

DENISE MARIA VIEIRA

**INFLUÊNCIAS DA FAMÍLIA E DA ESCOLA NO CONSUMO DE
ALIMENTOS COM ALTO TEOR DE AÇÚCAR, GORDURA E SÓDIO
ENTRE CRIANÇAS DE CLASSES SOCIAIS DIFERENTES**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Economia Doméstica, para obtenção do título de *Magister Scientiae*.

VIÇOSA
MINAS GERAIS – BRASIL
2013

**Ficha catalográfica preparada pela Biblioteca Central da Universidade
Federal de Viçosa - Câmpus Viçosa**

T

V658i
2013
Vieira, Denise Maria, 1968-
Influências da família e da escola no consumo de alimentos
com alto teor de açúcar, gordura e sódio entre crianças de classes
sociais diferentes / Denise Maria Vieira. – Viçosa, MG, 2013.
xiii, 103 f. : il. (algumas color.) ; 29 cm.

Inclui anexos.

Inclui apêndices.

Orientador: Tereza Angélica Bartolomeu.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Viçosa.

Referências bibliográficas: f. 74-78.

1. Crianças - Nutrição. 2. Alimentos - Consumo. 3. Hábitos alimentares. I. Universidade Federal de Viçosa. Departamento de Economia Doméstica. Programa de Pós-Graduação em Economia Doméstica. II. Título.

CDD 22. ed. 649.3

FICHA CATALOGRÁFICA

DENISE MARIA VIEIRA

**INFLUÊNCIAS DA FAMÍLIA E DA ESCOLA NO CONSUMO DE
ALIMENTOS COM ALTO TEOR DE AÇÚCAR, GORDURA E SÓDIO
ENTRE CRIANÇAS DE CLASSES SOCIAIS DIFERENTES**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Economia Doméstica, para obtenção do título de *Magister Scientiae*.

APROVADA: 6 junho de 2013.

Neuza Maria da Silva

Raquel Maria Amaral Araujo

Maria do Carmo Fontes de Oliveira

Tereza Angélica Bartolomeu

AGRADECIMENTOS

A Deus, fonte de toda graça e sabedoria, pois Nele encontrei forças para perseverar e vencer mais essa etapa da minha vida.

À Maria, minha “mãe do céu”, por sua interseção e bênçãos.

Ao meu marido Henderson, por estar sempre ao meu lado, incentivando-me e vibrando comigo, a cada nova descoberta, durante este trabalho.

Aos meus filhos Yan e Mateus, pois o simples fato de existirem me torna mais forte e mais confiante para trilhar novos caminhos.

À minha mãe Maria das Graças e à minha sogra Maria Amélia, que não mediram esforços para me ajudar sempre que necessário.

Aos meus amigos que torceram por mim e vibraram com a minha conquista.

À direção e todos os funcionários das duas escolas, que abriram as portas para a realização deste trabalho, acolhendo-me com muito carinho.

Às crianças e aos pais que participaram desta pesquisa, pelo carinho com o qual me receberam, fornecendo informações preciosas, sem as quais não seria possível a realização deste trabalho.

À minha orientadora professora Tereza Angélica Bartolomeu, pela dedicação, paciência, amizade e confiança, pelo profissionalismo e comprometimento com este trabalho.

À minha coorientadora Maria do Carmo Fontes de Oliveira, por me mostrar que devo acreditar nos meus sonhos e que obstáculos existem para serem superados.

À professora Neuza Maria da Silva, por me receber de coração aberto, acolhendo e orientando-me, quando eu não sabia como começar.

À professora Raquel Maria Amaral Araujo, pelo carinho e pelas valiosas contribuições.

Às alunas do curso de Economia Doméstica Débora e Nismayra, que me apoiaram, com dedicação e responsabilidade, durante as oficinas de grupos focais.

BIOGRAFIA

DENISE MARIA VIEIRA, filha de José Francisco Vieira e Maria das Graças Pimentel Vieira, nasceu em Viçosa, Minas Gerais, no dia 2 de agosto de 1968.

Concluiu o curso de graduação em Economia Doméstica na Universidade Federal de Viçosa em fevereiro de 1995.

Em 1995, deu início à sua carreira profissional no Serviço Social da Indústria - SESI, Vitória, ES, onde atuou como professora do ensino fundamental, ministrando aulas de Técnicas em Economia Doméstica, e como professora de cursos profissionalizantes para adultos na área de nutrição e culinária.

Em 1998, passou a trabalhar na Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural (EMATER-MG), exercendo o cargo de Extensionista de Bem-Estar Social, com atuação em desenvolvimento de projetos e políticas públicas em saúde, saneamento, alimentação e nutrição.

Em 2011, ingressou no Programa de Pós-Graduação em Economia Doméstica, em nível de mestrado, linha de pesquisa Estudo da Família e Economia do Consumo Familiar, da Universidade Federal de Viçosa-MG, submetendo-se à defesa de dissertação em 6 de junho de 2013.

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS	VI
LISTA DE QUADROS	VII
LISTA DE TABELAS.....	VIII
LISTA DE ABREVIATURAS	IX
RESUMO	X
ABSTRACT	XII
1 – INTRODUÇÃO	1
1.1 O PROBLEMA E SUA IMPORTÂNCIA	4
1.2 OBJETIVOS	6
2 REVISÃO BIBLIOGRAFICA	6
2.1 CONSUMO ALIMENTAR.....	7
2.1.1 CONSUMO DE ALIMENTOS COM ALTO TEOR DE AÇÚCAR, GORDURAS E SÓDIO	12
2.2 PROBLEMAS DECORRENTES DA ALIMENTAÇÃO INADEQUADA	15
2.3 COMPORTAMENTO ALIMENTAR	17
2.3.1 COMPORTAMENTO ALIMENTAR DA CRIANÇA	20
3 MARCO TEORICO	22
3.1 TEORIA SOCIAL COGNITIVA E AUTOEFICÁCIA	22
3.1.1 COMO SÃO CRIADAS AS CRENÇAS DE AUTOEFICÁCIA	25
3.1.2 ESTUDOS DESENVOLVIDOS UTILIZANDO A TEORIA SOCIAL COGNITIVA E AUTOEFICÁCIA	26
4 METODOLOGIA.....	28
4.1 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	28
4.2 LOCAL DE ESTUDO	28
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	29
4.4 VARIÁVEIS DE ANÁLISE	30
4.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	32
4.6 ANÁLISE DE DADOS.....	36
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	38
5.1 PERFIL DAS FAMÍLIAS DAS CRIANÇAS ESTUDADAS	38
5.2 CONSUMO, PREFERÊNCIAS, PERCEPÇÕES DAS CRIANÇAS QUANTO A SUA ALIMENTAÇÃO ...	40
5.3 INFLUÊNCIA DA FAMÍLIA NO CONSUMO ALIMENTAR DAS CRIANÇAS	46
5.4 INFLUÊNCIA DA ESCOLA NO CONSUMO ALIMENTAR DAS CRIANÇAS	50
5.5 CONSUMO DE ALIMENTOS COM ALTO TEOR DE AÇÚCAR, GORDURA E SÓDIO, NOS GRUPOS A E B NA PERSPECTIVA DOS PAIS (OU RESPONSÁVEIS)	56
5.6 AUTOEFICÁCIA DAS MÃES EM CONSUMIR ALIMENTOS COM MENOS TEOR DE AÇÚCAR, GORDURA E SÓDIO	65
6 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	71
REFERÊNCIAS	74
APÊNDICES.....	79
APÊNDICE 1- CARTA AOS PAIS (OU RESPONSÁVEIS)	80
APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	81
APÊNDICE 3 - CARTA DE AGRADECIMENTO E SOLICITAÇÃO AOS PAIS	82
APÊNDICE 4 - ROTEIRO DE ENTREVISTA EM GRUPO FOCAL COM CRIANÇAS	83

APÊNDICE 5 - QUESTIONÁRIO DE AUTOEFICÁCIA.....	84
APÊNDICE 6 - QUESTIONÁRIO PERFIL SÓCIO-ECONÔMICO DAS FAMÍLIAS.....	85
APÊNDICE 7 - QUESTIONÁRIO DE FREQUÊNCIA ALIMENTAR DAS CRIANÇAS	87
APÊNDICE 8 - PERFIL DAS CRIANÇAS DA ESCOLA PARTICULAR (GB)	88
APÊNDICE 9 - PERFIL DAS CRIANÇAS DA ESCOLA MUNICIPAL (GA).....	89
APÊNDICE 10- AUTORIZAÇÕES PARA USO DE IMAGENS	90
APÊNDICE 11 – CODIFICAÇÃO DOS GRUPOS FOCALIS DO GA (ESCOLA PÚBLICA)	93
APÊNDICE 12 – CODIFICAÇÃO DOS GRUPOS FOCALIS DO GB (ESCOLA PARTICULAR).....	97
ANEXOS	101
ANEXO 1 - AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA	102
ANEXO 2 - CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA BRASIL- CCEB – 2012 - SISTEMA DE PONTOS	103

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade – Viçosa (MG) 2010.....	29
Figura 2- Oficina de grupo focal - GA.....	34
Figura 3- Oficina de grupo focal - GB.....	34
Figura 4- Desenhos realizados pelas crianças durante as oficinas de grupos focais- Viçosa –MG , 2012	41
Figura 5 - Crianças do GA merendando durante o recreio escolar Viçosa-MG, 2012	52
Figura 6 - Crianças do GA merendando durante o recreio escolar Viçosa-MG, 2012	53
Figura 7 - Merenda de criança do GB-Viçosa-MG, 2012.....	55
Figura 8 - Crianças do GB merendando durante o recreio escolar – Viçosa-MG, 2012	56
Figura 9 - Informação nutricional de dois tipos de biscoito.....	63

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Divisão dos grupos focais	32
Quadro 2 – Percepção e conhecimento sobre os alimentos- Viçosa-MG, 2012	42
Quadro 3 - Preferências alimentares das crianças-Viçosa-MG, 2012.....	44
Quadro 4 – Consumo das crianças –Viçosa-MG, 2012	45
Quadro 5 - Influência da família no comportamento alimentar – Viçosa-MG, 2012	46
Quadro 6 - Influência da escola no consumo alimentar das crianças (G. A) – Viçosa-MG, 2012	51
Quadro 7 - Influência da escola no consumo alimentar das crianças (G. B) -Viçosa-MG, 2012	54
Quadro 8 - Frequência de consumo de bebidas, com alto teor de açúcar - n (%) – Viçosa – MG, 2012	57
Quadro 9 - Frequência de consumo de alimentos salgados, com alto teor de gorduras /sal - n (%) Viçosa-MG, 2012	60
Quadro 10 - Frequência de consumo de biscoitos/bolos, com alto teor de açúcar/gordura – n (%)Viçosa-MG, 2012	61
Quadro 11 - Frequência de consumo de alimentos doces, com alto teor de açúcar /gordura – n % - Viçosa – MG, 2012	64

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Mortalidade por diferentes tipos de doenças no Brasil (1979, 1998, 2003).	11
Tabela 2 - Perfil das famílias das crianças estudadas -Viçosa –MG, 2012.....	40
Tabela 3 - GA - Consumo dos filhos e autoeficácia das mães Viçosa-MG, 2012	66
Tabela 4 - GB - Consumo dos filhos e autoeficácia das mães Viçosa-MG, 2012	67
Tabela 5 - Situações de maior e menor autoeficácia para seguir uma alimentação com reduzida quantidade de açúcar, gordura e sódio Viçosa-MG, 2012	68

LISTA DE ABREVIATURAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AUP	Alimentos Ultraprocessados
ABP	Associação Brasileira de Pesquisa
CCEB	Critério de Classificação Econômica Brasil
CONSEA	Conselho Nacional de Segurança Alimentar
DAA	Direito a Alimentação Adequada
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DHAA	Direito Humano a Alimentação Adequada
FNDE	Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
GA	Grupo A
GB	Grupo B
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MEC	Ministério da Educação
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAT	Programa de Alimentação do Trabalhador
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNAE	Programa Nacional de Alimentação Escolar
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
QFA	Questionário de Frequência Alimentar
SAN	Segurança Alimentar Nacional
TSC	Teoria Social Cognitiva

RESUMO

VIEIRA, Denise Maria, M. Sc., Universidade Federal de Viçosa, junho de 2013. **Influências da família e da escola no consumo de alimentos com alto teor de açúcar, gordura e sódio entre crianças de classes sociais diferentes.** Orientadora: Tereza Angélica Bartolomeu. Coorientadora: Maria do Carmo Fontes de Oliveira.

Vários estudos apontam o consumo de alimentos com alto teor de açúcar, gordura e sódio como um dos principais fatores para o aumento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil. Algumas ações vêm sendo desenvolvidas no País para reverter esse quadro, como programas educacionais e de intervenção nutricional. Contudo, cresce a cada dia o consumo de alimentos ultraprocessados com alto teor de açúcar, gordura e sódio e, conseqüentemente, o número de doenças relacionadas ao seu consumo. De acordo com o Ministério da Saúde, 260 mil mortes poderiam ser evitadas anualmente se a alimentação da população fosse adequada. Assim, tornam-se cada vez mais urgentes ações que promovam práticas alimentares mais saudáveis, as quais devem ser promovidas e incentivadas desde a infância, sendo a família e a escola fundamentais nesse processo. Este estudo teve como objetivo verificar a influência da família e da escola sobre o consumo de alimentos com alto teor de açúcar, gordura e sódio entre crianças de 7 a 9 anos de idade. A amostra foi composta por 45 crianças, sendo 25 matriculadas em uma escola pública e 20 em uma escola particular da cidade de Viçosa, MG. Uma subamostra foi composta de 28 mães, sendo 13 mães de crianças da escola pública e 15 de crianças da escola particular. Os participantes da escola pública foram denominados grupo A (GA), e os participantes da escola particular, grupo B (GB). Para obtenção dos dados junto às crianças, foi utilizada a técnica de grupo focal e observação direta, com o objetivo de avaliar as preferências, o consumo e a percepção delas quanto aos alimentos que consomem nos intervalos das principais refeições. Quanto às mães, os dados foram obtidos através da aplicação de questionários e de reuniões com elas. Verificou-se que os grupos se diferenciavam quanto a classe econômica, escolaridade das mães, número de filhos, médias de idade das mães e ocupação destas. Por meio das oficinas de grupos focais, verificou-se que, embora as crianças pertencessem a grupos com características diferentes, elas tinham gostos semelhantes, preferindo alimentos com alto teor de açúcar, gordura e sódio. Semelhanças quanto à percepção de quais alimentos são bons ou ruins para a saúde também foram encontradas entre os dois grupos. As crianças referiam-se aos alimentos como balas, pirulitos, refrigerantes,

biscoitos recheados e salgadinhos tipo *chips* como alimentos que fazem mal à saúde, e a alimentos como frutas, legumes e verduras, como aqueles bons para a saúde. No entanto, as crianças do GA relataram consumir mais os alimentos de sua preferência, ao passo que as crianças do GB disseram consumir alimentos de sua preferência com menor frequência. Foi feito um levantamento, junto às mães, de 17 variedades de alimentos com alto teor de açúcar, gordura e sódio, consumidos por seus filhos, nos últimos seis meses. Foi avaliado também o quanto as mães das crianças eram autoeficazes em consumir uma dieta com redução de açúcar, gordura e sódio. Entre as crianças do GA a frequência de consumo desses alimentos foi maior em relação às do GB. Embora as crianças dos dois grupos compartilhassem preferências e percepções semelhantes em relação aos alimentos com alto teor de açúcar, gordura e sódio, os comportamentos diante desses alimentos variavam de acordo com a classe econômica, escolaridade materna e autoeficácia das mães em seguir uma dieta com redução de açúcar, gordura e sódio. Os resultados mostraram que as crianças do GA pertenciam às classes econômicas C e D e eram filhas de mães com baixa escolaridade e baixa autoeficácia em reduzir o consumo de alimentos com alto teor de açúcar, gordura e sódio. Essas crianças tinham grande disponibilidade desses alimentos nos ambientes familiar e escolar e grande autonomia para seu consumo. As crianças do GB pertenciam às classes econômicas A e B e eram filhas de mães com alta escolaridade e maior autoeficácia em reduzir o consumo de alimentos com alto teor de açúcar, gordura e sódio. As crianças deste grupo tinham menos disponibilidade de alimentos com alto teor de açúcar, gordura e sódio tanto no ambiente familiar quanto no escolar e menor autonomia para seu consumo. Este estudo confirma a necessidade de intervenções de educação nutricional junto às mães, visando aumentar a autoeficácia destas para a redução do consumo de alimentos com alto teor de açúcar, gordura e sódio, uma vez que os resultados mostraram relação entre autoeficácia das mães e maior ou menor consumo desses alimentos por parte das crianças. Família e escola devem compartilhar dos mesmos ideais em relação à educação alimentar das crianças, sendo fundamental o desenvolvimento de parceria entre elas.

