em que as pessoas vivem, realizam escolhas e se alimentam. As disparidades sociais existentes em relação ao acesso à alimentação saudável, entre as comunidades desfavorecidas, devem ser focalizadas, a fim de se conter as inequidades no processo saúde-doença (LARSON E STORY, 2009).

O extensivo monitoramento das características do ambiente alimentar relacionadas com a obesidade e as DCNT, bem como as políticas e ações do governo, são recomendados no sentido de se promover ambientes saudáveis e promotores de saúde (WHO, 2013; SWINBURN et al., 2013). As intervenções de promoção da alimentação saudável com vistas à promoção da saúde envolvem, portanto, políticas governamentais. As proposições políticas que se aplicam ao ambiente e que abrangem a população têm mais força de resultados se comparadas aos programas de educação em saúde (SWINBURN et al., 2011). Por exemplo, recomenda-se que os governos adotem um plano de ação, incluindo mudanças na política agrícola, melhorias na disponibilidade e acessibilidade aos alimentos saudáveis nos locais menos favorecidos, regulação de marketing dos alimentos ultraprocessados, melhorias na rotulagem dos

alimentos e metas de reformulação dos produtos (ex. a redução dos teores de sódio e gordura trans) (ZENK et al., 2010; VANDEVIJVERE et al., 2015b).

Buscando responder a mudanças decorrentes da globalização e da urbanização acelerada e com base no pressuposto de que a saúde é produzida socialmente, os projetos de cidades saudáveis se disseminam por vários países, como uma estratégia de promoção da saúde. Os projetos de cidades saudáveis são considerados como um projeto estruturante em saúde em que os atores sociais (governos, organizações da sociedade civil e organizações) buscam transformar a cidade em um espaço de “produção social da saúde”, esta compreendida como qualidade de vida. Neste sentido, aponta-se para a necessidade de políticas integradas, trabalhando a relação da saúde com a educação, a habitação, o saneamento, o transporte, o lazer (WESTPHAL E MENDES, 2000). A alimentação insere-se no escopo dos determinantes sociais da saúde, e, no contexto urbano, há que se considerar as influências do ambiente alimentar no acesso aos alimentos, de forma a favorecer práticas alimentares que sejam promotoras de saúde.

A intersetorialidade, que consiste na articulação e parceria entre diferentes sujeitos e setores sociais, com metas comuns de enfrentamento a problemas complexos, ganha ênfase no ideário de promoção da saúde e dos projetos de cidades saudáveis como estratégia para tal (AZEVEDO et al., 2012). Na Política Nacional de Alimentação e Nutrição, é parte do princípio: determinação social e a natureza interdisciplinar e intersetorial da alimentação e nutrição. Esta política, junto com a Política Nacional de Promoção à saúde, tem entre seus objetivos o estímulo às práticas de alimentação saudável e adequada,

por meio da implementação de políticas públicas que garantam o acesso a uma alimentação de qualidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012; 2014b).

O conceito contemporâneo de alimentação saudável extrapola a visão energético-quantitativa e inclui uma dimensão cultural e socioambiental. O termo alimentação *adequada* proposto pelo Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA) inclui os aspectos do desenvolvimento social e socioeconômico baseado em um sistema de produção de alimentos que expresse a soberania alimentar e que, ao mesmo tempo, estimule a revalorização de métodos tradicionais de manejo e gestão ambiental, otimizando os recursos disponíveis (BRASIL, 2010).

E assim nos coloca como desafio de intersetorialidade apoiar ou estreitar relações com um sistema produtivo sustentável. Ou seja, as Políticas de Promoção de Saúde devem buscar estabelecer relações com as políticas de desenvolvimento rural, de agricultura familiar, de meio ambiente, de abastecimento e de planejamento urbano, buscando consolidar o direito humano à alimentação adequada, que inclui o acesso aos alimentos saudáveis (AZEVEDO et al; 2012).

Aproximando estes movimentos ao contexto da promoção da saúde, o *Guia Alimentar para a População Brasileira* lançado em 2014 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014a), se constitui como um instrumento para apoiar e incentivar as práticas alimentares saudáveis, a partir dos pressupostos dos direitos à saúde e a alimentação adequada. A proposta de resgate das refeições tradicionais, das habilidades culinárias, da comensalidade e das dimensões sociais e culturais das práticas alimentares, busca recriar a identidade do sistema alimentar, de forma que se permita sustentar as práticas relacionadas à saúde e à qualidade

de vida. Os princípios de contemporaneidade, de sustentabilidade socioambiental e de construção da autonomia para as escolhas alimentares reforçam o movimento de valorização dos sistemas alimentares nacionais e locais.

Novos cenários para a alimentação e novos paradigmas sobre as relações entre as práticas alimentares e a saúde se constroem, dialeticamente, com bases nas transformações socioeconômicas e culturais das sociedades modernas. Os estudos sobre o consumo alimentar passam a demandar a incorporação das dimensões antropológicas, sociológicas e econômicas, em intersecção com as abordagens ecológica, biológica e epidemiológica, buscando maior compreensão sobre os aspectos significantes e simbólicos envolvidos nas práticas alimentares.

Estudar o ambiente alimentar é entender como este influencia as práticas alimentares, e o quanto os diversos fatores proximais e distais ao indivíduo modificam tais relações e interagem entre si (DURAN, 2013). A investigação e monitoramento do ambiente alimentar no contexto urbano traz informações relevantes sobre as diferenças espaciais e socioeconômicas no acesso a alimentos saudáveis, embasando o conhecimento científico necessário para o delineamento de intervenções nos âmbitos da saúde, planejamento urbano e segurança alimentar e nutricional.

Os estudos de abordagem qualitativa em alimentação e nutrição buscam a compreensão sobre o fenômeno alimentar em suas variadas esferas, considerando o indivíduo no contexto em que ele está inserido. Isso permite o cruzamento de olhares e a interdisciplinaridade na construção de conhecimentos, considerando a alimentação uma prática histórico-cultural de

importância central para o desenvolvimento social, para além de suas relações implicadas no processo de saúde.

A realização de uma pesquisa qualitativa, contudo, envolve alguns desafios e necessita estar amparada em critérios metodológicos rigorosos. Algumas implicações a respeito das escolhas metodológicas deste estudo estão consideradas a seguir.

A primeira consideração refere-se aos critérios de amostragem. Neste estudo optou-se por incluir os indivíduos que moravam e que trabalhavam nos locais estudados, partindo-se do princípio de pertencimento territorial e de que há interações das pessoas com os diversos ambientes em que elas convivem. As interações podem ser diferentes com os locais de residência e os locais de trabalho, porém a literatura aponta para a atuação sinérgica dos fatores relacionados aos múltiplos contextos ambientais na determinação dos comportamentos em saúde, partindo-se do pressuposto de que estes ambientes podem ser diferentes (BALL et al., 2006; LYTLE, 2009; LARSON E STORY, 2009; LYSEN et al., 2015).

E de fato, em algumas falas dos indivíduos participantes desta pesquisa identificou-se a diferenciação sobre as percepções do ambiente em que se mora e do ambiente em que se trabalha, principalmente quando há diferenças socioeconômicas entre os dois contextos, como é o caso do discurso de uma mulher que por trabalhar em bairro melhor nível socioeconômico e melhor acesso a alimentos saudáveis foi alocada no cluster 1, mas mora “na periferia”, identificando que a disponibilidade, qualidade e preço dos alimentos são melhores no local em que ela trabalha, de tal forma que ela prefere realizar as compras neste local (citação C1D, página 86).

A proposta de se realizar a análise estratificada pelo critério de morar ou trabalhar no local avaliado foi considerada, já que poderia melhor identificar estas nuances. Contudo, ela não foi viabilizada, pois se adotou o agrupamento por clusters, conforme os critérios já abordados, e a inclusão de mais um elemento de estratificação tornaria as análises muito segmentadas, tornando complexas as delimitações dos contextos estudados e assim desfocando do objetivo de compreender as relações entre indivíduos e ambientes em diferentes contextos socioeconômicos e de acesso à alimentação saudável.

Outro aspecto necessário de se considerar é que neste estudo, avaliou-se as percepções de adultos sobre o ambiente alimentar, porém os impactos dos fatores ambientais possivelmente são diferentes para outros ciclos da vida, destacando-se as particularidades relacionadas a cada grupo etário. Para os idosos, por exemplo, outros aspectos de vulnerabilidade no acesso a alimentação saudável são explorados, como as barreiras de acessibilidade física, a influência da conformação familiar e do ambiente de sociabilidade (DEIERLEIN et al., 2014; NATHAN et al., 2012; MERCILLE et al., 2012). Já com relação às crianças, amplia-se a discussão sobre as influências do marketing e publicidade de alimentos, do acesso facilitado aos alimentos ultraprocessados e dos ambientes escolares (BYRD-WILLIAMS et al., 2015; WIJNHOFEN et al., 2015; KEITA et al., 2011).

Um critério de rigor metodológico adotado em pesquisa qualitativa é o a dupla codificação do material nas categorias analíticas, ou seja, duas pessoas realizam a etapa de análise dos discursos e alocação dos recortes nas categorias, com posterior conferência de consistência. Tal procedimento é adotado como técnica de tratamento dos dados, tendo como metas o rigor da

objetividade, o cuidado com a fidedignidade às significações presentes no material analisado, preservando a fecundidade da subjetividade (MINAYO, 2014). Nesta pesquisa, a codificação foi realizada apenas por uma pesquisadora, o que pode representar uma limitação na interpretação dos achados.

A literatura sobre ambiente alimentar tem apresentado estudos que comparam os resultados sobre a percepção dos sujeitos com os dados medidos por instrumentos de auditoria de equipamentos de comercialização de alimentos. Muitos destes estudos têm a finalidade de comparação a respeito da acurácia e correspondência entre os métodos distintos, considerando que as aferições do ambiente por observação direta resultam em pesquisas laboriosas e de alto custo. Nestes estudos comparativos, em geral a percepção é avaliada por instrumentos quantitativos baseados em escalas (MOORE et al., 2008a; 2008b; 2012; FREEDMAN E BELL, 2009; BLISTEIN et al., 2012).

É também importante apontar que, para a comparação entre ambiente aferido e ambiente percebido, a não especificidade das distâncias, ou do recorte territorial, pode induzir a importantes erros de medida. Ou seja, a percepção dos indivíduos pode não se referir ao espaço efetivamente avaliado, conforme tem sido discutido na literatura (CASPI ET AL., 2012; MOORE et al., 2012). Ainda existem questionamentos sobre a definição da área a ser observada e delimitada como “vizinhança” ou “bairro”, considerando a complexidade e heterogeneidade que envolvem a mobilidade humana, mostrando a necessidade de métodos, conceitos e medidas que considerem fatores individuais (atividade, mobilidade, reconhecimento e uso territorial) nas definições das medidas de exposição do ambiente alimentar (LYSSEN et al, 2015).

A presente pesquisa não abrangeu, em seus objetivos, a comparação direta entre ambiente aferido e ambiente percebido com a finalidade de discussão sobre os métodos, mas sim a análise dos dados qualitativos e quantitativos em conjunto, para possibilitar as inferências sobre as relações entre as percepções e as práticas dos indivíduos. Em futuros trabalhos, esta abordagem poderá ser considerada.

Oportunamente, é importante salientar que embora tenhamos optado pelo uso de alimentos indicadores de uma alimentação saudável – frutas e hortaliças – e não saudável – bebidas açucaradas, salgadinhos e biscoitos recheados –, uma alimentação saudável é composta por diversos grupos de alimentos: cereais, leguminosas, carnes e leite, entre outros, de qual frutas e hortaliças é parte. Para o conceito mais amplo de alimentação saudável, assume-se o proposto pelo CONSEA, que incorpora os componentes biológicos, sociais, culturais e ambientais: “a alimentação saudável e adequada é a realização de um direito humano básico, com a garantia ao acesso permanente e regular, de forma socialmente justa, a uma prática alimentar ajustada às necessidades biológicas e sociais dos indivíduos, de acordo com o ciclo de vida e as necessidades alimentares especiais, pautada no referencial tradicional local. ” (BRASIL, 2010). Todavia, do ponto de vista operacional, observa-se a necessidade da definição de marcadores de acesso à alimentação saudável, conforme proposto nos três eixos investigativos do ESAO-SP.

7 CONCLUSÃO

As representações sociais construídas pelos indivíduos participantes desta pesquisa demonstraram que, em linhas gerais, as percepções sobre as características do ambiente alimentar são correspondentes àquelas avaliadas objetivamente, refletindo as diferenças sobre o acesso à alimentação saudável entre locais de maior e menor nível socioeconômico. As condições de acesso aos alimentos interagem com fatores pessoais, como o gosto, o hábito, a preocupação com a saúde e a autoeficácia, influenciando as práticas alimentares.

Para um grupo de indivíduos que viviam em locais caracterizados pelo menor nível de acesso à alimentação saudável, as representações sobre o acesso a estabelecimentos de comercialização de alimentos para consumo em domicílio, como feiras e sacolões, supermercados e mercados, mostraram carências em relação a disponibilidade, acessibilidade e qualidade destes equipamentos.

A falta de variedade e de qualidade e os preços altos de frutas e hortaliças foram identificados como barreiras frente as necessidades de indivíduos que viviam em locais de menor nível socioeconômico. O benefício à saúde foi o principal fator de motivação para o consumo deste grupo de alimentos para os indivíduos que viviam nos dois contextos, de maiores e menores níveis socioeconômico e de acesso a alimentação saudável.

A alta oferta de alimentos ultraprocessados foi uma característica do ambiente alimentar marcadamente percebida pelos indivíduos nos dois

contextos avaliados. Sobre o consumo destes alimentos, no entanto, os indivíduos que viviam em ambientes de melhor acesso aos alimentos saudáveis representaram estes não fazem bem à saúde e por isso evitavam o consumo. Por outro lado, os indivíduos que viviam em ambientes desfavorecidos identificaram mais motivações para a aquisição desses produtos, destacando o gosto e a presença de crianças como os principais condicionantes.

Com relação às percepções sobre a influência do ambiente na alimentação, os indivíduos representaram que os elementos pessoais como a autonomia, modulada pelo conhecimento, tornam possíveis as práticas alimentares de acordo com as necessidades individuais percebidas, transpondo possíveis barreiras do ambiente. No entanto, nos locais de menor nível socioeconômico, ocorreu também a representação de que as dificuldades no acesso a estabelecimentos e aos alimentos prejudicam as práticas alimentares, no sentido próprio de não favorecer amplamente a alimentação saudável, marcando as disparidades sociais deste determinante da saúde.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alexandre M. Representação Social: uma genealogia do conceito. *Comum*. 2004;10(23):122-38.

Alves KPS, Jaime PC. A Política Nacional de Alimentação e Nutrição e o diálogo com a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014;19(11):4331-40.

Andrade JC, Deliza R, Yamada EA, Galvão MTEL, Frewer L, Beraquet N. Percepção do consumidor frente aos riscos associados aos alimentos, sua segurança e rastreabilidade. *Braz J Food Technology*. 2013; v. 16, n. 3, p. 184-191.

Arthur S, Nazroo J. Designing fieldwork strategies and materials. In: Ritchie J, Lewis J. *Qualitative research practice: a guide for social science students and researchers*. London: SAGE; 2004. p. 109-137.

Ashton LM, Hutchesson MJ, Rollo ME, Morgan PJ, Thompson DI, Collins CE6. Young adult males' motivators and perceived barriers towards eating healthily and being active: a qualitative study. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2015; 15;12(1):93.

Azevedo E, Pelicioni MCF, Westphal MF. Práticas intersetoriais nas políticas públicas de promoção à saúde. *Revista de Saúde Coletiva* 2012; 22(4): 1333-1356.

Ball K, Timperio A, Crawford D. Neighborhood socioeconomic inequalities in food access and affordability. *Health Place*. 2009;15(2):578-85.

Barbosa L. Feijão com arroz, arroz com feijão: o Brasil no prato dos brasileiros. *Horizontes Antropológicos*. 2007;13(28):87-116.

Barreira DN, Nakamura AP. Resiliência e a autoeficácia percebida: articulação entre conceitos. *Aletheia*. 2006; 23:75-80.

Bardin L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2011.

Batalha MO. Hábitos de consumo alimentar no Brasil. In: Batalha MO, coordenador. *Gestão do Agronegócio: Textos Seleccionados*. São Carlos: EdUFSCAR; 2005.

Batista Filho M, Rissin A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. *Cad. Saúde Pública*, 2003;19(Sup.1):S181-S191.

Bezerra IN, de Moura Souza A, Pereira RA, Sichieri R. Contribution of foods consumed away from home to energy intake in Brazilian urban areas: the 2008-9 Nationwide Dietary Survey. *Br J Nutr*. 2013; 109(7):1276-83.

Berger CN, Sodha SV, Shaw RK, Griffin PM, Pink D, Hand P, Frankel G. Fresh fruit and vegetables as vehicles for the transmission of human pathogens. *Environ Microbiol*. 2010;12(9):2385-97.

Bisogni CA, Falk LW, Madore E, Blake CE, Jastran M, Sobal J, Devine CM. Dimensions of everyday eating and drinking episodes. *Appetite*. 2007;48(2):218-31.

Blitstein JL, Snider J, Evans WD. Perceptions of the food shopping environment are associated with greater consumption of fruits and vegetables. *Public Health Nutr*. 2012;15(6):1124-9.

Bodor JN, Rose D, Farley TA, Swalm C, Scott SK Neighbourhood fruit and vegetable availability and consumption: the role of small food stores in an urban environment. *Public Health Nutr*. 2008;11(4):413-20.

Borges CA, Claro RM, Martins AP, Villar BS. Quanto custa para as famílias de baixa renda obterem uma dieta saudável no Brasil? *Cad Saude Publica*. 2015; 31(1):137-48.

Booth SL, Sallis JF, Ritenbaugh C, Hill JO, Birch LL, Frank LD, et al. Environmental and societal factors affect food choice and physical activity: rationale, influences and leverage points. *Nutr Rev*. 2001;59(3 Suppl):S21-39.