ABSTRACT

VIEIRA , Denise Maria M. Sc., Federal University of Viçosa , June 2013. Influences of family and school in the consumption of foods which are high in sugar, fat and sodium by children from different social classes. Advisor: Tereza Angelica Bartolomeu. Coadvisor: Maria do Carmo Fontes de Oliveira.

Several studies point out the consumption of foods which are high in sugar, fat and sodium as a major cause of the increase of Chronic Non-Contagious Diseases in Brazil. Some actions have been taken in the country to change this situation, using educational programs and nutritional intervention. However, the consumption of ultra-processed foods which are high in sugar, fat and sodium is growing every day and, consequently, the number of diseases related to their consumption is increasing as well. According to Ministério da Saúde, 260,000 deaths could be prevented annually if the population's food intake were adequate. Thus, actions to promote healthier eating habits are becoming increasingly urgent. Those actions should be promoted and encouraged since childhood. Besides, family and school play fundamental roles in this process. In this way, this study aimed to verify the influence of family and school on the consumption of foods which are high in sugar, fat and sodium by children from 7 to 9 years of age. The subjects were 45 children, 25 of them were enrolled in a public school and 20 in a private school, both in the city of Viçosa, Minas Gerais, Brazil. Mothers of 28 of those students were also investigated. 13 of them had children attending the public school and 15 had children in the private school. The participants of the public school were called Group A (GA), and the participants from the private school were called Group B (GB). To obtain the data from the children, it was used the technique of focal group and observation, in order to evaluate their preferences, eating habits and perception about the food they eat between the main meals. As for the mothers, the data were obtained through questionnaires and in meetings. It was found that the groups differed according to socioeconomic level, mothers' degree of education, number of children they had, mean age of mothers and their occupation. Through focal group workshops, it was found that although children belonged to groups with different characteristics, they had similar tastes, preferring food with a high content of sugar, fat and sodium. Similarities in their perception about foods which are good or bad for their health were also found between the two groups. Children referred to food such as candies, lollipops, soda, sandwich cookies and chips as the ones that are bad for

their health, and foods such as fruits, vegetables and greens as good for their health. Children in the GA reported consuming more foods of their choices, while the children of GB said they consume foods of their choices with the lowest frequency. A survey was carried out with the mothers involving 17 varieties of foods (high in sugar, fat and sodium) consumed by their children for the past six months. It was also evaluated how much the mothers were efficient in following a diet with reduced fat, sugar and sodium. Among the children of the GA, the frequency of consumption of those foods was higher compared to the GB. Although children of both groups share similar preferences and perceptions regarding foods which are high in sugar, fat and sodium, eating habits varied according to socioeconomic level, mother's level of education and mothers' self-efficacy to follow a diet with reduced sugar, fat and sodium. The results showed that children in GA belonged to economical classes C and D were born to mothers with low education level and low self-efficacy in reducing the consumption of foods high in sugar, fat and sodium. These children had large access to those foods at home and at school and shared great autonomy related to their consumption. Children of GB belonged to economical classes A and B and were born to mothers with higher education and higher self-efficacy in reducing the consumption of foods with a high level of sugar, fat and sodium. Children in this group had less access to that kind of food in the family and in school environment and less autonomy for their consumption. This study confirms the need for nutritional education interventions among mothers to increase their self-efficacy in order to reduce the consumption of unhealthy foods, since the results showed a relationship between mothers' self-efficacy and greater or lower level of consumption of those foods by children. Family and school must share the same ideals in relation to children nutritional education. For this, it is essential to develop a partnership between them.

1 – INTRODUÇÃO

A alimentação adequada, vista como direito humano, está prevista em diversos tratados e documentos internacionais, como a Declaração dos Direitos Humanos (1948), a Convenção Americana de Direitos Humanos (1969), a Conferência Mundial da Alimentação (1974), o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1996), entre outros. O Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) passou a fazer parte também da Constituição Brasileira de 1988, no artigo 6º, com a Emenda Constitucional nº 64, de 2010. Portanto, o DHAA é uma obrigação do Estado brasileiro e uma responsabilidade da sociedade (BURITY et al., 2010; BRASIL, 1998).

No entanto, garantir o DHAA é algo complexo, devendo contemplar o direito de todo cidadão de estar livre da fome, bem como garantir a todos uma alimentação adequada em quantidade e qualidade. Nessa perspectiva, surge o conceito de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN).

Segundo Burity (2010), para garantir a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) da população, torna-se necessário disponibilizar alimentos para todos, seja diretamente, a partir de terras produtivas ou a partir de alimentos comprados, ou através de provimentos, como, por exemplo, entrega de cestas básicas.

A adequação dos alimentos disponíveis também deve ser garantida, respeitando a cultura alimentar e garantindo alimentos para casos específicos – por exemplo, no caso de portadores de doença celíaca, garantir que os alimentos não contenham substâncias adversas em níveis superiores aos estabelecidos por padrões internacionais e pela legislação nacional.

A acessibilidade aos alimentos deve ser garantida seja através de recursos necessários para sua obtenção ou garantindo o próprio alimento a grupos em situações de vulnerabilidade, como, por exemplo, vítimas de desastres naturais ou provocados pelo homem, presidiários e pessoas que vivem em área de difícil acesso.

Por fim, é necessário garantir a estabilidade, a fim de que todos tenham alimento durante todo o ano de forma regular e permanente.

Embora o DHAA seja reconhecido por diversos tratados internacionais e garantido pela constituição brasileira, atingir as duas dimensões, ou seja, alimentação em quantidade e qualidade, ainda é uma realidade muito distante.

Nos últimos 40 anos, fatores como a urbanização e a globalização têm alterado diretamente os estilos de vida dos indivíduos. Entre as várias mudanças ocorridas, podem-se citar as transformações no modo de produção e consumo dos alimentos. Cada vez mais alimentos *in natura* dão lugar aos industrializados no consumo diário dos brasileiros.

A preocupação com um cenário que compromete cada vez mais a saúde pública do País desperta ações governamentais. Um exemplo é o Guia Alimentar para a População Brasileira, um instrumento oficial, desenvolvido pelo Ministério da Saúde, que contém as primeiras diretrizes alimentares para a população quanto à orientação de escolhas mais saudáveis. O guia é destinado a todas as pessoas envolvidas com a saúde pública e às famílias.

Várias outras ações que combinam iniciativas de regulação, informação, comunicação e capacitação de profissionais são desenvolvidas através de vários órgãos, como a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT), Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE/FNDE/MEC), Pastoral da Criança, Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA), entre outros (BRASIL, 2006).

Consolidar as ações existentes e criar novas estratégias para promoção de uma alimentação mais saudável, atingindo de forma cada vez mais efetiva a população, torna-se cada vez mais urgente.

A atenção especial ao público infantil pode contribuir para mudar a realidade brasileira no que se refere ao crescimento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNTs) relacionadas a comportamentos alimentares inadequados entre crianças.

Dados da Pesquisa de Orçamento Familiar (POF, 2008-2009) mostram que os índices de crianças de 5 a 9 anos com excesso de peso em 1974/75 eram de 8,6% para meninas e 10,9% para meninos; em 2008/09, passa para 32% para a população de meninas e 34,8% para a de meninos.

Em 2009, segundo a recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS), uma em cada três crianças nessa faixa etária estava acima do peso (IBGE, 2010). O aumento no consumo de alimentos com alto teor de açúcar e gordura é apontado como uma das causas desse crescimento. Outro grave problema relacionado à alimentação é o aumento no consumo de sódio, de conservantes e de

corantes adicionados aos alimentos industrializados, o que contribui para o aumento das DCNTs.

Alimentos industrializados como biscoitos recheados, balas, embutidos, refrigerantes, salgadinhos de milho, entre outros, são muito apreciados pelas crianças e apontados como ameaça à saúde, quando consumidos em excesso, por conterem normalmente alto teor de açúcar, gordura e sódio e aditivos.

Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), são considerados alimentos não saudáveis aqueles que têm na sua composição:

- Açúcar: 15 g ou mais por 100 g do alimento ou 7,5 g por 100 ml.
- Gorduras totais: 20 g ou mais por 100 g.
- Gorduras saturadas: 5 g ou mais por 100 g ou 2,5 g por 100 ml.
- Gorduras trans: 0,6 g ou mais por 100 ml.
- Sódio: 400 mg ou mais por 100 g ou 100 ml.

Os aditivos podem ser definidos como qualquer substância que, enquanto tal, não se consome como alimento, tampouco são utilizados como ingredientes básicos em alimentos, podendo ter ou não valor nutritivo, cuja adição é intencional ao alimento com fins tecnológicos (incluindo os organolépticos) em qualquer fase da produção (fabricação, elaboração, preparação, tratamento, envasamento, empacotamento, transporte ou armazenamento), passando a fazer parte do alimento (CODEX STAN, 1995).

Os alimentos também podem ser considerados não saudáveis caso tenham contaminação química ou microbiológica. Neste estudo, são considerados não saudáveis aqueles alimentos industrializados com alto teor de açúcar, gorduras e sódio.

Por ser a alimentação saudável um componente fundamental para a saúde dos indivíduos, ela deve ser promovida e incentivada desde a infância, sendo a família primordial nesse processo. A participação dos pais na rotina alimentar de seus filhos é de fundamental importância para direcionar o tipo de alimentação a ser consumida e as relações positivas ou negativas que os filhos desenvolvem em relação aos alimentos e ao ato de se alimentar.

Adquirir hábitos alimentares saudáveis passa por um processo de aprendizado. De acordo com a Teoria Social Cognitiva (TSC), o indivíduo aprende e adquire experiências observando as pessoas à sua volta e as consequências no

próprio ambiente. Assim, a aprendizagem é constituída de processos externos e internos; algumas vezes as ações podem surgir como uma característica geral do indivíduo, em função de sua cultura, e em outras pode ser a partir de experiências individuais (BANDURA, 1989).

Sem ainda ter resolvido o problema da fome, o Brasil vem enfrentando outro problema relacionado à alimentação: a insegurança alimentar e nutricional – consequência não da falta de alimento, mas do excesso. Vários alimentos disponíveis para o consumo podem representar risco para a saúde, por conterem quantidade elevada de açúcar, gordura e sódio. Dados da Pesquisa de Orçamento Familiar (POF, 2008-2009), do IBGE, indicam que nas últimas décadas tem aumentado a obesidade e outras Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs), como diabetes mellitus, hipertensão, doenças cardiovasculares e alguns tipos de câncer, todas relacionadas às mudanças no padrão alimentar. De acordo com o Ministério da Saúde, até 260 mil mortes poderiam ser evitadas anualmente se a população tivesse uma alimentação adequada. Tornam-se, assim, cada vez mais urgentes ações que promovam práticas alimentares saudáveis – práticas essas que vão desde o incentivo ao aleitamento materno até mudanças de hábitos alimentares (MONTEIRO, 2005). Este estudo teve como objetivo verificar a influência da escola e da família, de classes sociais diferentes, sobre o consumo de alimentos com alto teor de açúcar, gordura e sódio entre crianças com idades de 7 a 9 anos.

1.1 O problema e sua importância

Nas últimas décadas, o Brasil vem passando por um período de transição nutricional. Várias transformações ocorreram no campo da alimentação: aumentou a oferta de alimentos e modificou-se a forma de produção e, conseqüentemente, a de consumo. Uma das características dessas mudanças tem sido o crescimento de dietas ricas em alimentos processados industrialmente, com alto teor de açúcar, gordura e sódio. O consumo regular destes alimentos passa a ser um problema de saúde pública, uma vez que contribui para o aumento das DCNTs, como obesidade, hipertensão, diabetes mellitus, doenças cardiovasculares e alguns tipos de câncer, e de mortes relacionadas a essas doenças.

Alguns estudos (LOPES et al., 2010; MONTEIRO et al., 2005; TORAL, 2010; FERNANDES; LEMOS, 2006) apontam o consumo alimentar inadequado como um dos principais fatores para o aumento das DCNTs.

Apesar das várias ações desenvolvidas no País voltadas para a melhoria da alimentação dos indivíduos e da população, como programas educacionais e de intervenção nutricional, o consumo de alimentos não saudáveis cresce cada vez mais.

Ações de regulação com o objetivo de proteção contra publicidades que incentivam o consumo de alimentos não saudáveis voltadas ao público infantil vêm sendo rejeitadas. Um exemplo é a tentativa da ANVISA de aprovar a Resolução nº 24, divulgada em 2010. A proposta é de que a publicidade de alimentos e bebidas não saudáveis seja vinculada com alertas informativos sobre a quantidade de açúcar, sódio e gordura que eles contêm e os riscos de seu consumo habitual e excessivo para a saúde. A proposta ficou suspensa por decisão da Justiça do Distrito Federal por mais de dois anos e foi recusada em fevereiro de 2013. Várias outras propostas vêm sendo rejeitadas sob o argumento de que cabe aos pais educar os filhos (INSTITUTO ALANA, 2010).

Segundo Toral (2007), diversas estratégias para mudanças de comportamento alimentar inadequado são descritas na literatura. Contudo, alcançar a motivação¹ da população para uma mudança efetiva é um dos maiores desafios para a saúde pública.

Conhecer o que leva o indivíduo a rejeitar ou a escolher um alimento pode se tornar um importante instrumento para desenvolver ações que promovam uma alimentação mais saudável.

O comportamento alimentar começa a se formar na infância. Stein e Ramos (2000), em seu estudo sobre o desenvolvimento do comportamento alimentar infantil, mostram que a família é responsável pela formação do comportamento alimentar da criança, por meio da aprendizagem social, tendo os pais o papel de primeiros educadores nutricionais. As crianças pequenas logo começam a se socializar com outros ambientes além do familiar, como, por exemplo, o ambiente escolar. Cada vez mais cedo elas estão frequentando a escola, a qual também tem papel importante no seu aprendizado alimentar.

¹ Motivação: é o que faz a pessoa agir. Holli e Calabrese (1991 citado por ASSIS; NAHHAS, 1999) referem-se a motivação como palavra frequentemente utilizada para descrever processos que fornecem direção e propósito para conduzir o comportamento, as escolhas e as preferências.

Mediante essa perspectiva, este estudo visou conhecer, junto às crianças e seus pais (ou responsáveis), o seu comportamento alimentar no que se refere aos alimentos não saudáveis, ou seja, aqueles com alto teor de açúcar, gordura e sódio, bem como a influência da família e da escola, em relação ao consumo desses alimentos. Espera-se, portanto, que este trabalho contribua para delinear caminhos mais eficazes em prol de uma sociedade mais saudável, em que a âncora esteja na formação dos hábitos e não necessariamente nas mudanças destes.

1.2 Objetivos

Geral:

- Verificar a influência da família e da escola no comportamento alimentar de crianças com idades de 7 a 9 anos no que se refere aos alimentos com alto teor de açúcar, gordura e sódio.