Brasil. Decreto-lei n.º 5.452, de 1º de maio de 1943. Consolidação das Leis do Trabalho.

Brasil. Lei nº 11.346 de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - SISAN com vistas a assegurar o direito

humano à alimentação adequada e dá outras providências. Diário Oficial da União 2006; 18 set.

Brasil. Decreto nº 7.272, de 25 de Agosto de 2010. Regulamenta a Lei nº 11.346, que cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Diário Oficial [da] União 2010.

Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. Physis: Revista de Saúde Coletiva. 2007;17(1):77-93.

Buttriss JL. Food and nutrition: attitudes, beliefs, and knowledge in the United Kingdom. Am J Clin Nutr. 1997;65(6 Suppl):S1985-95.

Byrd-Williams CE, Camp EJ, Mullen PD, Briley ME, Hoelscher DM. How local and state regulations affect the child care food environment: A qualitative study of child care center directors' perspectives. Infant Child Adolesc Nutr. 2015;7(2):99-106.

Câmara RH. Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia. 2013;6(2):179-91.

Canella DS, Levy RB, Martins APB, Claro RM, Moubarac JC, Baraldi LG, et al. Ultra-processed food products and obesity in Brazilian households (2008-2009). PLoS One. 2014;9(3):e92752.

Canesqui AM, Garcia RWD, organizadoras. Antropologia e nutrição: um diálogo possível. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2005.

Carneiro RS. Estudos sobre a alimentação. Entre saberes da vida cotidiana e impasses agroindustriais. Comportamento, Cultura e Sociedade. 2012;1(1):16-21.

Carvalho MCVS, Madel T, Prado SD. Comer, alimentar e nutrir: categorias analíticas instrumentais no campo da pesquisa científica. Ciência & Saúde Coletiva. 2011;16(1):155-163.

Casemiro JP, Valla VV, Guimarães MBL. Direito humano à alimentação adequada: um olhar urbano. Ciênc. saúde coletiva. 2010; 15(4): 2085-93.

Cassady D, Jetter KM, Culp J. Is price a barrier to eating more fruits and vegetables for low-income families? *J Am Diet Assoc.* 2007;107(11):1909-15.

Caspi CE, Sorensen G, Subramanian SV, Kawachi I. The local food environment and diet: a systematic review. *Health Place.* 2012;18(5):1172-87.

Castelo Branco NSD. Análise da alimentação fora do domicílio de consumidores do centro comercial do Município do Rio de Janeiro-RJ [tese]. São Paulo: Faculdade de Engenharia de Alimentos da Unicamp; 2000.

Castro IRR, Castro LMC, GUGELMIM AS. Ações educativas, programas e políticas envolvidos nas mudanças alimentares. *In: Garcia RWD, Mancuso AMC. Mudanças alimentares e educação nutricional.* Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2011.

Chow CK, Lock K, Madhavan M, Corsi DJ, Gilmore AB, Subramanian SV, et al. Environmental Profile of a Community's Health (EPOCH): An Instrument to Measure Environmental Determinants of Cardiovascular Health in Five Countries. *PLoS One.* 2010;5(12):e14294.

Claro RM, Levy RB, Popkin BM, Monteiro CA. Sugar-sweetened beverage taxes in Brazil. *Am J Public Health.* 2012 Jan;102(1):178-83.

Cohen DA. Neurophysiological pathways to obesity: below awareness and beyond individual control. *Diabetes* 2008; 57: 1768–73
Connors M, Bisogni CA, Sobal J, Devine CM. Managing values in personal food systems. *Appetite.* 2001;36(3):189-200.

Coutinho JG, Gentil PC, Toral N. A desnutrição e obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única da nutrição. *Cad Saude Publica.* 2008;24(Supl 2):332-40.

Cusatis DC, Shannon BM. Influences on adolescent eating behavior. *J Adolesc Health.* 1996;18(1):27-34.

DaMatta R. O que faz o Brasil Brasil. Rio de Janeiro: Rocco, 1994.

Deierlein AL, Morland KB, Scanlin K, Wong S, Spark A. Diet quality of urban older adults age 60 to 99 years: the Cardiovascular Health of Seniors and Built Environment Study. *J Acad Nutr Diet.* 2014;114(2):279-87.

Diez-Roux AV, Link BG, Northridge ME. A multilevel analysis of income inequality and cardiovascular disease risk factors. *Soc Sci Med*. 2000;50 (5):673-87.

Dijkstra SC, Neter JE, van Stralen MM, Knol DL, Brouwer I, Huisman M, Visser M. The role of perceived barriers in explaining socio-economic status differences in adherence to the fruit, vegetable and fish guidelines in older adults: a mediation study. *Public Health Nutr*. 2015;18(5):797-808.

Drewnowski A. Obesity and the food environment: dietary energy density and diet costs. *Am J Prev Med*. 2004; 27(3 Suppl):154-62.

Drewnowski A, Specter SE. Poverty and obesity: the role of energy density and energy costs. *Am J Clin Nutr*. 2004; 79(1):6-16.

Duran AC, Diez-Roux AV, Latorre MR, Jaime PC. Neighborhood socioeconomic characteristics and differences in the availability of healthy food stores and restaurants in Sao Paulo, Brazil. *Health Place*. 2013;23:39-47.

Duran ACFL. Ambiente alimentar urbano em São Paulo, Brasil: avaliação, desigualdades e associação com consumo alimentar [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2013.

Duran AC, Almeida SL, Latorre MD, Jaime PC. The role of the local retail food environment in fruit, vegetable and sugar-sweetened beverage consumption in Brazil. *Public Health Nutr*. 2015a;9:1-10.

Duran AC, Latorre MR, Jaime PC. Evaluating the use of in-stores measures in retail food stores and restaurantes in Brazil. *Rev Saude Publica*. 2015b; No prelo.

Erinosho TO, Oh AY, Moser RP, Davis KL, Nebeling LC, Yaroch AL. Association between the perceived food environment and self-efficacy for fruit and vegetable consumption among US adults, 2007. *Prev Chronic Dis* 2012;9:100291.

Falk LW, Bisogni CA, Sobal J. Personal, social, and situational influences associated with diet changes of participants in an intensive heart program. *J Nutr Educ*. 2000;32(5):251-60.

Ferreira, ABH. Novo dicionário Aurélio. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

Ferreira VA, Magalhães R. Nutrição e promoção da saúde: perspectivas atuais. Cad. Saúde Pública. 2007;23(7):1674-81.

Fischler C. El (H)omnívoro - El gusto, la cocina y el cuerpo. Barcelona: Abagrama; 1995.

Flament C. Estrutura e dinâmica das representações sociais. In: Jodelet D, editor. As representações sociais. Rio de Janeiro: Ed UERJ; 2001.

Flegal KM, Carroll MD, Ogden CL, Curtin LR. Prevalence and trends in obesity among us adults, 1999-2008. JAMA. 2010;303(3):235-41.

Fonseca AB, Souza TSN, Frozi DS, Pereira RA. Modernidade alimentar e consumo de alimentos: contribuições sócio-antropológicas para a pesquisa em nutrição. Cien Saude Colet. 2011;16(9):3853-62.

Fonseca MCP, Silva MAAP, Salay E. Atitudes dos consumidores em relação a compra de hortifrutícolas em hipermercados e feiras livres na cidade de Campinas, SP. Cadernos de Ciência e Tecnologia. 1999; 16(1):87-113.

Franco M, Diez Roux AV, Glass TA, Caballero B, Brancati FL. Neighborhood characteristics and availability of healthy foods in Baltimore. Am J Prev Med. 2008; 35(6):561-7.

Freedman DA, Bell BA. Access to healthful foods among an urban food insecure population: perceptions versus reality. J Urban Health. 2009;86(6):825-38.

Furst T, Connors M, Bisogni CA, Sobal J, Falk LW. Food Choice: A conceptual model of the process. Appetite. 1996;26(3):247-65.

Garcia RWD. Representações Sociais da Alimentação e Saúde e suas repercussões no Comportamento Alimentar. PHYSIS: Rev Saude Colet. 1997;7(2):51-68.

Garcia RWD. A comida, a dieta, o gosto - mudanças na cultura alimentar urbana [tese]. São Paulo: Instituto de Psicologia da USP; 1999.

Garcia, RWD. Mudanças alimentares: implicações práticas, teóricas e metodológicas. Garcia RWD, Mancuso AMC. Mudanças alimentares e educação nutricional. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2011.

Giles-Corti B, Donovan RJ. Socioeconomic status differences in recreational physical activity levels and real and perceived access to a supportive physical environment. *Prev Med.* 2002;35(6):601-11.

Giskes K, Kamphuis CB, Van Lenthe FJ, Droomers M, Brug J. A systematic review of associations between environmental factors, energy and fat intakes among adults: is there evidence for environments that encourage obesogenic dietary intakes? *Public Health Nutrition.* 2007;10(10):1005-17.

Glanz K, Lankenau B, Foerster S, Temple S, Mullis R. Environmental and policy approaches to cardiovascular disease prevention through nutrition: opportunities for state and local action. *Health Education Quarterly.* 1995;22(4):512-27.

Glanz K, Kristal AR, Tilley BC, Hirst K. Psychosocial correlates of healthful diets among male auto workers. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 1998;7(2):119-26.

Glanz K, Yaroch AL. Strategies for increasing fruit and vegetable intake in grocery stores and communities: policy, pricing, and environmental change. *Prev Med.* 2004;39(2 Suppl):75-80.

Glanz K, Sallis J, Saelens BE, Frank LD. Healthy nutrition environments: concepts and measures. *Am J Health Promot.* 2005;19(5):330-3.

Glanz K, Sallis J, Saelens BE, Frank LD Nutrition Environment Measures Survey in Stores (NEMS-S): development and evaluation. *Am J Prev Med.* 2007;32(4):282-9.

Glanz K, Rimer BK, Viswanath K, editores. *Health behavior and health education.* 4. ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2008. p.167-185.

Hall S. *A identidade cultural na pós-modernidade.* Rio de Janeiro: DP&A; 2005.

Handy SL, Boarnet MG, Ewing R, Killingsworth RE. How the built environment affects physical activity: views from urban planning. *Am J Prev Med.* 2002;23(2 Suppl):64-73.

Havas S, Treiman K, Langenberg P, Ballesteros M, Anliker J, Damron D, Feldman R. Factors associated with fruit and vegetable consumption among women participating in WIC. *J Am Diet Assoc.* 1998;98(10):1141-8.

Haynes-Maslow L, Parsons SE, Wheeler SB, Leone LA.. A Qualitative Study of Perceived Barriers to Fruit and Vegetable Consumption Among Low-Income Populations, North Carolina, 2011. *Prev Chronic Dis.* 2013;10:120206.

IASO - International Association for the Study of Obesity. Adult overweight and obesity in the European Union (EU27). London: IASO; 2012.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro; 2010.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009: análise do consumo alimentar e pessoal no Brasil. IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE; 2011.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Rio de Janeiro; 2011.

Inglis V1, Ball K, Crawford D. Does modifying the household food budget predict changes in the healthfulness of purchasing choices among low- and high-income women? *Appetite.* 2009 Apr;52(2):273-9.

Jaime PC, Duran AC, Sarti FM, Lock K. Investigating environmental determinants of diet, physical activity, and overweight among adults in Sao Paulo, Brazil. *J Urban Health.* 2011;88(3):567-81.

Jaime PC. The 2014 Brazilian dietary guidelines. The guide based on food and meals for everybody now and in future. *World Nutrition.* 2014;5(12):1085-96.

Jetter KM1, Cassady DL. The availability and cost of healthier food alternatives. *Am J Prev Med.* 2006 Jan;30(1):38-44.

Jilcott SB, Laraia BA, Evenson KR, Lowenstein LM, Ammerman AS. A guide for developing intervention tools addressing environmental factors to improve diet and physical activity. *Health Promot Pract.* 2007;8(2):192-204.

Jodelet D. As representações sociais. Rio de Janeiro: Ed UERJ; 2001.

Jomori MM, Proença RPDC, Calvo MCM. Determinantes de escolha alimentar. *Revista de Nutrição.* 2008;21(1):63-73.

Keita AD1, Casazza K, Thomas O, Fernandez JR. Neighborhood perceptions affect dietary behaviors and diet quality. *J Nutr Educ Behav*. 2011;43(4):244-50.

King AC, Jeffery RW, Fridinger F, Dusenbury L, Provence S, Hedlund SA, Spangler K. Environmental and policy approaches to cardiovascular disease prevention through physical activity: issues and opportunities. *Health Education Quarterly*. 1995;22(4):499-511.

King DA, Thomas SM. Big lessons for a healthy future. *Nature*. 2007;449(7164):791-2.

Krukowski RA, McSweeney J, Sparks C, West DS. Qualitative study of influences on food store choice. *Appetite*. 2012;59(2):510-6.

Laraia BA, Siega-Riz AM, Kaufman JS, Jones SJ. Proximity of supermarkets is positively associated with diet quality index for pregnancy. *Prev Med*. 2004;39(5):869-75.

Larson N, Story M. A review of environmental influences on food choices. *Ann Behav Med*. 2009;38(1 Suppl):S56-73.

Leão, M. O direito humano à alimentação adequada e o sistema nacional de segurança alimentar e nutricional / organizadora, Marília Leão. – Brasília: ABRANDH, 2013.

Louzada MLC, Martins APB, Canella DS, Baraldi LG, Levy RB, Claro RM, Moubarac JC, Cannon G, Monteiro CA. Ultra-processed foods and the nutritional dietary profile in Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2015

Lyseen AK, Hansen HS, Harder H, Jensen AS, Mikkelsen BE. Defining Neighbourhoods as a Measure of Exposure to the Food Environment. *Int J Environ Res Public Health*. 2015; 12(7):8504-25.

Lytle LA. Measuring the Food Environment State of the Science. *Am J Prev Med*. 2009;36(4 Suppl):S134-44.

Maciel ME, Castro HC. A comida boa para pensar: sobre práticas, gostos e sistemas alimentares a partir de um olhar socioantropológico. *Demetra*. 2013; 8(Supl.1): 321-328.

Madeira MC. Representações Sociais: Pressupostos e Implicações. *Revista Brasileira de Estudos da Pedagogia*. 1991;72(171):129-44.

Malta DC, Andrade SC, Claro RM, Bernal RTI, Monteiro CA. Obesidade em 27 cidades brasileiras: mais de um milhão de casos novos a cada ano (2006 – 2014). *In*: Monteiro CA, Levy RB. Velhos e novos males da saúde no Brasil. De Geisel a Dilma. São Paulo: Hucitec. Nupens/USP, 2015.

Martins APB, Levy RB, Claro RM, Moubarac JB, Monteiro CA. Participação crescente de produtos ultraprocessados na dieta brasileira (1987-2009). *Rev. Saúde Pública*. 2013; 47 (4): 656-665.

Martins VA, Margarido MA, Bueno CRB. Alteração no perfil de compra de frutas, legumes e verduras nos supermercados e nas feiras livres na cidade de São Paulo. *Informações Econômicas*. 2007; 37(2):30-37.

Mc Alister AL, Perry CL, Parcel GS. How individuals, environments, and health behavior interact: social cognitive theory. *In*: Glanz K, Rimer BK, Viswanath K, editores. *Health behavior and health education*. 4. ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2008. p.167-185.

McKinnon RA, Reedy J, Morrisette MA, Lytle LA, Yaroch AL. Measures of the food environment: a compilation of the literature, 1990-2007. *Am J Prev Med*. 2009 Apr;36(4 Suppl):S124-33.

McLeroy KR, Bibeau D, Steckler A, Glanz K. An ecological perspective on health promotion programs. *Health Education Quarterly*. 1988;15(4):351-77.

Mercille G, Richard L, Gauvin L, Kestens Y, Shatenstein B, Daniel M, Payette H. Associations between residential food environment and dietary patterns in urban-dwelling older adults: results from the VoisiNuAge study. *Public Health Nutr*. 2012 Nov; (11):2026-39.

Minayo, MCS. O desafio do conhecimento pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo, HUCITEC, 2014..

Ministério do Desenvolvimento Social e do Combate à Fome (BR). Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas. – Brasília, DF: MDS; Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, 2012.

Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Obesidade. Cadernos de Atenção Básica, n. 12. Brasília (DF); Ministério da Saúde (BR); 2006.

Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde (BR); 2011.

Ministério da Saúde (BR), 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.

Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. Vigitel Brasil 2012: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília (DF): Ministério da Saúde (BR); 2013.

Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Guia Alimentar para a População Brasileira. 2. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde (BR); 2014a.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância à Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

Monteiro CA. The big issue is ultraprocessing. *World Nutrition*. 2010;1(6):237-69.

Monteiro CA, Levy RB, Claro RM, Castro IR, Cannon G. Increasing consumption of ultra-processed foods and likely impact on human health: evidence from Brazil. *Public Health Nutr*. 2011;14(1):5-13.

Monteiro CA, Cannon G. The Impact of Transnational “Big Food” Companies on the South: A View from Brazil. *PLoS Med*. 2012;9(7).

Monteiro CA, Moubarac JC, Cannon G, Ng SW, Popkin BM. Ultra-processed products are becoming dominant in the global food system. *Obes Rev.* 2013;14(2 Suppl), 21-8.

Monteiro CA, Cannon J, Moubarac JC, Martins AP, Martins CA, Garzillo J, Canella DS, Baraldi LG, Barciotte M, Louzada ML, Levy RB, Claro RM, Jaime PC. Dietary guidelines to nourish humanity and the planet in the twenty-first century. A blueprint from Brazil. *Public Health Nutr.* 2015 Jul 24:1-12

Moura SA, Bezerra IN, Cunha DB, Sichieri R. Avaliação dos marcadores de consumo alimentar do VIGITEL (2007-2009). *Rev. bras. epidemiol.* 2011; 14 (Supl 1): 44-52.

Moore LV, Diez Roux AV, Brines S. Comparing Perception-Based and Geographic Information System (GIS)-based characterizations of the local food environment. *J Urban Health.* 2008a;85(2):206-16.