Específicos:

- Caracterizar as famílias das crianças participantes da pesquisa quanto a classe econômica, escolaridade materna, idade, estado civil, número de filhos e local de trabalho das mães.
- Identificar as preferências, os alimentos consumidos e as percepções das crianças quanto aos alimentos consumidos nos intervalos das principais refeições.
- Verificar a frequência de alimentos com elevado teor de gordura, açúcar e sódio, consumidos pelas crianças, nos últimos seis meses.
- Conhecer a autoeficácia dos pais (ou responsáveis) em reduzir o consumo de alimentos com alto teor de açúcar, gordura e sódio.
- Identificar influências da escola no consumo alimentar das crianças.
- Identificar influências da família no consumo alimentar das crianças.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

De acordo com o objetivo desta pesquisa, verificou-se a necessidade de fazer uma revisão bibliográfica que abrangesse tópicos referentes aos diversos aspectos envolvendo o consumo alimentar dos indivíduos, bem como aos problemas

decorrentes de uma alimentação inadequada e aos diversos fatores que podem influenciar o comportamento alimentar dos indivíduos.

2.1 Consumo alimentar

A alimentação pode ser analisada de diferentes formas. Do ponto de vista econômico, refere-se ao abastecimento, à relação oferta e demanda, aos preços dos alimentos e à renda das famílias. Sob a perspectiva social, a análise passa a ser as associações entre a alimentação e questões do trabalho, os ritmos e estilos de vida. A perspectiva cultural relaciona-se com hábitos, tradições, ritos, preferências, tradições, tabus. Do ponto de vista nutricional, o foco está nos alimentos e seus nutrientes, na relação com a saúde e o bem-estar do indivíduo ou carências nutricionais, assim como nas relações dieta e doença. São esses fatores – econômicos, sociais, culturais, e nutricionais – que direcionam o consumo alimentar da população (OLIVEIRA; THÉBAUD-MONY, 1997).

O consumo alimentar do indivíduo é a base para garantir uma boa saúde. Problemas relacionados ao consumo alimentar, embora possam ser muito diferentes, como a fome ou o excesso do consumo de alimentos inadequados, podem ter consequências semelhantes, desencadeando doenças que podem, inclusive, ser fatais.

Ainda que o problema da fome atinja grande parte da população, a oferta de alimento vem aumentando, em nível global. Desde 1961, a absorção diária de calorias aumentou, tanto nos países desenvolvidos quanto naqueles em desenvolvimento (GARDNER et al., 2004).

Os sistemas alimentares – que incluem a agricultura, pecuária, produção, processamento, distribuição, importação e exportação, publicidade, abastecimento, comercialização, preparação e consumo de alimentos e bebidas – são profundamente influenciados por fatores ambientais, como condições naturais do clima e solo, pela história, cultura, políticas e práticas econômicas e comerciais. Os sistemas alimentares disponibilizam os alimentos para a população, que devem ser variados e saudáveis, preservando características da cultura nacional e regional (BRASIL, 2006).

No entanto, embora o direito à alimentação seja um dos primeiros direitos de que o ser humano necessita para se desenvolver, não só fisiologicamente, mas psicológica e cognitivamente, ele não tem sido garantido para todos.

De acordo com Burity (2010), o Direito à Alimentação Adequada (DAA) pode ser compreendido da seguinte maneira:

O direito à alimentação adequada é um direito humano inerente a todas as pessoas de ter acesso regular, permanente e irrestrito, quer diretamente ou por meio de aquisições financeiras, a alimentos seguros e saudáveis, em quantidade e qualidade adequadas e suficientes, correspondentes às tradições culturais de seu povo e que garanta uma vida livre do medo, digna e plena nas dimensões física e mental, individual e coletiva (BURITY et al., 2010, p.15).

Fazer valer esse direito em todas as dimensões não é tarefa fácil, sendo necessário comprometimento de toda a sociedade. Garantir o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) é obrigação do Estado e responsabilidade de diferentes atores da sociedade, como comunidade local, organizações não governamentais, organizações da sociedade civil, setor privado, bem como da família (BURYTI et al., 2010).

No Brasil, a forma pela qual o Estado se organiza para cumprir suas obrigações é na forma de leis, decretos, regulamentos, sistemas públicos e políticas públicas. A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), por exemplo, tem, como um de seus eixos, a promoção da alimentação saudável. Ela prevê o desenvolvimento de campanhas para orientar e sensibilizar a população sobre os benefícios de uma alimentação saudável; a divulgação de iniciativas que favoreçam o acesso à alimentação saudável nas escolas públicas e privadas; o monitoramento do teor de sódio dos produtos alimentícios processados, em parceria com a ANVISA e os órgãos da vigilância sanitária dos Estados e municípios; e a articulação e mobilização intersetorial para a proposição e elaboração de medidas regulatórias que visem promover a alimentação saudável e reduzir o risco de DCNTs, com especial ênfase na regulamentação da propaganda e publicidade de alimentos (BRASIL, 2006).

A família também é responsável em promover o DHAA aos indivíduos, sendo sua atuação de extrema importância, tanto como provedora de recursos quanto como educadora alimentar dos indivíduos, mais especificamente de suas crianças.

Garantir uma alimentação em qualidade e quantidade suficientes contribui para que os indivíduos possam desfrutar a vida de forma mais produtiva e feliz. A

promoção de vida saudável deve priorizar uma alimentação balanceada, que possa garantir todos os nutrientes para o bom funcionamento do corpo (BRASIL, 2006).

Segundo o Guia Alimentar para População Brasileira, o ato de se alimentar deve estar inserido no cotidiano das pessoas de forma agradável e como um evento de socialização. Considerando as características demográficas, sociais, econômicas e culturais, cada indivíduo deve procurar dar preferência aos alimentos mais nutritivos e em quantidade suficiente para promover saúde e prevenir doenças.

Para a garantia de que uma alimentação seja saudável, ela deve contemplar características como: ser rica em grãos, pães, massas, tubérculos, raízes, de preferência na sua forma integral; ser rica e variada em frutas, legumes e verduras e em leguminosas (feijões) e outros alimentos que fornecem proteínas de origem vegetal; incluir pequenas quantidades de carnes, laticínios e outros produtos de origem animal; e conter também baixos teores de gorduras, açúcares e sal (BRASIL, 2006).

Nas últimas décadas, o consumo alimentar da população brasileira vem passando por um período de grandes mudanças. O Brasil, que era um país fundamentalmente rural, passou à condição de um país urbano. Mudanças ocorreram em todos os aspectos, seja demográfico, econômico, educacional e mesmo cultural. Essas mudanças vieram também acompanhadas de novas formas de produção, inclusive de alimentos, da qual o caseiro, o artesanal, foi perdendo espaço para o processado industrialmente e em grande escala, inaugurando assim uma nova forma de se alimentar, novos hábitos alimentares e um novo estilo de vida.

Vários fatores podem restringir os indivíduos de obter uma alimentação saudável. A pobreza, a falta de informação ou a não acessibilidade, ou a qualidade da alimentação disponível, são determinantes para escolhas alimentares que vão além dos gostos e preferências.

Em um país cada vez mais urbano, como o Brasil, onde as pessoas, a cada dia, dispõem de menos tempo, existe uma forte tendência entre os indivíduos – na hora de comprar, selecionar ou preparar a alimentação – de buscar mais praticidade, comodidade e rapidez (RODRIGUES et al., 2007).

Na mesma direção, a indústria alimentícia vem inovando a passos largos, oferecendo produtos que o consumidor deseja e indo além, criando no mercado produtos ainda não imagináveis pelo consumidor. O marketing cada vez mais criativo e eficiente, aliado ao trabalho intensivo da mídia, vem ao encontro dos

desejos e necessidades das pessoas. Todas essas mudanças abriram espaço para um aumento do consumo de alimentos industrializados e ultraprocessados em todo o País.

Segundo Monteiro (2005), o Brasil vem passando por um período de transição nutricional, em que transformações rápidas e radicais aconteceram no campo da alimentação nas últimas décadas.

Atualmente o País passou também a conviver com problemas de saúde relacionados não só com a fome, mas com o excesso e/ou consumo de alimentos inadequados, contribuindo assim para o aumento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs), que atinge todos os estratos da população.

Segundo Popkin e colaboradores (1993 citado por TARDIDO; FALCÃO, 2006), o conceito de transição nutricional corresponde às mudanças no padrão alimentar, as quais se relacionam com mudanças sociais, demográficas e econômicas.

Aspectos da economia e da cultura de cada país vão determinar diferenças no processo de transição. Entretanto, a característica básica tem sido o crescimento de dietas ricas em alimentos processados com alto teor de açúcar, gordura e sódio e a redução do consumo de alimentos *in natura*.

Segundo Rodrigues (2007), produtos básicos como arroz e feijão apresentaram queda no consumo do brasileiro, enquanto produtos prontos e mais elaborados, como iogurtes, refrigerantes, biscoitos, entre outros produtos industrializados prontos ou semiprontos, tiveram um grande aumento, modificando o padrão alimentar do brasileiro.

Os dados da POF (2008-2009) do IBGE revelaram que a aquisição média anual *per capita* de arroz polido entre 2002-03 e 2008-09 caiu para 40,5%; para o feijão a queda foi de 26,4%, e para o açúcar, de 48,3. No mesmo período, no entanto, aumentou o consumo de alimentos industrializados com alto teor de açúcar, gordura e sódio, como, por exemplo, o consumo de refrigerante de cola, que teve aumento no consumo de 39,3% (IBGE, 2010).

Um dos reflexos das mudanças do padrão alimentar do brasileiro é o cenário em relação às mortes relacionadas à alimentação. Trinta anos atrás, doenças relacionadas às deficiências nutricionais eram uma das principais causas de morte no País no que se refere às DCNTs. O cenário mudou, como pode ser observado na Tabela 1.

Tabela 1 - Mortalidade por diferentes tipos de doenças no Brasil (1979, 1998, 2003)

CAUSAS DE MORTE	1979 (%)	1998 (%)	2003 (%)
Doenças de deficiência nutricional	3,1	1,2	0,7
Doenças infecciosas	17,4	9,1	4,6
Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs)	34,4	42,5	48,3
Causas externas	9,2	12,7	12,6
Outras causas	35,9	34,5	33,7
TOTAL	100,0	100,0	100,0

Fonte: Ministério da Saúde/SVS/DASIS. Sistema de informação sobre mortalidade – SIM, In (BRASIL, 2006).

Considerando a regionalidade, sabe-se que em algumas situações as deficiências nutricionais ainda são uma grande ameaça à população brasileira. Contudo, de forma mais global, a grande preocupação deve estar voltada para o crescente aumento das mortes relacionadas às DCNTs. Em 2007, 72% das mortes foram atribuídas às DCNTs, sendo a morbimortalidade maior na população mais pobre (SCHIMIDT et al., 2011).

A evolução das DCNTs coloca-se hoje como um desafio adicional à Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), sendo elas vistas como reflexo da má nutrição e da alimentação inadequada, não pela falta do alimento, e sim pelo excesso. Esse problema, que até pouco tempo era predominante em países desenvolvidos, agora também é uma realidade nos países em desenvolvimento, como o Brasil, tornando-se um problema de saúde pública mundial (BRASIL, 2006).

Atualmente, sabe-se que existe forte associação entre o tipo de alimentação e a saúde dos indivíduos. Por essa razão, ações no Brasil e no mundo são movidas em favor de promover hábitos alimentares saudáveis, oferecer conhecimento sobre alimentação e nutrição e garantir acesso a alimentação adequada à população.

No entanto, o consumo de alimentos industrializados com alto teor de açúcar, gordura e sódio cresce cada vez mais no País, ao mesmo tempo em que há redução do consumo de hortaliças e frutas (TORAL, 2010).

Dados da Pesquisa Orçamento Familiar (POF, 2008-2009) revelaram dois dados preocupantes, devido à mudança no padrão alimentar do brasileiro. A pesquisa revelou que 82% da população consome excessivamente gorduras saturadas e 60% ultrapassam os limites do consumo de açúcar recomendado. A análise apontou o consumo alimentar de biscoito recheado, salgadinhos industrializados, pizza, doces e

refrigerantes associado às médias elevadas das gorduras saturadas e açúcar dentro do consumo energético total. Pela primeira vez, foi feito um levantamento do consumo alimentar fora de casa. Segundo a referida pesquisa, 16,2% do total do consumo energético médio diário dos brasileiros acontece fora de casa.

Segundo dados da POF (2008-2009),

... o percentual de consumo fora do domicílio em relação ao consumo total, segundo cada tipo de alimento, destacaram-se: cerveja (63,6%), salgadinhos industrializados (56,5%), salgadinhos fritos e assados (53,2%), bebidas destiladas (44,7%), pizzas (42,6%), sanduíches (41,4%), refrigerantes *diet ou light* (40,1%), refrigerantes (39,9%), salada de frutas (38,8%) e chocolates (36,6%) (IBGE, 2010).

Alimentos como salgadinhos industrializados, salgadinhos fritos e assados, pizza, sanduíches, refrigerantes, chocolates, entre outros, são muito apreciados e consumidos por crianças. Esses alimentos normalmente têm alto teor de açúcar, gordura ou sódio. Quando consumidos em excesso, são grandes responsáveis pelo aumento das DCNTs.

No Brasil, cresce a preocupação com as DCNTs resultantes de uma alimentação inadequada da população. Por conta de um novo padrão alimentar do brasileiro, as crianças são as maiores vítimas, pois o consumo de alimentos inadequados, por um período prolongado, aumenta as chances de desenvolver algum tipo de DCNT na idade adulta, o que também pode ocorrer ainda na infância.

A cada ano cresce o número de crianças vítimas de DCNTs, entre as quais a obesidade infantil ganha números alarmantes. Em 2009, atingiu 32% e 34% da população de meninos e meninas, respectivamente, entre 5 e 9 anos de idade (IBGE, 2010).

2.1.1 Consumo de alimentos com alto teor de açúcar, gordura e sódio

Os Alimentos Ultraprocessados - AUP, como salgadinhos de milho, biscoitos recheados, embutidos, refrigerantes, são apreciados e consumidos por crianças de todas as classes sociais.

Comparando as preparações a partir de alimentos minimamente processados, como grãos polidos, leites pasteurizados, carnes congeladas, grãos secos, mais os ingredientes culinários, como açúcar, óleo de soja, milho e farinha de trigo, os AUPs

contêm mais açúcar, gordura e sódio e menos fibras, aumentando muito o risco de DCNTs (MONTEIRO, 2011).

Consumo de açúcares

O açúcar pertence ao grupo dos carboidratos. O açúcar simples (sacarose) é fonte de calorias vazias²; portanto, nosso organismo não necessita ingeri-lo para requerer energia, já que esta pode ser adquirida por meio de alimentos fontes de carboidratos complexos (amidos), normalmente fontes de vitaminas e fibras.

O consumo de açúcar tipo sacarose é recente na história da humanidade. Nossos ancestrais consumiam açúcar, principalmente, sob a forma de frutas e mel. O consumo de açúcar tipo sacarose começou a partir dos primeiros séculos do regime colonial, e desde então só tem aumentado. Na atualidade, consome-se esse tipo de açúcar diariamente, acrescentado tanto nas preparações caseiras como nos produtos industrializados (BRASIL, 2006).

Segundo o Guia para População Brasileira, o consumo de açúcar simples não deve ultrapassar 10% do consumo energético diário. A recomendação é de que o consumo diário dos alimentos do grupo dos açúcares e doces seja no máximo de uma porção.

Crianças têm grande preferência por alimentos adocicados e, particularmente, apreciam o consumo de guloseimas e bebidas açucaradas. O consumo desses alimentos com frequência aumenta a ingestão diária de açúcar simples (sacarose), contribuindo para o aumento das DCNTs (BRASIL, 2006).

Consumo de gorduras

Diferentemente do açúcar simples, gorduras são necessárias ao organismo, como, por exemplo, para absorção das vitaminas lipossolúveis. No entanto, é necessário ter alguns cuidados com o seu consumo.

Gorduras e óleos, tanto de origem animal quanto vegetal, têm alta concentração energética, fornecendo 900 kcal/100 g. Alimentos como óleo vegetal,

² Calorias vazias: alimentos de calorias vazias são aqueles que são convertidos em energias, mas não fornecem valor nutricional. Como exemplo, podemos citar: Balas, refrigerantes, e o açúcar de mesa (sacarose).

margarina, banha de porco, gordura vegetal e manteiga são compostos quase que integralmente de gorduras.

As gorduras também podem estar presentes naturalmente em alimentos de origem animal e vegetal, como cereais, carnes e leite. Elas podem também ser adicionadas tanto em preparações caseiras quanto nos alimentos industrializados, como bolos, tortas, biscoitos, entre outros (BRASIL, 2006).

Existem vários tipos de gorduras e óleos. O impacto do consumo deles na saúde depende em grande parte do tipo de alimento consumido e do nível de atividade física do indivíduo.

Segundo o Guia para População Brasileira,

“Alguns alimentos merecem muita atenção, pois a gordura presente neles não é visível: a maioria dos bolos, tortas, biscoitos, chocolates, salgadinhos, pastéis que levam muita gordura na preparação da massa, recheio e cobertura e ainda todos os alimentos fritos. A gordura usada nesses tipos de alimentos é do tipo vegetal hidrogenada (gordura trans). Essa gordura, embora seja feita a partir de óleos vegetais, é tão ou mais prejudicial à saúde que as gorduras saturadas” (BRASIL, 2006, p. 79).

Consumo de Sódio

Como a gordura, o sódio é essencial para o bom funcionamento do organismo. Ele regula os fluidos intra e extracelulares, atuando na manutenção da pressão sanguínea. A maior parte do sódio que consumimos vem do sal de cozinha (cloreto de sódio), o qual contém 40% de sódio. Contudo, o consumo excessivo de sódio é uma das principais causas de hipertensão. Estima-se que cerca de 20% da população brasileira tenha essa doença. O consumo de sódio não deve ultrapassar a 1,7 grama por dia, o que corresponde a 5 gramas de sal. Outro composto que contém sódio é o glutamato de sódio, muito usado na indústria de alimentos. É importante limitar o consumo de sal nas preparações caseiras, bem como reduzir o consumo de alimentos industrializados ricos em sódio (cloreto de sódio e/ou glutamato de sódio) (BRASIL, 2006).

2.2 Problemas decorrentes da alimentação inadequada

No Brasil e no mundo aumenta o número de vítimas das DCNTs provocadas por consumo frequente de alimentos com alto teor de açúcar, gordura e sódio. As DCNTs variam quanto à gravidade, podendo ser apenas debilitantes, mas podem também ser fatais.

Segundo Lessa (2004), as DCNTs aparecem após um longo período de exposição aos fatores de risco e convivência assintomática do indivíduo com a doença. A consequência é que o diagnóstico muitas vezes é tardio, podendo levar à morte, como é o caso da doença coronariana aguda e do acidente vascular encefálico. De acordo com essa autora, há pelo menos quatro décadas doenças cardiovasculares são as que mais causam mortes entre os brasileiros; a mortalidade por causa de diabetes e alguns tipos de câncer também vem aumentando.

Todos os indivíduos podem ser acometidos por algum tipo de DCNT. No entanto, desigualdades étnicas e raciais contribuem para aumentar as DCNTs em alguns grupos.

Segundo Schmidt et al. (2011), negros, pardos e índios sofrem por desigualdades. Entre os analfabetos e desempregados, a maioria é representada por negros e pardos. Essa desigualdade tem forte relação com o aumento das DCNTs nestes grupos. Outro grupo marcado pela desigualdade no Brasil são os indígenas, que estão passando por profundas mudanças em sua relação com a terra. O contato com a urbanização tem trazido modificações drásticas na alimentação, caracterizado por ganho de peso generalizado, maior que o da média nacional. Em consequência, a obesidade, hipertensão e diabetes estão sendo uma das questões de saúde pública mais graves nesses grupos.

As principais DCNTs e seus fatores de risco fazem parte do plano de ação 2008-13 da Organização Mundial de Saúde – OMS, que focaliza quatro doenças: doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas; e quatro fatores de risco: tabagismo, inatividade física, alimentação não saudável e uso prejudicial de álcool. Em 2007, essas quatro DCNTs foram responsáveis por 58% das mortes no Brasil (SCHMIDT et al., 2011).

Ideias equivocadas sobre assuntos relacionados às DCNTs são muitas e devem ser revistas. Segundo a OMS, os mitos relacionados às DCNTs contribuem para que o assunto seja negligenciado por governos, pela mídia e pela população de

forma geral (BRASIL, 2008). A seguir, os 10 mitos relacionados às DCNTs, apresentados pela OMS.

1) “As DCNT afetam predominantemente os países ricos”. Essa noção se revela errônea, pois quatro em cada cinco mortes por DCNT ocorrem em países em desenvolvimento.

2) “Países em desenvolvimento poderiam controlar as doenças transmissíveis antes das DCNT”. Também é uma falsa questão, pois nos países em desenvolvimento convive-se com velhos e novos desafios e a dupla carga de doenças, devendo ambos ser objeto de intervenção.

3) “As DCNT afetam predominantemente pessoas ricas”. Outra concepção equivocada, pois as pessoas pobres são mais afetadas, uma vez que, na maioria das vezes, não têm acesso a escolhas saudáveis e têm menos acesso a tratamentos adequados. Além disso, as DCNTs podem levar pessoas e famílias a aumentar sua pobreza, por reduzir sua capacidade de trabalho e resultar em maiores gastos.

4) “As DCNTs afetam predominantemente pessoas idosas”. A maioria das DCNTs afeta pessoas com menos de 70 anos de idade, levando à morte e a incapacidades prematuras.

5) “As DCNT afetam predominantemente homens”. Na verdade, afetam igualmente homens e mulheres. Dados da OMS revelam que as doenças cardiovasculares produziram em 2005, no mundo, 3,6 milhões de mortes em mulheres (47% das mortes por essa causa).

6) “As DCNTs são resultado de estilos de vida não saudáveis”. A responsabilidade individual ocorre apenas quando o indivíduo pode ter acesso à opção por escolhas saudáveis. Os governos têm papel crucial em prover escolhas saudáveis, em especial para providenciar proteção social para grupos vulneráveis. Isso é especialmente verdadeiro para crianças, que não podem escolher o ambiente em que vivem, sua dieta, a exposição ou não ao tabaco, etc.

7) “As DCNTs não podem ser prevenidas”. Essa atitude pessimista não corresponde à realidade. A eliminação dos fatores de risco pode extinguir pelo menos 80% das doenças cardiovasculares, dos casos de diabetes tipo 2 e Acidente Vascular Cerebral (AVC), e 40% dos casos de câncer.

8) “Prevenir DCNT é muito caro”. Em sua maioria, as intervenções de prevenção de DCNT são custo-efetivas em todas as regiões do mundo. Investir nessas ações custa muito pouco e tem ótimo resultado.

9) “Algumas pessoas têm muitos fatores de risco e vivem muito tempo”. Esses casos certamente existem, mas não são muito frequentes. Na maioria das vezes, as pessoas que têm um ou mais fatores de risco desenvolvem doenças e morrem precocemente.

10) “Todo mundo irá morrer um dia”. Isso é fato, porém a morte não precisa ser lenta, prematura ou dolorosa.

A superação desses mitos torna-se fundamental, tanto em nível de governo quanto em nível individual, para que ações relativas a reduções das DCNTs possam ser mais confiantes e efetivas.

2.3 Comportamento Alimentar

O comportamento alimentar dos indivíduos vai ser determinado de acordo com as variáveis ambientais e psicológicas; portanto, manter um padrão alimentar pode ser muito mais complexo do que se pensa.

Segundo Rollnick (1996 citado por ASSIS; NAHAS, 1999), são vários os motivos que determinam o comportamento alimentar. O que motiva o comportamento hoje pode ser diferente do que motiva o comportamento para o futuro. Ao comer uma torta de chocolate, o indivíduo pode estar pensando em satisfazer um desejo imediato; contudo, se ele pretende permanecer com uma dieta saudável ou mudar um comportamento alimentar, é necessário ter metas em longo prazo.

O comportamento alimentar saudável desde a infância aumenta as chances de o indivíduo manter o mesmo comportamento na idade adulta, o que vem contribuir para que ele tenha mais saúde ainda na infância e, conseqüentemente, quando for adulto. No entanto, garantir esse direito às crianças é complexo e envolve muitos fatores.

Segundo Monteiro (2000), as condições de saúde de crianças, em qualquer população, são fortemente condicionadas pelo poder aquisitivo das famílias e pelo nível educacional de seus pais. É através da renda que as famílias podem, por exemplo, garantir alimentação em quantidade e qualidade suficientes para seus membros. Contudo, uma vez que a cultura do mundo ocidental e globalizado incentiva o consumo de alimentos não saudáveis, mesmo os pais com rendas mais

elevadas e bom nível educacional correm grande risco de prover às suas crianças uma alimentação inadequada, afetando assim a saúde delas. Mesmo desejando assegurar uma alimentação mais saudável para seus filhos, encontram várias barreiras, tanto de ordem ambiental quanto psicológica. As de ordem ambiental são variáveis externas. Como exemplos, podem-se citar a cultura e a sociedade em que o indivíduo está inserido, a classe social à qual pertence, ou a família da qual faz parte.

A cultura estabelece o que é comestível e nos ensina a gostar de todo tipo de comida, desde alimentos amargos até os mais adocicados. Segundo Sallis (2003), de acordo com o que a cultura estabelece como aceitável, os indivíduos vão construindo seus gostos e preferências. Esse autor mostra que não se come orientado pelas necessidades biológicas ou econômicas, e sim pelo significado cultural. Nesse sentido, comprovou que o consumo da carne de boi e do porco, bem como o tabu na utilização da carne de cachorro e cavalo, nos EUA, são originados culturalmente e não de vantagens biológicas, ecológicas ou econômicas.

As barreiras psicológicas são variáveis internas, que pertencem ao indivíduo. São suas atitudes, sentimentos, temperamentos. Os comportamentos estão relacionados com os fatores psicológicos dos indivíduos e a interação destes com o meio ambiente.

Se por um lado o mundo contemporâneo é cada vez mais influenciado pelo marketing e pelas opções de praticidade que facilitam a correria da vida moderna, incentivando o consumo de alimentos não saudáveis, o indivíduo goza de certa autonomia para fazer suas escolhas.

Sem negar a força da influência cultural no comportamento do indivíduo, a Teoria Social Cognitiva (TSC), desenvolvida por Albert Bandura (1986), vem mostrar que o ser humano é influente em todos os processos das ações ambientais.

De acordo com essa teoria, a crença do indivíduo é o que motiva suas ações. Assim, se a crença que os pais têm sobre alimentação for positiva para um consumo mais saudável, ela poderá ser usada como mediadora: entre uma cultura consumista, voltada para uma alimentação não saudável, e o que acreditam ser nutricionalmente mais interessante para seus filhos.

A crença pertence ao indivíduo, ou seja, é um fator pessoal, mas esta será formada através dos fatores psicológicos do indivíduo e sua interação com o ambiente. No caso de crianças, uma das primeiras influências que recebem, em relação à alimentação, vem do ambiente familiar, o qual lhes proporciona suas

primeiras experiências alimentares, por meio de modelos e regras que servirão de referência para construção de suas crenças alimentares.

É através da família que as crianças começam a fazer contato com o mundo social, com a sua cultura, construindo assim a sua “relação” com os alimentos, que pode ser tanto positiva quanto negativa. Um bom exemplo de relação positiva com os alimentos não saudáveis são as festinhas de aniversário, presentes no mundo ocidental, onde se consome grande variedade desses alimentos, acompanhados de muita alegria e diversão (TRINDADE, 2002).

Ao longo da vida, os indivíduos vão formando “atitudes” em relação a determinados alimentos. Nesse caso, a atitude não é o comportamento, e sim “a opinião” que se tem sobre o alimento.

Atitude é um exemplo de variável interna, ou seja, de ordem psicológica, que pode ser vista como o modo com que o indivíduo avalia um produto ou objeto, podendo ser de forma positiva ou negativa. Três componentes fazem parte das atitudes: a crença, que passa por um processo de cognição que se adquire a partir de um conhecimento ou experiência; o afeto, que é o sentimento que se tem em relação ao objeto e as intenções de comportamento. Vale a pena ressaltar que intenções de comportamento nem sempre resultam em comportamento. Os indivíduos variam seu comprometimento em relação às atitudes dependendo do seu envolvimento com o objeto de atitude, que pode ser forte, moderado ou fraco. Quanto mais forte o envolvimento, mais comprometimento, mais chances de se tornar um comportamento (SALOMON, 2002).

Outro exemplo de variável interna pode ser o temperamento. Haycraft et al. (2011), ao analisarem o comportamento alimentar de crianças do pré-escolar no Reino Unido, encontraram importante associação com o seu temperamento. De acordo com Shaffer (2006 citado HAYCRAFT et al., 2011, p. 689), temperamento pode ser definido “como características pessoais de base biológica, evidentes desde o nascimento e tem certo grau de estabilidade.” Segundo os resultados encontrados pelo estudo, crianças mais emotivas têm menos prazer em comer, comem mais devagar, são mais exigentes nas escolhas alimentares e têm capacidade de resposta maior para a saciedade.

Como determinante importante no comportamento alimentar, pode-se também citar a autoeficácia, que corresponde à confiança que o indivíduo tem em si mesmo em relação à sua habilidade de exercer uma determinada conduta, como, por

exemplo, a sua habilidade em fazer escolhas alimentares saudáveis (TORAL; BETZABETH, 2007).

Nos estudos de Treiman et al. (1996) com mulheres de baixa renda, inscrito no Programa Especial de Nutrição Suplementar para Mulheres, Bebês e Crianças dos Estados Unidos, observou-se que maiores níveis de autoeficácia dessas mulheres para uma alimentação mais saudável estavam relacionados com maior consumo de frutas e hortaliças. Outras associações do referido estudo foram de que essas mulheres tinham conhecimento correto sobre recomendações de consumo alimentar, atitudes mais positivas frente à alimentação e um suporte social para práticas saudáveis.

De acordo com Stein e Ramos (2000), o comportamento alimentar se dá através do aprendizado social, sendo os pais os primeiros educadores nutricionais. Assim, as atitudes positivas em relação a alimentos saudáveis e o maior nível de autoeficácia dos pais em relação ao consumo desses alimentos podem servir de suporte para a aprendizagem de comportamento alimentar para crianças.

2.3.1 Comportamento alimentar da criança

O comportamento alimentar dos pais (ou responsáveis) tem relação direta com o aprendizado alimentar da criança. As estratégias que os pais usam para ensinar as crianças o que e o quanto comer desempenham papel importante na construção da crença e, conseqüentemente, no desenvolvimento do comportamento alimentar delas (RAMOS; STEIN, 2000).

Segundo Ramos e Stein (2000), comportamento alimentar não é necessariamente preferência alimentar; contudo, no caso específico de crianças do pré-escolar, o hábito alimentar caracteriza-se fundamentalmente por suas preferências alimentares. Elas acabam consumindo predominantemente os alimentos de que mais gostam, entre os disponíveis no seu ambiente. Aumentar suas preferências e, conseqüentemente, providenciar um repertório alimentar mais variado e mais adequado pode ser uma dificuldade encontrada pelos pais.

Domel et al. (1996), em estudo com duas escolas de ensino fundamental nos Estados Unidos, analisaram o consumo de frutas e hortaliças entre as crianças e avaliaram a autoeficácia destas em consumir mais esses alimentos. Não foram encontrados valores significativos de autoeficácia entre as crianças – o único preditor

importante encontrado foi a preferência. O estudo sugere que os adultos devem apenas disponibilizar alimentos adequados em ambientes positivos e repassar a responsabilidade para as crianças de decidir o quanto e o que comer.