Moore LV, Diez Roux AV, Nettleton JA, Jacobs DR. Associations of the local food environment with diet quality - a comparison of assessments based on surveys and geographic information systems: the multi-ethnic study of atherosclerosis. *Am J Epidemiol.* 2008b;167(8):917-24.

Moore LV, Diez Roux AV, Nettleton JA, Jacobs DR, Franco M. Fast-food consumption, diet quality, and neighborhood exposure to fast food: the multi-ethnic study of atherosclerosis. *Am J Epidemiol.* 2009;170(1):29-36.

Moore LV, Diez Roux AV, Franco M. Measuring availability of healthy foods: agreement between directly measured and self-reported data. *Am J Epidemiol.* 2012; 15;175(10):1037-44.

Moore K, Diez Roux AV, Auchincloss A, Evenson KR, Kaufman J, Mujahid M, Williams K. Home and work neighbourhood environments in relation to body mass index: the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis (MESA). *J Epidemiol Community Health.* 2013;67(10):846-53.

Moratoya EE, Carvalhaes GC, Wander AE, Almeida LMM. Mudanças no padrão de consumo alimentar no Brasil e no mundo. *Rev Pol Agr.* 2013, 7(1):72-84.

Moscovici S. A representação social da psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

Moscovici S. Representações sociais: investigações em psicologia social. 5ª Edição. Petrópolis: Editora Vozes; 2007.

Moubarac JC, Martins AP, Claro RM, Levy RB, Cannon G, Monteiro CA. Consumption of ultra-processed foods and likely impact on human health. Evidence from Canada. *Public Health Nutr.* 2013;16(12):2240-8.

Moura EC, Neto OLM, Malta DC, Moura L, Nilza NS, Bernal R et al. Vigilância de Fatores de Risco para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal (2006). *Rev Bras Epidemiol.* 2008; 11(supl 1): 20-37

Nago ES, Verstraeten R, Lachat CK, Dossa RA, Kolsteren PW. Food safety is a key determinant of fruit and vegetable consumption in urban Beninese adolescents. *J Nutr Educ Behav.* 2012;44(6):548-55.

Nathan A, Pereira G, Foster S, Hooper P, Saarloos D, Giles-Corti B. Access to commercial destinations within the neighbourhood and walking among Australian older adults. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2012 Nov 20;9:133.

Ng M, Fleming T, Robinson M, Thomson B, Graetz N, Margono C, et al. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet.* 2014 Aug 30;384(9945):766-81.

Orleans CT. Promoting the maintenance of health behavior change: recommendations for the next generation of research and practice. *Health Psychol.* 2000;19(1 Suppl):76-83.

Paes VM, Hesketh K, Moore OH, Summerbell C, Griffin S, van Sluijs EMF et al. Determinants of sugar-sweetened beverage consumption in young children: a systematic review. *Obesity Rev.* 2015;7: 1-11.

Pajares F, Olaz F. Teoria social cognitiva e autoeficácia: uma visão geral. In: Bandura A, Azzi RG, Polydoro S. *Teoria Social Cognitiva: conceitos básicos.* Porto Alegre: Artmed; 2008.

Pan American Health Organization (PAHO). Ultra-processed food and drink products in Latin America: Trends, impact on obesity, policy implications. Washington, DC: PAHO, 2015.

Pessoa CM, Mendes LL, Caiaffa WT, Malta DC, Velásquez-Meléndez G. Availability of food stores and consumption of fruit, legumes and vegetables in a Brazilian urban area. *Nutr Hosp*. 2014;31(3):1438-43.

Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009: análise do consumo alimentar e pessoal no Brasil. IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. 150 p.

Pinheiro ARO. A alimentação saudável e a promoção da saúde no contexto da segurança alimentar e nutricional. *Saúde em Debate* 2005; 29(70):125-139.

Popkin BM, Gordon-Larsen P. The nutrition transition: worldwide obesity dynamics and their determinants. *Int J Obes*. 2004;28(3 Suppl):2-9.

Popkin BM, Duffey K, Gordon-Larsen P. Environmental influences on food choice, physical activity and energy balance. *Physiol Behav*. 2005;86(6):603-13.

Popkin BM, Global nutrition dynamics: the world is shifting rapidly toward a diet linked with noncommunicable diseases. *Am J Clin Nut*. 2006; 84 (2): 289-298.

Popkin BM, Adair LS, Ng SW. NOW AND THEN: The Global Nutrition Transition: The Pandemic of Obesity in Developing Countries. *Nutr Rev*. 2012;70(1):3-21.

Poulain JP. The contemporary diet in France: "de-structuration" or from commensalism to "vagabond feeding". *Appetite*. 2002;39(1):43-55.

Poulain JP. *Sociologias da alimentação*. Florianópolis: Editora UFSC; 2004.

PMSP - Prefeitura Municipal de São Paulo. Atlas do Trabalho e Desenvolvimento da Cidade de São Paulo [atlas]. São Paulo; Prefeitura Municipal de São Paulo; 2007 [acesso em 14 mar 2014]. Disponível em: <http://atlas municipal.prefeitura.sp.gov.br/Login/Login.aspx>.

PMSP - Prefeitura Municipal de São Paulo. Feiras livres São Paulo; Supervisão de Abastecimento; 2012 [acesso em 05 maio 2015]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/trabalho/abastecimento/feiras_livres/

Ransley JK, Donnelly JK, Botham H, Khara TN, Greenwood DC, Cade JE. Use of supermarket receipts to estimate energy and fat content of food purchased by lean and overweight families. *Appetite*. 2003;41(2):141-48.

Regidor E, Gutiérrez-Fisac JL, Ronda E, Calle ME, Martínez D, Domínguez V. Impact of cumulative area-based adverse socioeconomic environment on body mass index and overweight. *J Epidemiol Community Health*. 2008;62(3):231-8.

Ritchie J, Lewis J, Elam G. Designing and selecting samples. In: Ritchie J, Lewis J. *Qualitative research practice: a guide for social Science students and researchers*. London: SAGE; 2003. p.77-108.

Rose D, Richards R. Food store access and household fruit and vegetable use among participants in the US Food Stamp Program. *Public Health Nutr*. 2004;7(8):1081-8.

Rozin P. The meaning of food in our lives: a cross-cultural perspective on eating and well-being. *J Nutr Educ Behav*. 2005;35(1 Suppl):S107-12.

Ryan GW, Bernard HR. Techniques to identify themes. *Field Methods* 2003; 15; 85.

Saelens BE, Glanz K, Sallis JF, Frank LD. Nutrition Environment Measures Study in Restaurants (NEMS-R): development and evaluation. *Am J Prev Med*. 2007;32(4):273-81.

Sallis JF, Owen N, Fisher EB. Ecological models of health behavior. In: Glanz K, Rimer B, Lewis F. *Health behavior and health education: theory and practice*. San Francisco: Jossey-Bass; 2008: 465-484.

Schulte EM, Avena NM, Gearhardt AN. Which foods may be addictive? The roles of processing, fat content, and glycemic load. *PLoS One*. 2015;10(2): e0117959.

Sharkey JR, Johnson CM, Dean WR. Food access and perceptions of the community and household food environment as correlates of fruit and vegetable intake among rural seniors. *BMC Geriatr* [internet]. 2010 [acesso em 25 de julho de 2015];10:32. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/10/32>.

Shepherd J, Harden A, Rees R, Brunton G, Garcia J, Oliver S, Oakley A. Young people and healthy eating: a systematic review of research on barriers and facilitators. *Health Educ Res*. 2006;21(2):239-57.

Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, Chor D, Menezes PR. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet*. 2011;377(9781):1949-61.

Sichieri R, Nascimento S, Coutinho W. The burden of hospitalization due to overweight and obesity in Brazil. *Cad Saude Publica*. 2007; 23(7):1721-7.

Spink MJPO. Conceito de Representação Social na Abordagem Psicossocial. *Cad Saude Publica*. 1993;9(3):300-8.

Stokols D. Establishing and maintaining healthy environments: toward a social ecology of health promotion. *Am Psychol*. 1992;47(1):6-22.

Story M, Kaphingst KM, Robinson-O'Brien R, Glanz K. Creating healthy food and eating environments: policy and environmental approaches. *Annu Rev Public Health* 2008; 29: 253–272.

Swinburn B, Egger G, Raza F. Dissecting obesogenic environments: the development and application of a framework for identifying and prioritizing environmental interventions for obesity. *Prev Med* 1999; 29: 563–570.

Swinburn B, Egger G. Preventive strategies against weight gain and obesity. *Obes Rev*. 2002;3(4):289-301.

Swinburn BA, Sacks G, Hall KD, McPherson K, Finegood DT, Moodie ML, et al. The global obesity pandemic: shaped by global drivers and local environments. *Lancet*. 2011;378(9793):804-14.

Swinburn B, Sacks G, Vandevijvere S, Kumanyika S, Lobstein T, Neal B, et al; INFORMAS. INFORMAS (International Network for Food and Obesity/non-communicable diseases Research, Monitoring and Action Support): overview and key principles. *Obes Rev*. 2013 Oct;14 Suppl 1:1-12.