Segundo Rossi (2008), as crianças, ao escolherem determinado alimento, preferem aqueles que são mais familiares, ou seja, aqueles que lhes são servidos frequentemente. Tanto a disponibilidade quanto a acessibilidade são importantes para definir as preferências alimentares das crianças. O convívio com pessoas próximas, como pais e irmãos, consumindo e preferindo determinados alimentos, vai servir de modelo para as crianças que ainda não formaram suas preferências e atitudes em relação à própria alimentação.

Para promoção de uma alimentação saudável, é importante destacar dois aspectos fundamentais no processo: as elevadas taxas de insucesso nas tentativas de mudanças de comportamentos alimentar; e o fato de que os hábitos alimentares da idade adulta têm forte relação com os aprendidos na infância (ROSSI et al., 2008). Esses dois aspectos reafirmam a responsabilidade de todos os setores da sociedade quanto ao consumo alimentar de seus indivíduos, que vai desde os setores governamentais, com implantações de políticas públicas eficazes que promovam mudanças de comportamento para uma alimentação mais saudável da população, até os membros das famílias, em especial os pais (ou responsáveis) das crianças, com participação mais consciente e efetiva durante a aprendizagem alimentar delas.

Um dos meios para a formação da crença de autoeficácia, segundo Bandura (2006), é através da *experiência vicária*, ou seja, observando o comportamento de outras pessoas. Segundo esse autor, isso é particularmente mais eficaz no caso de crianças, pois elas estão em processo de formação e são mais passíveis de serem influenciadas pelo comportamento alheio e, também, por terem poucas experiências anteriores. O modelo de referência para qualquer indivíduo, normalmente, é aquele que possui qualidades que ele admira. Um modelo importante na vida da pessoa pode ajudar na formação de crenças que vão contribuir nas tomadas de decisão.

No caso, principalmente, de crianças, o discurso deve vir sempre acompanhado da prática, por meio de modelos próximos, como os pais e familiares. Segundo Viana (2002), a escolha de uma alimentação saudável tem a ver com as preferências desenvolvidas, relacionadas com o sabor dos alimentos e as atitudes aprendidas na infância, e não apenas com o acesso à informação nutricional adequada.

Baldwin e Faciglia (1995) e Lewis et al. (1989 citado por VIANA, 2002) referem-se aos modelos de cognição social como aqueles que têm contribuído para esclarecer alguns fatores associados a mudanças e manutenção de comportamentos alimentares. Nesse contexto, afirmam que os fatores psicossociais se sobrepõem aos fisiológicos, para a seleção de alimentos. Segundo esses autores, “o comportamento alimentar resulta da interação de fatores ambientais com variáveis psicológicas e biológicas.”

De acordo com Viana (2002), educar para a saúde implica ensinar novos hábitos e mudar outros. Esse autor conclui que é mais fácil e barato aprender, ainda quando criança, hábitos saudáveis do que ter de modificar hábitos já estabelecidos na vida adulta.

3 MARCO TEÓRICO

Procurou-se embasar este trabalho na Teoria Social Cognitiva (TSC) de Albert Bandura, o qual centralizou suas pesquisas no comportamento humano inserido no contexto social.

A seguir são apresentados alguns conceitos da teoria, tendo como referência a obra organizada por Albert Bandura, Robeta Azzi, Soely Polydoro e colaboradores: "Teoria social cognitiva: conceitos básicos". O livro apresenta reflexões teóricas que resultam no entrelaçamento das questões pessoais, comportamentais e ambientais.

3.1 Teoria Social Cognitiva e Autoeficácia

A teoria social cognitiva foi desenvolvida por Albert Bandura, psicólogo canadense, em 1986. Ela é baseada na capacidade do indivíduo para o autodesenvolvimento, a adaptação e a mudança. As pessoas, segundo a teoria, podem influenciar seu próprio comportamento, sendo proativas, autorreguladas e autorreflexivas.

O pensamento e as ações dos indivíduos são produtos de uma inter-relação entre influências pessoais, comportamentais e ambientais, formando assim uma tríade que direciona suas ações. Entre outros fatores pessoais, os indivíduos possuem autocrenças, que lhes permitem exercer certo controle sobre seus pensamentos, sentimentos e ações, ou seja, o que sentem ou acreditam pode direcionar seu

comportamento. De acordo com Bandura, as pessoas desenvolvem comportamentos observando o comportamento do outro e o seu próprio, bem como desenvolvendo hipóteses sobre prováveis consequências da reprodução desse comportamento no futuro.

Sem negar a influência do ambiente no comportamento humano, a teoria se opõe às teorias que maximizam o papel dos fatores ambientais no desenvolvimento do comportamento humano. Dessa forma, as influências externas existem, mas a forma com que cada um reage a elas vai ser diferente.

As pessoas possuem crenças, as quais fazem parte da convicção de cada indivíduo. Elas podem ser formadas somando o conhecimento, as experiências pessoais, os modelos e as referências que os indivíduos têm em relação a alguma coisa.

Entre todos os pensamentos humanos, a crença de autoeficácia é o núcleo fundamental da Teoria Social Cognitiva e consiste no julgamento que as pessoas fazem de si mesmas quanto à capacidade de realizar determinada tarefa.

Bandura (2006) postula que são essas crenças de autoeficácia é que vão motivar o comportamento dos indivíduos. Para esse autor, fortes crenças de autoeficácia promovem as realizações humanas. Os indivíduos tornam-se mais confiantes, estabelecem objetivos e mantêm forte compromisso com esses objetivos, aumentando e mantendo seus esforços frente aos desafios. Quanto maior a autoeficácia, maiores o esforço, a persistência e a resiliência diante de situações adversas.

A autoeficácia é determinante para o modo como os indivíduos pensam e se comportam. As ações das pessoas baseiam-se mais no que acreditam, no que é realmente verdadeiro. Embora o conhecimento seja necessário para se formar a crença, outros fatores, como os psicológicos e as experiências vividas, podem interferir na formação da crença, ou seja, a crença de um indivíduo sobre um determinado objeto pode não ter relação direta com o conhecimento adquirido, por exemplo, na escola. Isso ajuda a explicar, em parte, por que indivíduos com bom conhecimento de nutrição podem vir a ter dificuldade em seguir uma dieta saudável. Embora o conhecimento seja importante para a construção da crença de autoeficácia, ele por si só não é suficiente para gerar motivação e promover comportamento.

A crença de autoeficácia é o que motiva os indivíduos a adotar determinada conduta. Deve-se ressaltar que a autoeficácia pode ser um constructo tanto pessoal

quanto coletivo, uma vez que as pessoas agem ora individualmente, ora coletivamente. A crença compartilhada por um grupo em sua capacidade de alcançar objetivos e realizar tarefas desenvolve um sentido de autoeficácia coletiva.

Por ser a crença de autoeficácia um fator importante para os indivíduos determinarem seu comportamento, pesquisadores têm demonstrado que crenças de autoeficácia servem como um filtro entre determinantes e comportamentos.

Um indivíduo não tem como ser autoeficaz em todas as situações, pois exigiria o domínio de todas as áreas. Os indivíduos são autoeficazes em algumas situações, de acordo com o seu domínio e sua crença (BANDURA, 2006). Embora a autoeficácia possa ser alta para certo domínio, como, por exemplo, para restringir o consumo de açúcar, ela pode variar de acordo com as situações vividas em relação a esse domínio. Dessa forma, mesmo o indivíduo tendo uma forte crença de autoeficácia para a restrição do consumo de açúcar, em alguma situação vivida, como quando está de férias, a autoeficácia pode ser menor em relação às outras situações vividas pelo mesmo indivíduo, como, por exemplo, quando faz a refeição com a família e não está de férias.

Para medir a autoeficácia de um indivíduo ou de um grupo, deve-se ter o cuidado de fazer adaptações para o domínio particular que é o objeto de interesse. Assim, podem-se construir escalas de percepção de autoeficácia adaptadas para medir diversas situações de possíveis domínios dentro da situação a ser analisada.

Segundo Bandura (2006), ao construir uma escala para medir a crença de autoeficácia para determinado domínio, deve-se ter o cuidado de criar situações em que os itens redigidos falem de situações possíveis de ser vividas pelos indivíduos, a fim de que estes possam refletir em termos de poder fazer e não de fazer, pois o que está sendo avaliado é o julgamento que a pessoa faz da sua capacidade de realizar determinada tarefa.

A avaliação da autoeficácia para determinado domínio pode ser feita construindo uma escala Likert, a qual apresenta diversas situações possíveis de ser vividas pelo indivíduo avaliado. Este vai emitir uma nota para cada situação. Para encontrar a média de autoeficácia, somam-se os pontos e calcula-se a média.

Em relação à autoeficácia, é importante ressaltar que não se deve confundir autoeficácia com autoestima, pois a primeira reflete a crença que o indivíduo tem em si mesmo para realizar determinada tarefa; já a autoestima é um juízo de valor próprio.

A autoeficácia desempenha papel fundamental no ser humano, pois afeta o seu comportamento diretamente, mas também de forma indireta, por seu impacto sobre outros determinantes, como, por exemplo, objetivos, aspirações, expectativas de resultados, percepções de obstáculos, entre outros. As crenças de autoeficácia influenciam o curso de ação que os indivíduos escolhem para atingir uma determinada meta, estabelecendo compromissos, perseverando diante das dificuldades e estabelecendo escolhas (BANDURA, 2006).

3.1.1 Como são criadas as crenças de autoeficácia

As crenças de autoeficácia são construídas pelos indivíduos de acordo com interpretações feitas a partir de quatro fontes principais: *experiência de domínio*, *experiência vicária*, *persuasões sociais* e *estados somáticos e emocionais*.

A *experiência de domínio* é a interpretação que os indivíduos fazem dos resultados dos seus atos. A partir da interpretação que eles fazem, vão se formando crenças sobre suas capacidades de realizar tarefas, passando a agir de acordo com suas crenças. Os resultados interpretados como bem sucedidos contribuem para aumentar a autoeficácia; e resultados interpretados como mal sucedidos contribuem para diminuir a autoeficácia.

A *experiência vicária* acontece quando o indivíduo observa outras pessoas executando tarefas. Essa fonte de informação é tida como mais fraca em relação à *experiência de domínio* na construção da crença de autoeficácia, porém as pessoas que não estão certas de sua própria capacidade ou com pouca experiência anterior são mais sensíveis a elas. Ao observar uma pessoa na realização de tarefas, o indivíduo vê no outro um modelo a ser seguido. Segundo a Teoria Social Cognitiva (TSC), o indivíduo que observa não é um mero imitador, mas alguém que reage ao estímulo, interpreta e adapta, para sua visão pessoal, o seu jeito de ser e fazer as coisas. A *experiência vicária* é particularmente eficaz quando o indivíduo enxerga semelhanças no modelo.

As crenças de autoeficácia também podem ser criadas através de *persuasões sociais* que os indivíduos sofrem de outra pessoa, como julgamentos verbais, tanto positivos quanto negativos.

Os *estados somáticos e emocionais* proporcionam informações para construção da crença de autoeficácia. O estresse, a ansiedade e a agitação são estados

emocionais fortes que vão interferir na interpretação e previsão de sucesso ou fracasso em relação a determinada tarefa.

Fortes crenças de autoeficácia promovem pessoas seguras e confiantes. Mesmo quando fracassam em determinada tarefa, sentem-se fortes para tentar de novo. Ao contrário, pessoas com baixa autoeficácia podem acreditar que as coisas são mais difíceis do que realmente são.

Bandura ressalta que, em algumas situações, mesmo o indivíduo tendo uma alta crença de autoeficácia e se sentindo capaz, ele pode não se comportar de acordo com sua crença. Diversos fatores podem influenciar a crença de autoeficácia, como a falta de incentivo, porque percebem limitações sociais ou mesmo por falta de recursos financeiros. Mesmo o indivíduo se sentindo capaz, ele pode não fazer nada devido a essas limitações, que podem ser reais ou imaginárias.

3.1.2 Estudos Desenvolvidos Utilizando a Teoria Social Cognitiva e Autoeficácia

Estudos diversos corroboram os estudos de Albert Bandura sobre crenças de autoeficácia dos indivíduos, comportamentos e desempenhos de atividades.

Salveti et al. (2006) avaliaram a crença de autoeficácia de pacientes com dor crônica em 132 indivíduos. Os resultados mostraram que indivíduos com maior escolaridade (até 11 anos de estudo) tinham maior autoeficácia em relação aos indivíduos com menor escolaridade (até 8 anos de estudo). Pacientes com dor menos intensa e menos sintomas depressivos apresentaram maior autoeficácia.

Havas et al. (1998), ao estudarem mulheres de baixa renda inscritas no Programa Especial de Nutrição Suplementar para Mulheres, Bebês e Crianças dos Estados Unidos, observaram que maiores níveis de autoeficácia dessas mulheres para uma alimentação mais saudável estavam relacionados com maior consumo de frutas e hortaliças. Foram encontradas associações entre as mulheres que tinham maior autoeficácia com maior conhecimento sobre recomendações de consumo alimentar, atitudes mais positivas frente à alimentação e um suporte social para práticas saudáveis.

Domel et al. (1996), em estudo com duas escolas de ensino fundamental nos Estados Unidos, sobre a autoeficácia de crianças quanto ao consumo de frutas e hortaliças, não encontraram valores significativos de autoeficácia. O único preditor

importante encontrado entre as crianças foi a preferência. Segundo esses autores, os pais, inconscientemente, tiram a responsabilidade de mudança de comportamento das crianças, por exemplo, quando exigem que ela coma determinado alimento, o que entra em conflito com o modelo de autoeficácia, que vê na pessoa a responsabilidade individual de mudança. O estudo sugere que os adultos deveriam apenas disponibilizar alimentos adequados em ambientes positivos e repassar a responsabilidade para crianças de decidir o quanto e o que comer.

Matias et al. (2009) estudaram estilo de vida, nível habitual de atividade física e percepção de autoeficácia de adolescentes de uma escola do ensino médio, em Santa Catarina. O estudo revelou que meninos são mais ativos do que as meninas, apresentando autoeficácia maior em relação a estas. Entretanto, quando meninos e meninas apresentavam níveis de atividades semelhantes, as autoeficácias também eram semelhantes. Adolescentes com maior autoeficácia também mostraram melhor estilo de vida em relação àqueles com menor autoeficácia.

Medeiros et al. (2000) avaliaram as relações entre o desempenho acadêmico, o senso de autoeficácia e os aspectos comportamentais de 52 crianças de ambos os sexos, na faixa etária de oito anos a onze anos de idade, sendo 26 com dificuldades no desempenho acadêmico e 26 com bom desempenho. Observou-se no estudo que as crianças com desempenho menor tinham senso de autoeficácia menor, e seus pais caracterizaram-nas com maiores dificuldades comportamentais.

Em um programa de educação nutricional realizado durante seis meses, em pacientes portadores de doenças cardíacas, verificou-se que, quanto maiores os níveis de autoeficácia, maiores o consumo de alimentos saudáveis (seleção de alimentos, redução do consumo de sal) e a diminuição dos fatores de risco cardiovasculares (KYOUNGOK; HEEYOUNG, 2008).

Por ser a crença de autoeficácia um fator importante para os indivíduos determinarem seu comportamento, pesquisadores têm demonstrado que crenças de autoeficácia servem como um filtro entre determinantes e comportamentos.

4 METODOLOGIA

A seguir são apresentados os procedimentos metodológicos, o local do estudo, a população e amostra, as variáveis de análise, bem como os procedimentos de coleta de dados e análise de dados.

4.1 Procedimentos Metodológicos

Este trabalho é um estudo de natureza qualitativa que, segundo Martins (2004), é indicado nos estudos de fenômenos complexos, quando não é fácil separar causas e motivações isoladas e exclusivas. Métodos quantitativos foram também utilizados.

Foi realizado um estudo comparativo, que, segundo Gil (2008), ocorre pela investigação de indivíduos, classes, fenômenos ou fatos, o qual visa ressaltar as diferenças e similaridades entre eles. Foi feita uma pesquisa descritiva e explicativa, pois procurou levantar opiniões, atitudes e crenças, bem como identificar os fatores que contribuem ou determinam para ocorrência dos fatos (GIL, 2008).

Para realização da pesquisa, foram coletados dados junto às crianças e seus respectivos pais (ou responsáveis). Junto às crianças, foi feita observação direta, no horário do recreio escolar. Utilizou-se também a técnica de grupo focal, a qual ocupa uma posição intermediária entre a observação participante e a entrevista de profundidade. O grupo focal pode ser caracterizado também como um recurso para compreender o processo de constituição das percepções, atitudes e representações sociais de grupos humanos (TANAKA; MELO, 2001).

Para obtenção de dados junto aos pais (ou responsáveis) das crianças, foram utilizados os questionários apresentados nos Apêndices 5, 6 e 7.

4.2 Local de estudo

O estudo foi realizado na cidade de Viçosa-MG, que fica localizada na Zona da Mata mineira, entre as serras da Mantiqueira, do Caparaó e da Piedade. Sua população é de 72.244 habitantes.

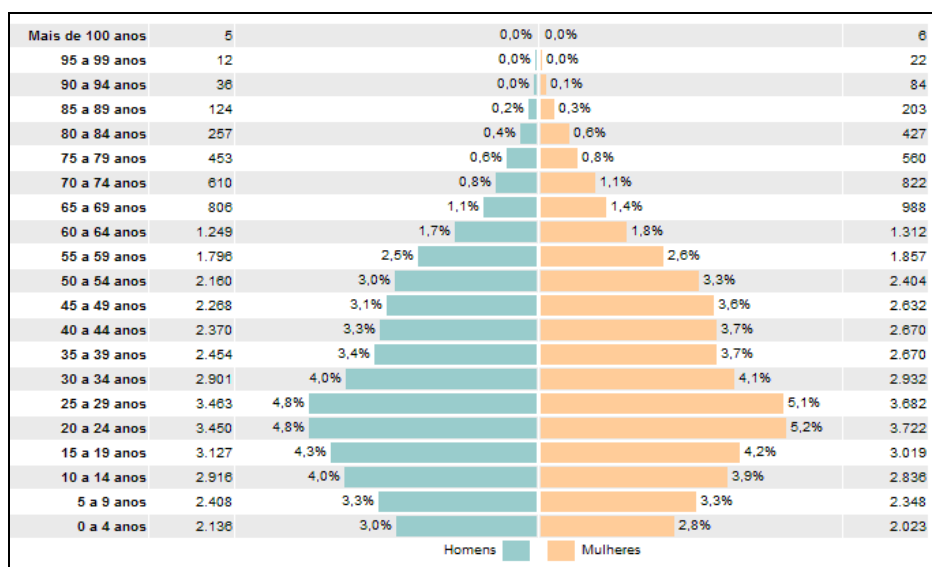
Viçosa é uma cidade essencialmente universitária, com destaque para a Universidade Federal de Viçosa – UFV, que muito influencia o crescimento e desenvolvimento da cidade. A cidade ainda conta com outras instituições de ensino superior privadas, como ESUV, FDV, UNIVIÇOSA e UNOPAR, acentuando ainda mais o caráter educacional da cidade. Ela conta também com 38 escolas de ensino fundamental, 38 de pré-escolar e 11 de ensino médio (IBGE, 2010).

4.3 População e amostra

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos-CEPH da Universidade Federal de Viçosa em 29 de outubro de 2012 (nº 139/2012/CEP/05-12-25).

A população estudada foi composta por crianças e seus respectivos pais (ou responsáveis), residentes na cidade de Viçosa-MG.

Segundo dados do IBGE (2010), a maior parte da população de Viçosa é composta por crianças e jovens, sendo a população em idade de 5 a 14 anos composta por 5.324 meninos e 5.184 meninas, resultando em 14,5% da população, como pode ser observado na Figura 1.



Fonte: IBGE, 2010.

Figura 1 - Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade – Viçosa, MG, 2010.

Foi definida uma amostra intencional, tendo como referência crianças em idade escolar. Segundo Lucas (2005), as crianças em idade escolar começam a perceber os alimentos como bons ou ruins para a saúde, embora a compreensão seja limitada. Elas começam a ter vida social mais ativa, e a alimentação nesse período ganha um significado social. Capazes de analisar, classificar e generalizar, as crianças em idade escolar são capazes de definir, avaliar e classificar sua própria alimentação.

Para a definição da amostra, foi feito um primeiro contato com a direção das escolas que aceitaram participar da pesquisa e, junto com a coordenação delas, foram definidas as turmas que iriam participar da pesquisa. Para cada escola, foram escolhidas as turmas do 2º ano e do 3º ano, que correspondiam às crianças de 7 a 9 anos de idade. Em seguida, os pais (ou responsáveis) e as crianças foram informados da pesquisa e convidados a participar. Após a autorização dos pais (ou responsáveis) através do termo de consentimento livre e esclarecido-TCLE (Apêndice 2), foi definida a amostra das crianças, que resultou num total de 45 indivíduos. Foram então definidos dois grupos: o Grupo A (GA), formado por 25 crianças matriculadas na escola pública, e o Grupo B (GB), formado por 20 crianças matriculadas na escola particular. Todas as 45 crianças participaram dos grupos focais. Todos os nomes, tanto das crianças quanto dos pais (ou responsáveis), citados na pesquisa são fictícios.

A coleta de dados com os pais (ou responsáveis) foi feita através de dados fornecidos durante reuniões e por questionários. Foram respondidos 13 (52%) dos questionários do GA e 15 (75%) dos questionários do GB, correspondendo a um total de 28 (62,2%) dos questionários respondidos.

4.4 Variáveis de Análise

A partir dos objetivos propostos, foram delineadas as variáveis de análise do estudo, especificadas a seguir.

a) Perfil das famílias

Foram identificadas as seguintes características das famílias: idades dos pais (ou responsáveis), classe econômica, estado civil, local de trabalho da mãe, escolaridade da mãe e número de filhos (Apêndice 6).

b) Consumo, preferências e percepções das crianças em relação aos alimentos consumidos nos intervalos das principais refeições

Por meio de observação direta e realização de grupos focais, foram identificados: a merenda escolar consumida pelas crianças; gostos e preferências; os alimentos mais consumidos nos intervalos das refeições em casa ou em outro ambiente que costumam frequentar; o que as crianças pensam sobre os alimentos que consomem; o que entendem sobre alimentar-se bem; e a percepção sobre alimentos bons e ruins para a saúde.

c) Frequência do consumo de alimentos com alto teor de açúcar, gordura e sódio, entre as crianças, nos últimos seis meses:

Foi verificada a frequência alimentar de 17 variedades de alimentos, ricos em açúcar, gordura e sódio, consumidos pelas crianças, nos intervalos das refeições e/ou durante estas, nos últimos seis meses (Apêndice 7).

d) Autoeficácia dos pais (ou responsáveis) em consumir uma alimentação com menos gordura, açúcar e sódio

Foi avaliado o quanto os pais (ou responsáveis) são autoeficazes em consumir uma alimentação com menos açúcar, gordura e sódio, em diferentes situações do cotidiano (Apêndice 5).

e) A influência da escola no consumo alimentar das crianças

Através de observação direta e grupos focais, constatou-se o tipo de alimento consumido no recreio escolar, a procedência, se fornecido pela escola, comprado na cantina da escola ou trazido de casa. Verificou-se a existência de regras no ambiente escolar em relação ao consumo de alimentos, se é trabalhado o conteúdo de educação alimentar nas escolas e de que forma.

f) A influência da família no consumo alimentar das crianças

Dados coletados nos grupos focais com crianças, reuniões com as mães e questionário (Apêndice 7) permitiram verificar a disponibilidade de alimentos com alto teor de açúcar, gordura e sódio no ambiente familiar; a forma de acesso a esses

alimentos; os alimentos mais consumidos nos últimos seis meses pelas crianças; e preocupações e estratégias adotadas quanto a consumo ou restrição de alimentos.

4.5 Procedimento de coleta de dados

Definida a amostra das crianças, foram realizados os grupos focais com estas, com o objetivo de ouvir o que elas tinham a dizer sobre a própria alimentação e como a percebem. Segundo Barbour (2009), o grupo focal é um método mais apropriado para coletar dados junto às crianças, quando comparado às entrevistas individuais.

Para realização dos grupos focais, os GA e GB foram divididos em subgrupos, considerando o ano em curso, a idade e o número de participantes, conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1 - Divisão dos grupos focais

Grupos	Subgrupos	Ano escolar	Idade das crianças	Nº de crianças
GA	GA1	2º ano	7 e 8 anos	7
	GA2	2º ano	7 e 8 anos	6
	GA3	3º ano	8 e 9 anos	6
	GA4	3º ano	8 e 9 anos	6
GB	GB1	2º ano	7 e 8 anos	7
	GB2	2º ano	7 e 8 anos	7
	GB3	3º ano	7 e 9 anos	6

Fonte: Dados da pesquisa.

A realização dos grupos focais aconteceu no período de setembro a novembro de 2012, nas respectivas escolas. Os locais de realização dos grupos foram as salas de aula, que estavam desocupadas no período da tarde.

Os grupos foram conduzidos pela pesquisadora, acompanhada de uma aluna de graduação do curso de Economia Doméstica. A pesquisadora responsabilizou-se pela moderação do grupo, e a estudante assistente, por fazer anotações, gravações e fotografar. Para condução dos trabalhos foi utilizado um roteiro (Apêndice 4), de forma a estimular discussões sobre o tema consumo de alimentos nos intervalos das refeições.

Foram coletados dados de consumo, preferências, conhecimento e percepção das crianças em relação aos alimentos consumidos nos intervalos das principais refeições, bem como à influência das famílias e das escolas em relação ao consumo desses alimentos.

Mauthner (1997 citado por BARBOUR, 2009) recomenda que, ao se trabalhar grupos focais com crianças, os pesquisadores devem usar recursos como papel e caneta, atividades que envolvam desenhos e escrita e localizar o tema dentro de um contexto que faça sentido para a criança. É importante aproveitar a propensão das crianças de serem espontâneas e usar abordagens criativas no desenvolvimento do grupo, proporcionando a elas oportunidades para compartilharem suas experiências e o seu modo singular de ver o mundo.

Para a realização da técnica, as crianças sentaram-se em círculo e, logo em seguida, foi apresentada à turma a proposta de trabalho. Foi combinado com a turma que iriam desenhar e conversar sobre os alimentos que costumam comer nos intervalos das principais refeições, definidas como café da manhã, almoço e jantar.

As crianças foram avisadas de que as atividades seriam gravadas. A primeira atividade foi escrever o primeiro nome e desenhar um alimento que se come nos intervalos das refeições. Para cada criança, foi entregue um crachá confeccionado em cartolina, para realização dos desenhos. Essa atividade teve como objetivo criar um ambiente de descontração e introduzir o assunto alimentação. Esse momento foi muito rico. Nos diferentes grupos emergiram histórias que ilustravam o consumo, as preferências e o conhecimento das crianças sobre alimentos e nutrição.

Após a realização dos desenhos, as crianças se apresentaram, falando o nome e descrevendo os desenhos feitos. Foram então lançadas algumas perguntas ao grupo, com o intuito de gerar discussões sobre o tema alimentação nos intervalos das principais refeições. Outra abordagem adotada foi a situação de “faz de conta”, em que foi sugerido ao grupo que imaginasse um lugar onde fosse permitido comer de tudo e todos os alimentos fossem bons para saúde. Esta foi uma etapa importante para revelar preferências e percepções. As figuras 2 e 3 mostram crianças participando de oficina de grupo focal.



Figura 2 - Oficina de grupo focal - GA.
Fonte: Dados da pesquisa.



Figura 3 - Oficina de grupo focal - GB.
Fonte: Dados da pesquisa.

Após as sessões de grupo focal com as crianças, os pais (ou responsáveis) delas foram convidados a participar de uma reunião nas escolas cujos filhos se encontravam matriculados. Compareceram apenas cinco (38,4%) das mães do GA e quatro (26,6%) mães do GB, às quais foram aplicados os questionários. As conversas

foram gravadas. Embora o número de indivíduos tenha sido reduzido, esse foi um momento muito rico para obtenção de dados da pesquisa. Esse período da coleta de dados coincidiu com o final do período letivo das escolas. Por isso, optou-se por mudar a abordagem de obtenção de dados junto aos pais (ou responsáveis). Devido a características específicas de cada grupo e ao tempo restrito para aplicação dos questionários, uma vez que se encontrava no final do período letivo, optou-se por usar abordagens diferentes para aplicação dos questionários. Para os pais (ou responsáveis) do GA, os questionários foram aplicados pela própria pesquisadora, com visitas a casas, local de trabalho e escola. Para os pais (ou responsáveis) do GB, os questionários foram enviados, através da escola, com uma carta anexa (Apêndice 3), agradecendo a participação dos filhos na pesquisa e pedindo a colaboração para responder aos questionários.

Do total de 25 (100%) dos pais (ou responsáveis) das crianças do GA, 13 (52%) responderam os questionários, após três diferentes tipos de abordagem. Os 12 (48%) que não responderam não foram localizados, por estarem com telefones e/ou endereços desatualizados na escola. Do total de 20 (100%) dos pais (ou responsáveis) das crianças do GB, 15 (75%) dos questionários foram respondidos. Os cinco (25%) pais (ou responsáveis) que não responderam foram contactados por telefones e e-mails, mas não retornaram.

O perfil socioeconômico da família foi analisado, utilizando-se de um questionário (Apêndice 6) composto de opções de múltipla escolha e perguntas diretas.

Para avaliar a autoeficácia dos pais (ou responsáveis), foi utilizado um questionário (Apêndice 5) contendo 22 questões relacionadas à autoeficácia em consumir alimentos com menos gordura, açúcar e sódio – escala Likert, adaptada de Bandura (2006). Essa escala permite avaliar o quanto o indivíduo é autoeficaz em manter uma dieta com menos gordura, açúcar e sódio em diversas situações do cotidiano.

Para avaliação do consumo de diferentes tipos de alimentos com alto teor de açúcar, gordura e sódio consumidos pelas crianças nos intervalos das refeições ou junto a estas, nos últimos seis meses, construiu-se um questionário (Apêndice 7) tomando-se como referência o Questionário de Frequência Alimentar (QFA) para crianças de 6 a 10 anos, validado por Pino (2009), e as informações sobre preferência alimentar das crianças, obtidas nas oficinas dos grupos focais.

Foram definidas 17 variedades de alimentos. Para medir a frequência de consumo dos alimentos, os respondentes tinham as seguintes opções: “nunca”, “menos de uma vez por mês”, “1 a 3 vezes ao mês”, “uma por semana”, “2 a 4 vezes por semana”, “uma vez por dia” e “2 vezes ao dia ou mais.”

4.6 Análise de dados

Para avaliação dos dados obtidos com os grupos focais, foi feita a transcrição dos dados de cada subgrupo. Essa transcrição foi realizada ouvindo-se a gravação digital paralelamente às observações do caderno de campo utilizado durante a realização dos grupos focais. As anotações do caderno foram relevantes para transcrição de dados, como, por exemplo, os gestos e expressões, bem como as anotações dos diferentes tipos de desenhos feitos pelas crianças. Após as transcrições dos grupos, as falas foram codificadas por temas e agrupadas em tabelas de acordo com o objetivo do estudo. Ritchie e Spencer (1994 citado por BABOUR, 2009) defendem a “análise por tabelas”, ressaltando que elas permitem distribuir os dados de acordo com temas específicos. A construção da tabela se deu a partir de temáticas, de acordo com o objetivo do estudo e o roteiro utilizado para os grupos focais.