Taylor AW, Coveney J, Ward PR, Henderson J, Meyer SB, Pilkington R, Gill TK. Fruit and vegetable consumption - the influence of aspects associated with trust in food and safety and quality of food. *Public Health Nutr*. 2012 Feb;15(2):208-17.

Thompson RL, Margetts BM, Speller VM, McVey D. The Health Education Authority's health and lifestyle survey 1993: who are the low fruit and vegetable consumers? *J Epidemiol Community Health*. 1999;53(9):294-9.

Toral N, Slater B. Abordagem do modelo transteórico no comportamento alimentar. *Cien Saude Colet*. 2007;12(6):1641-50.

Valente FLS. Direito humano à alimentação adequada: desafios e conquistas. São Paulo: Cortez Editora, 2002

Vandevijvere S, Chow CC, Hall KD, Umali E, Swinburn BA. Increased food energy supply as a major driver of the obesity epidemic: a global analysis. *Bull World Health Organ*. 2015a;93(7):446-56.

Vandevijvere S, Dominick C, Devi A, Swinburn B. The healthy food environment policy index: findings of an expert panel in New Zealand. *Bull World Health Organ*. 2015b; 93:294-302.

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(5): 876-84.

Wetsphal MF, Mendes R. Cidade saudável: uma experiência de interdisciplinaridade e intersetorialidade. *Revista de Administração Pública*. 2000; 34(6):47-61

Wetter AC, Goldberg JP, King AC, Sigman-Grant M, Baer R, Crayton E, et al. How and why do individuals make food and physical activity choices? *Nutr Rev*. 2001;59(3 Pt 2):S11-20.

Wilkinson RG, Pickett KE. Income inequality and population health: a review and explanation of the evidence. *Soc Sci Med* 2006;62: 1768–84.

Wijnhoven TM, Van Raaij JM, Yngve A, Sjöberg A, Kunešová M, Duleva V, Petrauskiene A, Rito AI, Breda J. WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative: health-risk behaviours on nutrition and physical activity in 6-9-year-old schoolchildren. WHO - World Health Organization. Globalization, diets and noncommunicable diseases. Geneva: World Health Organization; 2002.

WHO - World Health Organization. Joint WHO/FAO Expert Consultation. Report on Diet, nutrition and the prevention of chronic disease. Geneva: Switzerland; 2003. (WHO technical report series; 916).

WHO - World Health Organization. Global strategy on diet, physical activity and health. Geneva: World Health Organization; 2004.

WHO - World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. Geneva: World Health Organization; 2013.

Yeh M-C, Ickes SB, Lowenstein LM, Shuval K, Ammerman AS, Farris R, Katz DL. Understanding barriers and facilitators of fruit and vegetable consumption among a diverse multi-ethnic population in the USA. *Health Promot Int* 2008; 23:42-51.

Zenk SN, Schulz AJ, Kannan S, Lachance LL, Mentz G, Ridella W. Neighborhood retail food environment and fruit and vegetable intake in a multiethnic urban population. *Am J Health Promot*. 2009a;23(4):255-64.

Zenk SN, Schulz AJ, Odoms-Young AM. How neighborhood environments contribute to obesity. *Am J Nurs*. 2009b;109(7):61-4.

Zenk SN, Schulz AJ, Lachance LL, Mentz G, Kannan S, Ridella W, Galea S. Multilevel correlates of satisfaction with neighborhood availability of fresh fruits and vegetables. *Ann Behav Med*. 2009c;38(1):48-59.

Zenk SN, Odoms-Young AM, Dallas C, Hardy E, Watkins A, Hoskins-Wroten J, Holland L. "You have to hunt for the fruits, the vegetables": environmental barriers and adaptive strategies to acquire food in a low-income African American neighborhood. *Health Educ Behav*. 2011;38(3):282-92.

ANEXOS

Anexo 1 – Questionário de Indivíduos

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE HÁBITOS DE COMPRA E CONSUMO DE ALIMENTOS

Avaliador ID: Setor Censitário ID: Data: /

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

1. Sexo () M (1) () F (2) <i>(verificar se você ainda precisa de indivíduos deste sexo)</i>	
2. Qual sua idade? _____ <i>(verificar se você ainda precisa de indivíduos desta faixa etária)</i>	
3. Mora nesta área? <i>(apresentar mapa do(s) setor(es) censitário(s) ao entrevistado)</i>	() SIM (1) () NÃO (0)
4. Estuda ou trabalha nesta área? <i>(apresentar mapa do(s) setor(es) censitário(s) ao entrevistado)</i>	() SIM (1) () NÃO (0)

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE HÁBITOS DE COMPRA E
CONSUMO DE ALIMENTOS

Horário de início: <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> Horário de término: <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> Min.
5. ID _____		<input type="text"/> <input type="text"/>
6. Data de nascimento: ____/____/____	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>	
7. O(a) sr(a) estudou até que série? () não estudou (1) () ensino fundamental I ou até 4ª série (2) () ensino fundamental II ou até 8ª série (3) () ensino médio ou colegial (4) () ensino superior incompleto ou cursando (5) () ensino superior completo (6) () especialização, mestrado e/ou doutorado (7)		<input type="text"/>
8. O(a) sr(a) pode me fornecer o CEP de sua residência? () não (0) () sim (1) CEP _____ - _____ () recusa-se a informar (2) () não lembro (3) <i>(Neste caso, pergunte o endereço completo com rua, número e bairro)</i> _____ _____		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
9. Qual a renda total aproximada de sua família? <i>(mostrar cartão e pedir que o indivíduo aponte)</i> () Até 1 salário mínimo (1) () De 1 a 2 salários mínimos (2) () 2 a 5 salários mínimos (3) () 5 a 10 salários mínimos (4) () ≥ 10 salários mínimos (5) () Recusa-se a informar (6)		<input type="text"/>

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE HÁBITOS DE COMPRA E
CONSUMO DE ALIMENTOS

VAMOS CONVERSAR SOBRE ONDE E COM QUAL FREQUÊNCIA O SR. (A) COMPRA ALGUNS ALIMENTOS OU VAI A RESTAURANTES

<p>10. Em quantos dias da semana, o(a) sr(a) costuma almoçar ou jantar neste bairro em restaurante (quilo, self service, churrascaria, a la carte)?</p> <p>() nunca (1) () quase nunca (2) () 1 a 2 dias por semana (3) () 3 a 4 dias por semana (4) () 5 a 6 dias por semana (5) () todos os dias (6)</p>	<div style="text-align: center;">☐</div>
<p>11. Em quantos dias da semana, o(a) sr(a) costuma almoçar ou jantar neste bairro em lanchonetes, padarias ou bares?</p> <p>() nunca (1) () quase nunca (2) () 1 a 2 dias por semana (3) () 3 a 4 dias por semana (4) () 5 a 6 dias por semana (5) () todos os dias (6)</p>	<div style="text-align: center;">☐</div>
<p>12. O(a) sr(a) ou a pessoa responsável pelas compras em sua casa costuma comprar alimentos neste bairro?</p> <p>() não (0) <i>(pule para q15)</i> () sim (1)</p>	<div style="text-align: center;">☐</div>
<p>13. O(a) sr(a) costuma comprar frutas, verduras e/ou legumes neste bairro?</p> <p>() não (0) <i>(pule para q15)</i> () sim (1) () não costumo comprar frutas, legumes e/ou verduras (2) <i>(pule para q15)</i></p>	<div style="text-align: center;">☐</div>
<p>14. Dos locais abaixo, onde o(a) sr(a) compra frutas, legumes e verduras mais frequentemente?</p> <p>() Supermercado/hipermercado de grandes redes(1) () Mercado de bairro(2) () Feira livre(3) () Sacolão/mercado municipal(4)</p>	<div style="text-align: center;">☐</div>

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE HÁBITOS DE COMPRA E
CONSUMO DE ALIMENTOS

AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE O CONSUMO DE ALGUNS ALIMENTOS

<p>15. Em quantos dias da semana, o(a) sr(a) costuma comer salada de alface e tomate ou salada de qualquer outra verdura ou legume cru?</p> <p>() nunca (1)</p> <p>() quase nunca (2)</p> <p>() 1 a 2 dias por semana (3)</p> <p>() 3 a 4 dias por semana (4)</p> <p>() 5 a 6 dias por semana (5)</p> <p>() todos os dias (6)</p>	<div style="text-align: center; margin-top: 100px;"> <input style="width: 40px; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div>
<p>16. Em quantos dias da semana, o(a) sr(a) costuma comer verdura ou legume cozido junto com a comida ou na sopa, como por exemplo, couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha, sem contar batata, mandioca ou inhame?</p> <p>() nunca (1)</p> <p>() quase nunca (2)</p> <p>() 1 a 2 dias por semana (3)</p> <p>() 3 a 4 dias por semana (4)</p> <p>() 5 a 6 dias por semana (5)</p> <p>() todos os dias (6)</p>	<div style="text-align: center; margin-top: 100px;"> <input style="width: 40px; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 50px;"> <input style="width: 40px; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div>
<p>17. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma tomar suco de frutas natural ou feito a partir de polpa congelada?</p> <p>() nunca (1)</p> <p>() quase nunca (2)</p> <p>() 1 a 2 dias por semana (3)</p> <p>() 3 a 4 dias por semana (4)</p> <p>() 5 a 6 dias por semana (5)</p> <p>() todos os dias (6)</p>	<div style="text-align: center; margin-top: 100px;"> <input style="width: 40px; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div>
<p>18. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma comer frutas?</p> <p>() nunca (1)</p> <p>() quase nunca (2)</p> <p>() 1 a 2 dias por semana (3)</p> <p>() 3 a 4 dias por semana (4)</p> <p>() 5 a 6 dias por semana (5)</p> <p>() todos os dias (6)</p>	<div style="text-align: center; margin-top: 100px;"> <input style="width: 40px; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div>