Segundo Gibbs (2009), a codificação é um processo analítico que consiste em identificar uma ou mais passagens no texto que exemplifiquem alguma ideia temática e ligá-la(s) a um código. Os códigos, neste trabalho, foram construídos a partir dos objetivos do estudo, do roteiro utilizado no grupo focal e de ideias surgidas a partir das leituras das transcrições. Os códigos elencados foram **preferências, consumo, percepção e conhecimento, influência da família e influência da escola**. Esses códigos foram distribuídos em tabelas (Apêndices 11 e 12), para fins de análise, onde as falas das crianças foram agrupadas de acordo com a temática que representava cada código. Foram acrescentados à tabela nomes das crianças e os desenhos realizados por elas durante os grupos.

A aplicação dos questionários com o objetivo de conhecer o perfil das famílias, a autoeficácia dos pais em consumir alimentos com menos açúcar, gordura e sódio e a frequência de consumo de alimentos com alto teor de açúcar, gordura e sódio das crianças nos últimos seis meses foi realizada no período de dezembro de 2012 a janeiro de 2013. Para todas as variáveis citadas, foram feitas análises das respostas de 13 pais (ou responsáveis) e 13 crianças do GA e 15 pais (ou

responsáveis) e 15 crianças do GB, correspondentes aos números de questionários aplicados.

Para caracterizar o perfil das famílias, considerou-se idade dos pais (ou responsáveis), estado civil (casados, solteiros, divorciados e viúvos), local de trabalho da mãe e número de filhos.

A classificação econômica das famílias foi estabelecida segundo o Critério de Classificação Econômica Brasil – CCEB (2012), da Associação Brasileira de Pesquisa – ABP. O CCEB-2012 avalia a presença e a quantidade de alguns itens de conforto no domicílio e o grau de escolaridade do chefe de família. Para a classificação, são atribuídos pontos de acordo com cada característica domiciliar, os quais são somados. É feita então uma correspondência entre as faixas de pontuação do critério e extratos de classificações econômicas, definidas como A1, A2, B1, B2, C1, C2, D e E. Optou-se por classificar os indivíduos que se enquadravam nas classes A1 e A2, B1 e B2 e C1 e C2 como classes A, B e C, respectivamente, para fins didáticos. Quanto ao grau de escolaridade das mães, empregaram-se as mesmas denominações usadas para grau de instrução do CCEB -2012.

Para avaliar o quanto os pais (ou responsáveis) são autoeficazes em consumir uma dieta com reduzido teor de gordura, açúcar e sódio, calculou-se o escore médio relativo às 22 situações respondidas por cada indivíduo. Após calculada a média individual, foi calculada a média geral do GA e do GB. Uma média alta representa maior eficácia em restringir o consumo de alimentos ricos em gordura, açúcar e sódio; o inverso, ou seja, uma média baixa, representa menor eficácia – os indivíduos, neste caso, são menos confiantes e consomem mais esses alimentos.

A frequência do consumo de 17 alimentos pré-selecionados, ricos em gordura, açúcar e sódio, nos últimos seis meses, foi analisada qualitativamente.

Para definir o parâmetro de maior ou menor frequência, foram considerados os passos 3 e 6, dos 10 passos de uma alimentação saudável para crianças maiores de 2 anos propostos pelo Ministério da Saúde brasileiro:

“Passo 3- Alimentos gordurosos devem ser evitados, podendo ser ofertados **no máximo uma vez por semana**”.

Passo 6 - Doces, bolos, biscoitos e outros alimentos ricos em açúcar devem ser evitados, podendo ser oferecidos **no máximo duas vezes por semana.**” (BRASIL, 2007).

Considerou-se também a regra do consumo de, no máximo, **uma vez por semana**, que muitos pais (ou responsáveis) estabelecem para o consumo de alimentos que consideram não saudáveis. Esta regra foi observada nos relatos das crianças participantes dos grupos focais e nas reuniões com as mães.

Foi estabelecido como parâmetro de comparação entre maior e menor consumo “**uma vez por semana**”: uma vez por semana ou mais foi definido como maior consumo, e uma vez por semana ou menos, como menor consumo. Para fins de análise, os 17 alimentos avaliados foram agrupados em quatro grupos: 1 - bebidas; 2 - salgados; 3 - biscoitos e bolos; e 4 - doces. Foram feitas comparações de frequência entre o GA e GB.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 Perfil das famílias das crianças estudadas

Os respondentes do GA e do GB foram, na sua totalidade, mulheres, mães das crianças.

Os resultados mostraram que o GA é composto por mães mais jovens em relação ao GB. A diferença na média entre as idades das mães desses dois grupos foi de 8,4 anos.

Quanto ao estado civil, não houve variação significativa; nos dois grupos, a maioria declarou-se casados.

Quanto ao local de trabalho das mães, nove (69,2%) do GA têm seu local de trabalho fora do domicílio, sendo que no GB esta realidade passa para 100%.

Os indivíduos do GA são na sua maioria 12 (92,3%) pertencentes à classe C, enquanto os indivíduos do GB são na sua maioria 11 (73,3%) pertencentes à classe B.

O GA apresentou número maior de filhos por família em relação ao GB, sendo a média do GA de 2,3 filhos, e a do GB, de 1,6 filho.

Quanto à escolaridade das mães, identificou-se uma diferença muito significativa entre os grupos: enquanto o GA apresentou baixa escolaridade, 10 (76,9%) das mães estudaram até a 4ª série do ensino fundamental, entre as mães do GB,

14 (93,3%) completaram o curso superior. Os resultados podem ser observados na Tabela 2.

Tabela 2 - Perfil das famílias das crianças estudadas –Viçosa, MG, 2012

<i>Perfil das famílias</i>	Grupo A n (%)	Grupo B n (%)
Idade das mães		
27 a 29	4 (30,76)	1 (6,66)
30 a 35	8 (61,53)	1 (6,66)
36 a 39	1 (7,69)	5 (33,33)
40 a 45	0 (0,00)	6 (40,00)
46 a 49	0 (0,00)	1 (6,66)
50 a 56	0 (0,00)	1 (6,66)
Média da idade das mães	32, 1	40, 6
Total	13 (100,00)	15 (100,00)
Estado civil dos pais (ou responsáveis)		
Casado (a)	12 (92,3)	13 (86,6)
Divorciado (a)	0 (0,0)	0 (0,0)
Solteiro (a)	1 (7,6)	1 (6,6)
Viúvo (a)	0 (0,0)	1 (6,6)
Total	13 (100,0)	15 (100,0)
Escolaridade da mãe		
Analfabeto/até a 3ª série do ensino fundamental	1 (7,6)	0 (0,0)
Até a 4ª série fundamental	10 (76,9)	0 (0,0)
Fundamental completo	2 (15,3)	0 (0,0)
Ensino médio completo	0 (0,0)	1 (6,6)
Superior completo	0 (0,0)	14 (93,3)
Total	13 (100,0)	15 (100,0)
Local de trabalho da mãe		
Fora de casa	9 (69,2)	15 (100,0)
Em casa	4 (30,7)	0 (0,0)
Total	13 (100,0)	15 (100,0)
Classe econômica		
A (A1, A2)	0 (0,0)	3 (20,0)
B (B1, B2)	0 (0,0)	11 (73,3)
C (C1, C2)	12 (92,3)	1 (6,6)
D	1 (7,6)	0 (0,0)
E	0 (0,0)	0 (0,0)
Total	13 (100,0)	15 (100,0)
Número de filhos		
1	1 (7, 6)	7 (46, 6)
2	7 (53, 8)	6 (40, 0)
3	5 (38, 4)	2 (13, 3)
Média	2,3	1,6
Total	13 (100, 0)	15 (100, 0)

Fonte: Dados da pesquisa.

5.2 Consumo, preferências e percepções das crianças quanto à sua alimentação

Com o objetivo de conhecer o consumo, as preferências e as percepções das crianças quanto à sua alimentação, foi utilizada a técnica de grupo focal. A técnica foi utilizada com as crianças, permitindo dessa forma conhecer as percepções e

vivência relativas aos alimentos consumidos nos intervalos das refeições, através do olhar das próprias crianças.

Após a transcrição dos dados e sua codificação, foram feitas comparações dos desenhos realizados pelas crianças do GA e GB. A maioria desenhou mais de um alimento no seu crachá. Houve menor variedade de desenhos no GA em relação ao GB: o primeiro desenhou 16 alimentos, e o segundo, 22 alimentos.

Os alimentos desenhados pelas crianças do GA foram banana, maçã, laranja, pera, uva, melancia, abacaxi, macieira, laranjeira, copo de refrigerante, copo de suco, salgadinho “Gula”, ovo, iogurte, bala e chicletes. Os alimentos desenhados pelo grupo B foram banana, maçã, morango, uva, goiaba, laranja, lichia, romã, jabuticaba, manga, salada de frutas, barrinha de cereal, quindim, doce de leite, chicletes, suco, churrasco, bolo, coxinha, pipoca, picolé e sorvete. Comparando os desenhos, observou-se um ponto em comum: todas as crianças, dos dois grupos, desenharam pelo menos uma variedade de frutas em seus crachás (Figura 4).



Figura 4 - Desenhos realizados pelas crianças durante as oficinas de grupos focais-Viçosa, MG , 2012.

Fonte: Dados da pesquisa.

Tanto as crianças do GA quanto as do GB procuravam demonstrar que sabiam da importância das frutas, legumes e verduras na alimentação e relacionavam

as “guloseimas” como alimentos que fazem mal à saúde. Ideias semelhantes em relação a conhecimentos de nutrição foram observadas nos dois grupos, como pode ser observado a seguir (Quadro 2).

Quadro 2 - Percepção e conhecimento sobre os alimentos – Viçosa, MG, 2012

GRUPO A
<i>“Bala não é alimento, porque é doce. E doce faz mal”.</i> (Carlos, 7anos)
<i>“Comer maçã faz bem para saúde.”</i> (Gabriela, 8 anos)
<i>“Alimento é tudo que é bom para saúde”</i> (Talita, 9 anos)
GRUPO B
<i>“Comer bem é comer frutas, salada.”</i> (Patrícia, 7 anos)
<i>“Eu alimento bem, mas sei que preciso comer mais verduras e frutas”</i> (Marcos, 8 anos)
<i>“...porque comer alimentos com muito açúcar estraga os dentes e dá dor de barriga”</i> (Nívia, 9 anos).

Fonte: Dados da pesquisa.

Quando questionadas sobre o que significa alimentar-se bem, as crianças do GB disseram que é quando se come muitas frutas, legumes e verduras. No GA, embora tenham classificado esses alimentos como bons para a saúde, relacionaram alimentar-se bem com a quantidade, como “comer muito” ou “comer tudo”.

Segundo Lucas (2005), as crianças em idade escolar são capazes de estabelecer relações entre alimentação e nutrição, percebendo que alguns alimentos são mais nutritivos do que outros e que estes podem causar efeito positivo ou negativo na saúde. No entanto, a compreensão de como, ou por que, isso ocorre ainda é muito limitada. Essa visão de que alguns alimentos são prejudiciais e outros não é compreendida pelas crianças durante a interação com o seu meio ambiente, seja na escola, na família, com os colegas, entre outros.

As crianças do GA, embora percebessem alguns alimentos como prejudiciais à saúde, demonstraram não ter motivação para mudar o comportamento alimentar. O principal argumento entre elas é de que estão muito acostumadas a comer esses alimentos. Algumas falas, a seguir, ilustram essa afirmativa.

“Ô fessora, como eu vou parar de chupar bala, eu tô acostumada a chupar desde que era pequeninha.”(Talita, GA, 8 anos)

“Sabe por que eu não consigo parar de tomar refrigerante? É porque eu tomo desde que nasci..., eu acostumei, então não dá para parar, entende?” (Marcio. GA, 9 anos)

Embora o conhecimento seja um fator primordial para direcionar comportamentos, mesmo quando mais elaborados, não são garantias de comportamentos alimentares adequados, pois comportamentos dependem, entre outras coisas, do resultado de como o indivíduo reage diante dos estímulos recebidos.

Nos estudos de Triches et al. (2005), verificou-se que crianças obesas, com comportamentos alimentares inadequados, tinham mais conhecimento sobre nutrição que as crianças eutróficas. Conhecimento é um fator importante para motivar comportamentos, embora não seja determinante.

O aprendizado alimentar é construído ao longo da vida, sendo o período da infância fundamental para construção de preferências, tabus e aversões alimentares. Uma das principais formas do aprendizado da criança ocorre ao observar o comportamento de outras pessoas. Bandura (2008) denomina a aprendizagem por observação de aprendizagem vicária. Segundo esse autor, para que ocorra a aprendizagem, o indivíduo deve passar pelos processos de atenção, retenção e motivação: a atenção está diretamente ligada à observação de um modelo; a retenção refere-se à capacidade de o indivíduo guardar na memória; e a motivação acontece quando o indivíduo acredita na sua capacidade de realizar determinada tarefa. Ao realizar o comportamento observado, o indivíduo não está simplesmente imitando o outro, mas cada um percebe e interpreta o modelo de maneira particular, trazendo no seu comportamento características pessoais.

As crianças do período escolar têm grande interação com o mundo social, tendo nesse período não só a família como modelo, mas os colegas, os professores, os ídolos e outros adultos significativos para elas. No entanto, é ainda a família o principal modelo para proporcionar um aprendizado alimentar mais saudável ou menos saudável. A criança – ao ouvir na escola, na família ou em qualquer outro lugar que é preciso aumentar o consumo de frutas, legumes e verduras e diminuir o consumo de alimentos com alto teor de açúcar, gordura e sódio e não encontrar no ambiente familiar modelos que reproduzam essa afirmativa – poderá até concordar

que isso é melhor para a sua saúde, porém terá dificuldades em adotar uma alimentação mais saudável.

Outra semelhança observada nos GA e GB são as preferências por alimentos com alto teor de açúcar, gordura e sódio, como pode ser observado no Quadro 3.

Quadro 3 - Preferências alimentares das crianças – Viçosa, MG, 2012

GRUPO A
<i>“Eu gosto de comer “gula” com refrigerante”</i> (Talita, 7 anos)
<i>“...eu gosto muito de refri e biscoito recheado”</i> (Eliane, 8 anos)
<i>“Eu queria comer hambúrguer todos os dias!”</i> (Marcio, 9 anos)
GRUPO B
<i>“Eu gosto muito de brigadeiro e picolé”</i> (Nádia, 7 anos)
<i>“Bala é muito gostoso”</i> (Mila, 8 anos)
<i>“Eu gosto de lichia e jabuticaba e bala também”</i> (Nely, 9 anos)

Fonte: Dados da pesquisa.

Crianças tendem a consumir os alimentos de sua preferência, entre os disponíveis. Dependendo do contexto no qual a criança está inserida, suas preferências podem ou não direcionar seu consumo. Aos pais (ou responsáveis) das crianças e à escola cabe disponibilizar alimentos saudáveis e restringir os menos saudáveis. Essas práticas contribuem, entre outras coisas, para a formação das preferências (RAMOS; STEIN, 2000).

Embora as preferências dos dois grupos sejam semelhantes, o consumo se diferencia, como pode ser observado no Quadro 4.

Quadro 4 - Consumo das crianças –Viçosa, MG, 2012

GRUPO A
<i>“Eu chupo chicletes todo dia.”</i> (Talita, 8 anos) <i>“Todo dia eu como biscoito recheado”</i> (Marcio, 9 anos) <i>“Eu trago para escola salgadinho... pipoca.”</i> (Jéssica, 8 anos) <i>“Todo dia eu tomo refri!”</i> (Arthur, 7 anos)
GRUPO B
<i>“..Se for com amigos, se for fim de semana”</i> [referindo-se ao consumo de refrigerantes]. (Débora, 7 anos) <i>“Sorvete eu tomo terça e quinta-feira ... depois do futebol no clube.”</i> (Emilio, 8 anos) <i>“Eu gosto muito de pipoca, bala também é muito gostoso... mas eu como mais uva.”</i> (Milla, 9 anos) Fonte: Dados da pesquisa.