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE HÁBITOS DE COMPRA E
CONSUMO DE ALIMENTOS

<p>19. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma tomar refrigerante (ou H2O^h ou Aquarius ou sucos artificiais como Tampico ou suco em pó)?</p> <p>() nunca (1) <i>(pule para q21)</i> () quase nunca (2) <i>(pule para q21)</i> () 1 a 2 dias por semana (3) () 3 a 4 dias por semana (4) () 5 a 6 dias por semana (5) () todos os dias (6)</p>	☐
<p>20. De qual tipo?</p> <p>() normal (1) () diet/light/zero (2) () ambos (3)</p>	☐
<p>21. Em quantos dias da semana, o(a) sr(a) costuma comer bolachas ou biscoitos doces recheados ou sem recheio?</p> <p>() nunca (1) () quase nunca (2) () 1 a 2 dias por semana (3) () 3 a 4 dias por semana (4) () 5 a 6 dias por semana (5) () todos os dias (6)</p>	☐
<p>22. Em quantos dias da semana, o(a) sr(a) costuma comer salgadinhos, como batatinha, <i>cheetos</i>, <i>ruffles</i>, <i>fofura</i> e/ou outros salgadinhos de pacote?</p> <p>() nunca (1) () quase nunca (2) () 1 a 2 dias por semana (3) () 3 a 4 dias por semana (4) () 5 a 6 dias por semana (5) () todos os dias (6)</p>	☐

AGORA ALGUMAS PERGUNTAS EM RELAÇÃO AO SEU PESO E ALTURA

<p>23. O (a) sr(a) sabe seu peso (mesmo que seja o valor aproximado)? (só aceitar >30 Kg e < 300kg)</p> <p>____, ____ kg () não sabe (8888) <i>(pule para q25)</i> () recusa-se a responder (9999)</p>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>
---	--

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE HÁBITOS DE COMPRA E
CONSUMO DE ALIMENTOS

<p>24. Quanto tempo faz que o(a) sr(a) se pesou desde a última vez?</p> <p>() menos de 1 semana (1)</p> <p>() entre 1 semana e 1 mês (2)</p> <p>() entre 1 mês e 3 meses (3)</p> <p>() entre 3 e 6 meses (4)</p> <p>() 6 ou mais meses (5)</p> <p>() nunca se pesou (6)</p> <p>() não lembra (7)</p>	<div style="text-align: center;"> <input style="width: 40px; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div>
<p>25. O(a) sr(a) sabe sua altura? (só aceitar >1,20m e <2,20m)</p> <p>___ m ___ cm () não sabe (888)</p> <p>() recusa-se a responder (999)</p>	<div style="text-align: center;"> <input style="width: 40px; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>, <input style="width: 40px; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div>

Muito obrigada(o) por sua participação.

Por último, gostaria de saber se o Sr(a) aceitaria participar de uma nova pesquisa, somente com entrevistas individuais ou em grupo, dentro de aproximadamente 6 meses, com o objetivo de melhor entendermos suas impressões, hábitos e atitudes sobre o consumo e compra de alguns tipos de alimentos.

<p>26. () Não (0) (agradecer e encerrar a entrevista)</p> <p>() Sim (1) (colher dados de contato e explicar que todos os dados serão mantido sob estrito sigilo)</p>	<div style="text-align: center;"> <input style="width: 40px; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div>
--	---

Nome: _____

End.: Rua/Av. _____, _____ Bairro _____

Cidade _____ Estado _____ CEP _____

E-mail: _____

Telefones: () _____ (residência) () _____ (celular/trabalho)

Anexo 2: Roteiro para entrevista semi-estruturada

ROTEIRO PARA ENTREVISTA – CAMPO QUALITATIVO

A - ATITUDES EM RELAÇÃO A AQUISIÇÃO E PREPARO DOS ALIMENTOS

1 - Você tem dificuldades para a aquisição de alimentos? Quais são estas dificuldades?

3 – Sobre o preparo das refeições em casa, existem dificuldades neste sentido? Quais seriam?

4 – E sobre realizar refeições ou consumir alimentos fora de casa? Como é pra você? Você encontra dificuldades neste processo? Por que?

B – PERCEPÇÕES SOBRE O AMBIENTE ALIMENTAR

Agora vamos conversar um pouco sobre os estabelecimentos, os locais que vendem alimentos no seu bairro.

1 - O que você acha sobre o bairro em que você mora / trabalha em relação a oferta de alimentos?

2 - Você costuma comprar os alimentos para consumo em casa no bairro em que mora / trabalha? Conte um pouco sobre o seu uso destes locais de venda de alimentos no bairro.

3 – E nas situações em que você come fora de casa. Neste bairro, como são os locais em que você geralmente costuma realizar as suas refeições? Conte sobre estes locais e porque você escolhe estes.

4 - Você acha que no seu bairro existe a oferta de alimentos saudáveis? Quais são os locais em que é possível comprar alimentos saudáveis? Quais são estes alimentos?

5- E em relação a alimentos que você não considera saudáveis, você acha que neste bairro existem locais onde você pode comprar estes alimentos? Conte um pouco como é e quais são estes alimentos.

6- Você acha que o oferecimento de alimentos neste bairro interfere no modo como você consome os alimentos? Por que?

7- Durante a nossa conversa, você falou sobre alguns pontos de venda de alimentos que você costuma utilizar. E pensando sobre este bairro (que vc mora ou trabalha), o que vc acha dessa vizinhança em termos de atender as suas necessidades de alimentação e nutrição?

8- Nestes locais de vendas alimentos no seu bairro, como é a oferta de frutas, legumes e verduras? Em quais locais se pode comprar estes produtos? Vc costuma frequentar estes locais? Como é o seu uso destes locais?

9-E se você quiser comprar alimentos prontos para o consumo, como lanches, salgadinhos, refrigerantes, você encontra com facilidade? Em quais locais se pode comprar estes produtos? Vc costuma frequentar estes locais? Como é o seu uso destes locais?

10- Pensando um pouco sobre este bairro em que você mora / trabalha e os locais de vendas de alimentos que existem por aqui, se vc fosse recomendar locais para outras pessoas, quais vc recomendaria e por que? O que tem lá de bom para comprar / comer? Por que vc gosta desse lugar, quais são os atrativos? Vc costuma frequentar este lugar? Por que?

11- Quais locais vc não recomendaria? Por que não recomendaria? Você costuma frequentar estes locais? Por que?

12 - Quais estabelecimentos deste bairro que vc faz questão frequentar enquanto locais que você pode se alimentar ou adquirir alimentos?

13 - Você acha que faltam estabelecimentos de venda de alimentos no bairro? Quais tipos vc gostaria que tivesse no seu bairro?

Anexo 3 – Dendrograma sobre análise de clusters

Anexo 4 – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde
Pública da Universidade de São Paulo

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Faculdade de Saúde Pública
Universidade de São Paulo

OF.COEP/311/11

05 de setembro de 2011.

Prezadas pesquisadora e orientadora,

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, em sua **7.ª/11 Sessão Ordinária**, realizada em **02/09/2011**, analisou de acordo com a Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, o protocolo de pesquisa n.º 2269, intitulado **"PERCEPÇÕES DE ADULTOS RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO SOBRE AS INFLUÊNCIAS DO AMBIENTE URBANO NOS COMPORTAMENTOS ALIMENTARES."**, do grupo III, sob responsabilidade da pesquisadora **Luara Bellinghausen Almeida** e orientação da Professora **Patrícia Constante Jaime**, considerando-o **APROVADO**.

Cabe lembrar que, de acordo com a Res. CNS 196/96, são deveres do(a) pesquisador(a):
1) Comunicar de imediato qualquer alteração no projeto e aguardar manifestação deste Comitê de Ética em Pesquisa para dar continuidade à pesquisa; 2) Manter sob sua guarda e em local seguro, pelo prazo de 5 (cinco) anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo COEP, no caso eventual auditoria; 3) Comunicar formalmente a este Comitê quando houver o encerramento da pesquisa; 4) Elaborar e apresentar relatórios parciais e final; 5) Justificar perante o COEP interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Atenciosamente,

Prof. Tit. Claudio Leone

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa - FSP/USP

Ilm.ª Sr.ª
Prof.ª Assoc. **Patrícia Constante Jaime**
Departamento de Nutrição
Faculdade de Saúde Pública/USP

Anexo 5 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Baseado na Resolução CNS/196 de 10/10/1996 e na orientação da Organização Mundial de Saúde)

Título da pesquisa: *Percepção de adultos residentes no município de São Paulo sobre as influências do ambiente urbano nos comportamentos alimentares.*

Nome da pesquisadora: Luara Bellinghausen Almeida

Nome da orientadora: Patricia Constante Jaime

Este formulário contém dados relacionados ao consentimento para utilização de informações coletadas durante a realização da pesquisa “Percepção de adultos residentes no município de São Paulo sobre as influências do ambiente urbano nos comportamentos alimentares” pela pesquisadora Luara Bellinghausen Almeida.

A pesquisa tem por objetivo avaliar a percepção de indivíduos adultos sobre a influência do ambiente no comportamento alimentar.

A participação consiste em fornecer entrevistas que serão gravadas em arquivos de áudio e posteriormente transcritas e analisadas. Trechos das entrevistas poderão ser publicados em materiais acadêmicos, como teses e artigos científicos, garantindo-se a total preservação da identidade dos entrevistados. Pode ser necessária a participação em uma ou mais entrevistas. O horários e locais das entrevistas serão previamente agendados de acordo com a maior conveniência do entrevistados. Será fornecido o auxílio para as despesas de transportes para chegar ao local marcado para a entrevista.

A escolha das pessoas para participarem da pesquisa foi realizada a partir do critério de morar ou trabalhar em bairros do Município de São Paulo previamente definidos.

A participação é voluntária e garante a liberdade de recusa na participação ou retirada do consentimento em qualquer fase do trabalho, sem penalização alguma e sem prejuízo de qualquer espécie.

Este estudo não representa riscos à saúde física ou moral. Não há obrigatoriedade em responder perguntas que julgue serem íntimas ou que possam trazer algum tipo de desconforto.

A participação nesta pesquisa pode não trazer diretamente nenhum benefício pessoal ao participante, mas contribuirá para o conhecimento científico em Nutrição em Saúde Pública e possivelmente para a formulação de intervenções mais efetivas na promoção da alimentação saudável, visando resultados na saúde da população.

As informações concedidas nas entrevistas são totalmente confidenciais e não serão compartilhadas com pessoas de fora do grupo de pesquisa. Todas as informações serão mantidas em sigilo e serão identificadas por números, a fim de se preservar a identidade.

Eventuais dúvidas, reclamações ou solicitações para garantia de atendimento a qualquer dano eventualmente causado pelo estudo, podem ser feitas junto à pesquisadora responsável pela pesquisa Luara Bellinghausen Almeida no telefone 3066 7705 Ramal 222 e e-mail luara@usp.br. O projeto desta pesquisa foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Faculdade de Saúde Pública da USP (CEP-FSP/USP), que é um comitê cuja tarefa é ter certeza de que os participantes de pesquisa serão bem atendidos e protegidos de qualquer dano.

Eu, _____, fui convidado a participar da pesquisa “Percepção de adultos residentes no município de São Paulo sobre as influências do ambiente urbano nos comportamentos alimentares”. Eu entendo que participarei em entrevistas. Estou consciente que talvez não haja nenhum benefício pessoal e que só receberei o pagamento de minhas despesas de viagem. Fui informado de como entrar em contato facilmente com o pesquisador.

Assinatura do participante:

Assinatura do pesquisador:

Local e Data:/...../.....

Anexo 6 – Primeira página do currículo lattes da autora da tese Luara
Bellinghausen Almeida

Luara Bellinghausen Almeida

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/8743088177156557>

Última atualização do currículo em 16/09/2015

Resumo informado pelo autor

Nutricionista, Especialista em Nutrição Materno-Infantil (UNIFESP 2003) e Mestre em Saúde Pública (FSP/USP 2007). Doutoranda do Programa de Nutrição em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Professora Adjunta e Coordenadora Auxiliar do Curso de Nutrição da Universidade Paulista (UNIP). Experiência em Nutrição e Saúde Pública, intervenções nutricionais para prevenção e controle de doenças crônicas não transmissíveis, nutrição materno-infantil e alimentação escolar. Pesquisa desenvolvida no mestrado teve enfoque em Nutrição e HIV/Aids.

(Texto informado pelo autor)

Links para Outras Bases:

SciELO - Artigos em texto completo

Dados pessoais

Nome Luara Bellinghausen Almeida

Nascimento 07/04/1978 - São Bernardo do Campo/SP - Brasil

CPF 269.878.158-01

Formação acadêmica/titulação

- 2010** Doutorado em Saúde Pública.
Universidade de São Paulo, USP, São Paulo, Brasil
Título: Percepção de adultos em idade trabalhadora sobre as influências do ambiente urbano nos comportamentos alimentares.
Orientador: Patricia Constante Jaime
- 2005 - 2007** Mestrado em Programa de Pós-graduação em Saúde Pública.
Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, FSP-USP, São Paulo, Brasil
Título: Eficácia de um programa de aconselhamento nutricional para indivíduos vivendo com HIV/Aids, Ano de obtenção: 2007
Orientador: Patricia Constante Jaime
- 2003 - 2004** Especialização em Saúde, Nutrição e Alimentação Infantil.
Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP, São Paulo, Brasil
Título: Relatório das atividades desenvolvidas:
Orientador: Dirce Maria Sigulem
Bolsista do(a): Fundação do Desenvolvimento Administrativo
- 1998 - 2002** Graduação em Nutrição.
Centro Universitário São Camilo, SÃO CAMILO, São Paulo, Brasil
Título: Programa de Educação e Orientação Alimentar para Ginastas de Aeróbica Federadas a Sociedade Esportiva Palmeiras
Orientador: Mauro Fisberg e Maria do Carmo A. Leung
- 1996 - 1998** Graduação em Curso Superior de Tecnologia Em Hotelaria.
Senac Ceatel, SENAC-CEATEL, Brasil
Título: Planejamento e Desenvolvimento de Projeto Hoteleiro

Formação complementar

- 2003 - 2003** Extensão universitária em Avaliação de Programas de Educação Nutricional.
Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, FSP-USP, São Paulo, Brasil

Atuação profissional

1. Universidade Paulista - UNIP

Vínculo institucional

- 2007 - Atual** Vínculo: Celetista formal, Enquadramento funcional: Professor Adjunto, Carga horária: 30, Regime: Parcial

2. Escola Soleil de Educação Infantil - SOLEIL

Vínculo institucional

- 2006 - 2010** Vínculo: CLT, Enquadramento funcional: Nutricionista, Carga horária: 16, Regime: Parcial

Anexo 7 – Primeira página do currículo lattes da orientadora da tese Patricia

Constante Jaime

Patricia Constante Jaime

Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq - Nível 2 - CA SN - Saúde Coletiva e Nutrição

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/6023019204006612>

Última atualização do currículo em 10/09/2015

Nutricionista. Professora associada do Departamento de Nutrição da Faculdade de Saúde Pública (FSP) da Universidade de São Paulo (USP). Mestre e Doutora em Saúde Pública pela FSP/USP. Pós-Doutora em Epidemiologia Nutricional pelo Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde - NUPENS / USP e em Políticas Públicas de Alimentação e Nutrição pela London School of Hygiene and Tropical Medicine, Reino Unido. Foi Coordenadora da Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde no período de 2011 a 2014. Tem experiência no campo da alimentação e nutrição em saúde coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: avaliação de programas e políticas de alimentação e nutrição, consumo alimentar de grupos populacionais, intervenções nutricionais e promoção da alimentação saudável. Bolsista Produtividade em Pesquisa do CNPq - Pq2. (Texto informado pelo autor)

Identificação

Nome	Patricia Constante Jaime
Nome em citações bibliográficas	JAIME, P. C.;Jaime, Patricia Constante;Jaime PC;JAIME, PATRICIA C;JAIME, PATRÍCIA CONSTANTE;JAIME, P C;JAIME, P.C.;JAIME, PATRICIA;JAIME, PATRICIA C.;JAIME, PATRÍCIA;JAIME, PATRÍCIA CONSTANTE

Endereço

Endereço Profissional	Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública. Avenida Dr. Arnaldo, 715 2º andar (Departamento de Nutrição) Cerqueira Cesar 01246904 - São Paulo, SP - Brasil Telefone: (11) 30717866
------------------------------	---

Formação acadêmica/titulação

1999 - 2001	Doutorado em Saúde Pública (Conceito CAPES 6). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Correções em medidas de consumo alimentar: aplicação na análise da correlação do consumo de cálcio, proteína e energia com a densidade mineral óssea em homens adultos e idosos, Ano de obtenção: 2001. Orientador: Maria do Rosário Dias de Oliveira Latorre. Bolsista do(a): Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, CAPES, Brasil. Palavras-chave: Consumo alimentar, inquérito alimentar, DMO. Grande área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Epidemiologia. Setores de atividade: Nutrição e Alimentação.
1996 - 1999	Mestrado em Saúde Pública (Conceito CAPES 6). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Consumo de cálcio dietético e densidade mineral óssea em homens adultos e idosos, Ano de Obtenção: 1999. Orientador: Maria de Fátima Nunes Marucci. Bolsista do(a): Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, CNPq, Brasil. Palavras-chave: osteoporose, densidade mineral óssea, cálcio, idosos. Grande área: Ciências da Saúde / Área: Nutrição / Subárea: Análise Nutricional