Ao serem questionadas sobre o consumo de balas e refrigerantes diariamente, a reação das crianças dos dois grupos foi diferente, não havendo variação nos subgrupos. As crianças do GA levantaram as mãos eufóricas quando questionadas e contaram casos relacionados com o consumo, como mostram os exemplos a seguir. “Eu tomo refrigerante é todo dia”(Márcio, 9 anos); “ Eu adoro bala e chiclete, eu chupo todo dia...”(Tatiane,7 anos) “... eu compro na venda perto da minha casa, eu acho dinheiro no chão ou então eu pego no meu cofrinho”(Ailton, 8 anos).

No entanto, a reação das crianças do GB, ao serem questionadas sobre o consumo diário de refrigerantes e balas, foi bem diferente. Embora elas demonstrassem que gostam de balas e refrigerante, ao serem questionadas, se mostraram-se “assustadas” em relação ao consumo diário desses alimentos. Destaca-se a reação das crianças do subgrupo GB1, composto por crianças de 7 e 8 anos. Ao serem questionadas sobre o consumo diário de bala e refrigerante, elas responderam em coro:“CREDO!!!, claro que não!”

Pôde-se observar que, enquanto o consumo das crianças do GA reflete suas preferências, no GB, elas nem sempre consomem com frequência alimentos de sua preferência.

Tanto o ambiente familiar quanto o escolar vão influenciar as preferências e o consumo das crianças. Um ambiente que prioriza o consumo de alimentos mais saudáveis, disponibilizando-os de diferentes formas e em diferentes momentos, estará contribuindo para a formação de hábitos mais saudáveis em seus indivíduos.

A análise dos dados permite concluir que a grande diferença entre os dois grupos está no consumo. Essa diferença pode estar diretamente ligada à influência dos ambientes familiar e escolar.

5.3 Influência da Família no Consumo Alimentar das Crianças

Para analisar a influência das famílias no consumo alimentar das crianças, além dos dados coletados nos grupos focais, foram utilizadas as informações obtidas nas reuniões com as mães e durante as aplicações dos questionários.

Durante as oficinas de grupo focal, as crianças do GA relataram ter grande disponibilidade e acessibilidade de alimentos com alto teor de açúcar, gordura e sódio, seja em casa ou na escola. A autonomia das crianças em relação à compra de alguns alimentos com valores monetários mais baixos, como chicletes, balas, salgadinhos “Gula” e “Pimentinha”, também foi retratada durante as oficinas. Entretanto, o mesmo não ocorre com as crianças do GB: embora elas tenham demonstrado gostar desses alimentos, a disponibilidade destes é menor, comparado ao GA, e seu consumo depende da autorização dos adultos, normalmente da mãe. Essas diferenças podem ser observadas no Quadro 5.

Quadro 5 - Influência da família no comportamento alimentar – Viçosa, MG, 2012

GRUPO A
<i>“Minha mãe quando vai a rua compra pacote de bala na casa do biscoito” (Keit, 7anos).</i> <i>“A gente compra no recreio bala, pirulito, biscoito recheado e salgadinhos “Gula” e Pimentinha”(Talita, 8 anos)</i> <i>“Eu pego dinheiro no meu cofrinho, aí eu compro bala, chicletes na venda perto de casa” (Eliane, 8 anos)</i>
GRUPO B
<i>“Balas é só de vez em quando” (Natália, 7anos)</i> <i>“A minha mãe falou que se eu chupar muita bala o médico vai me proibir de chupar bala, daí eu nunca mais vou poder chupar bala! (Beatriz, 8 anos)</i> <i>“A minha mãe não me deixa comer açaí, porque ela fala que tem muito açúcar.” (Nívia, 8 anos)</i>

Fonte: Dados da pesquisa.

Algumas mães, mesmo tendo conhecimento de que alguns alimentos fazem mal quando consumidos em excesso, não estão suficientemente motivadas para restringir o consumo desses alimentos de suas dietas e das de seus filhos. Em entrevista com mães do GA, durante a aplicação de questionários e durante a reunião com mães na escola, alguns relatos chamaram a atenção.

“A gente sabe que faz mal, mas eles insistem tanto, que a gente acaba dando. Também, quando a gente era pequena não podia ter as coisas, agora que pode, a gente fica com dó de não dar, né?” (Fátima, GA, 34 anos).

Dizer não para os filhos, quando necessário, pode ser difícil para a maioria dos pais e envolve questões tanto externas quanto internas ao indivíduo (RAMOS, 2005). No que se refere aos pais (ou responsáveis) de classes econômicas menos favorecidas, fatores como a mídia e a grande oferta de alimentos processados a baixo custo, o desejo do filho, aliado às experiências de privações vivenciadas na infância em relação à alimentação, podem contribuir para a permissividade deles.

“Eu não consigo ficar sem tomar refrigerante, eu tomo praticamente todos os dias, aí os meninos acabam tomando também” (Beth, GA, 32 anos).

O hábito alimentar dos adultos vai influenciar a aprendizagem alimentar das crianças. A aprendizagem vicária, ou seja, o aprendizado por observação, pode particularmente ser eficiente entre crianças, sobretudo quando estas se identificam com o modelo e mantêm relação de confiança com este (BANDURA, 2008).

As mães das crianças dos dois grupos revelaram algum tipo de preocupação em relação à alimentação das crianças, e o tipo de preocupação se diferenciou entre os grupos. Várias mães do GA citaram ter como preocupação o fato de a criança comer pouco, principalmente em refeições como almoço e jantar.

“Eu me preocupo assim... se ele comeu tudo, se não deixou nada no prato, se ele comeu tudo, então eu não me importo se ele comer “besteira”. (Maria Aparecida, GA, 29 anos).

Segundo Stein e Ramos (2000), a maior preocupação dos pais centra-se na quantidade de alimentos e não em proporcionar às crianças um aprendizado alimentar mais voltado para padrões de alimentação mais adequados do ponto de vista qualitativo. Crianças que não consomem quantidades que seus pais (ou responsáveis) consideram suficientes, muitas vezes, são “premiadas” com a substituição de refeições principais por outras, na maioria das vezes pouco saudáveis.

Mães das crianças do GB demonstraram preocupação com a quantidade de alimentos de alto teor de açúcar, gordura e sódio consumidos por suas crianças. Uma das estratégias utilizadas para reduzir o consumo desses alimentos é a imposição de regras. As falas das crianças, durante as oficinas de grupo focal, retratam essa afirmativa:

“Só posso comer balas em festas” (Maria, GB, 8 anos).

“Na minha casa só posso comer bala e refrigerante no final de semana. Tem regra, mas eu já me acostumei” (Natalia, GB, 8 anos).

“A minha mãe só deixa comer bala no sábado ou domingo.”(Débora, GB, 9 anos)

O maior nível educacional das mães do GB pode ter relação com o tipo de preocupação em relação à alimentação dos seus filhos. Por saber a importância de reduzir alimentos com alto teor de açúcar, gordura e sódio, as mães usam estratégias como impor regras e manter maior monitoramento em relação ao consumo alimentar dos filhos.

Segundo Ramos e Stein (2000), quando as crianças têm a opção de escolher os alimentos, vão escolher aqueles com alto teor de açúcar, gordura e sódio. Klesges et al. (1991 citado por RAMOS; STEIN, 2000) constataram que crianças com média de idade de 5,3 anos, quando livres para escolher entre alimentos nutritivos e não nutritivos, optaram pelos alimentos com mais açúcar. Quando informaram para as crianças que os pais iriam monitorar a sua escolha, elas modificaram a seleção, diminuindo principalmente a escolha de alimentos com açúcar. O monitoramento das mães fez com que o consumo dos alimentos não nutritivos fosse menor.

Em reunião com mães do GB, uma delas relatou a importância da aprendizagem vicária e como esta pode, inclusive, proporcionar mudança de comportamento:

A minha filha está com 7 anos, mas desde bebezinho eu falo para ela sobre alimentação saudável. Na minha casa eu e meu marido nos preocupamos muito com alimentação, então nada de “porcaria” lá em casa, a gente procura comer bem para que a nossa filha aprenda a comer direito. A moça que trabalha na minha casa é diabética, e ela fala que agora é que está aprendendo a comer. Ela contou que gastava só com biscoito recheado R\$ 200,00 por mês e que, quando começou a trabalhar lá em casa, não entendia por que a gente não comia biscoito recheado, não tomava refrigerante e outras “gostosuras mais”, sendo que ela era nossa funcionária e consumia muito mais esses alimentos. Com o tempo ela foi entender que consumir

“essas coisas” não quer dizer que é porque você tem maior poder aquisitivo, mas que devemos consumir o que faz bem à saúde, e esses alimentos fazem mal. Então ela disse que agora está reorganizando o que compra e o que come e ensinando a sua filhinha a comer melhor a partir da experiência que está tendo em minha casa (Laura, GB, 34 anos).

Bandura (2006) postula que os indivíduos formam crenças de autoeficácia por meio da experiência vicária, observando outras pessoas executarem tarefas. Essa experiência é particularmente mais efetiva para a construção da crença quando o indivíduo tem pouca experiência com a tarefa, ou quando as pessoas não estão bem certas de sua própria capacidade de realizar essa tarefa.

No caso supracitado, segundo a mãe que relatou o caso, sua funcionária sabia que deveria modificar os hábitos alimentares, pois havia sido orientada pelo médico, porém a mudança só começou a acontecer após o contato com a família para a qual trabalhava.

As famílias estudadas nos dois grupos eram de classes econômicas diferentes. A maioria das famílias do GA é da classe C, e a maioria das famílias do GB, da classe B. O nível de escolaridade das mães também era diferente: enquanto a maioria das mães do GA não tinha o ensino fundamental completo, a maioria das mães do GB havia completado o curso superior.

Melo et al. (2004) ressaltam, em seu estudo sobre obesidade infantil, que os alimentos mais saudáveis estão menos disponíveis para indivíduos de classe econômica mais baixa e que existe relação entre obesidade e baixa classe socioeconômica em países em desenvolvimento.

A globalização das dietas ocidentais, ricas em gorduras, açúcares e sódio, aliada aos baixos preços praticados, tem elevado o consumo desses alimentos pelas classes menos favorecidas. Entretanto, populações mais favorecidas economicamente e com maior escolaridade tendem a diminuir o consumo desses alimentos (VIANA, 2002).

Nos dois grupos estudados, a maioria das mães trabalhava fora. Há uma tendência de busca de maior praticidade para preparo de alimentos, principalmente quando se tem menos tempo, embora não se possa relacionar o trabalho fora de casa com o maior consumo de alimentos processados ou ultraprocessados, uma vez que, do grupo que consumiu menos esses alimentos, 100% das mães trabalhavam fora de

casa, e, do grupo que mais consumiu, o número de mães que trabalhavam fora era menor (69,2%).

Observou-se que o número de filhos dos grupos se diferenciava: as famílias do GA tiveram a média de filhos maior em relação às do GB, sendo 2,3 filhos para o GA e 1,6 filho para o GB. As crianças que relataram consumir mais alimentos com alto teor de açúcar, gordura e sódio foram as do grupo com maior número de irmãos.

Mello et al. (2010), estudando a obesidade entre crianças de 6 a 10 anos de idade, encontraram como única variável associada ao excesso de peso o número de irmãos. No entanto, em seu estudo, crianças sem irmãos ou com apenas um irmão mostram ter mais chance de excesso de peso do que crianças com dois irmãos ou mais.

5.4 Influência da Escola no Consumo Alimentar das Crianças

A influência que a escola exerce no consumo alimentar das crianças foi analisada a partir dos dados obtidos nas oficinas de grupos focais com as crianças, em conversas com as mães, durante a aplicação dos questionários e reuniões ocorridas nas escolas, bem como em observação direta durante o recreio nas escolas.

Os grupos focais foram realizados em salas de aula, que são utilizadas apenas no período da manhã, nas respectivas escolas. Observou-se que na sala onde ocorreram as oficinas do GA havia muitos restos de alimentos, como salgadinhos de milho, e vários papéis de bala no chão da sala.

O tema central dos grupos focais foi: alimentos consumidos nos intervalos das principais refeições. As crianças puderam expressar oralmente sobre o que gostam de comer quando estão em casa ou fora dela, sobre o que gostam de comer na merenda escolar e qual a forma de aquisição desta.

A merenda escolar das crianças do GA

A merenda escolar do GA é fornecida pela escola em forma de almoço. O cardápio é feito por uma nutricionista, mas, segundo a direção da escola, muitas vezes não é possível executar, porque nem sempre tem todos os ingredientes, sendo necessário fazer adaptações e até substituições. Na saída da escola são distribuídas frutas, normalmente laranjas, maçãs, entre outras. Esses alimentos são adquiridos

com recursos do Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE), que são repassados à prefeitura.

A escola possui uma cantina, onde são vendidos alguns tipos de alimentos, como biscoito recheado, salgadinho de milho, bala, pirulito etc.

O recreio tem duração de 30 minutos, sendo 10 minutos reservados para a alimentação da refeição servida e 20 minutos para a recreação. Normalmente, as crianças utilizam o restante do tempo para continuar a merendar os lanches trazidos de casa ou adquiridos na cantina da escola.

Segundo a direção da escola, não há uma disciplina voltada para alimentação e nutrição, embora os professores trabalhem esse conteúdo na disciplina de Ciências.

Os resultados obtidos nas oficinas dos grupos focais revelaram que a maioria das crianças do GA não está satisfeita com a merenda servida; elas reclamaram do sabor e do cardápio. No entanto, declararam gostar quando é servido “arroz doce”. A maioria das crianças relatou não comer a comida oferecida pela escola, preferindo comprar na cantina da escola ou na “venda³”, perto da escola. Os alimentos mais comprados são salginhos do tipo *chips*, biscoitos recheados, “Toddynho”, refrigerantes, balas e pirulitos.

A seguir, observam-se alguns depoimentos das crianças, relatando o que consomem na merenda escolar, regras e condutas das escolas.

Quadro 6 - Influência da escola no consumo alimentar das crianças (GA) – Viçosa, MG, 2012

GRUPO A
<i>“Fessora, sabia que é proibido chupar chicletes na escola! Mas a professora chupa escondido, né Jéssica?” (Tatiane, 7 anos)</i>
<i>“A gente compra no recreio bala, pirulito, biscoito recheado, salgadinhos “Gula”, “Pimentinha”...” (Talita, 8 anos)</i>

Fonte: Dados da pesquisa.

A escola é um local educacional por excelência. A aprendizagem acontece não só em sala de aula, mas em todos os momentos vivenciados no ambiente escolar. A escola é vista pela criança como referência do que é certo ou errado. Dessa forma,

³ Venda: termo utilizado pelas crianças e pelos moradores do bairro para se referir a armazém ou padaria.

regras e condutas da escola em relação à alimentação vão contribuir para a formação de hábitos alimentares mais ou menos saudáveis entre as crianças.

A forma de aquisição da merenda escolar da criança não teve relação com o fato de a mãe trabalhar ou não fora de casa. Embora quatro (30,7%) das mães tenham declarado não trabalhar fora de casa, todas as mães das crianças responderam que seus filhos não levam lanches de casa para a merenda escolar. O lanche é comprado na cantina ou na venda perto da escola, ou a criança se alimenta do que é oferecido pela escola.

Pôde-se observar que, durante o consumo da merenda escolar, várias crianças comiam a merenda oferecida pela escola junto com refrigerantes, biscoitos recheados ou salgadinhos tipo *chips*. Outro aspecto que chamou muito a atenção foi a quantidade consumida desses alimentos: crianças com pacotes de balas, pirulitos e até com mais de um pacote de salgadinhos.



Figura 5 - Crianças do GA merendando durante o recreio escolar – Viçosa, MG, 2012.
Fonte: Dados da pesquisa.



Figura 6 - Crianças do GA merendando durante o recreio escolar – Viçosa, MG, 2012.
Fonte: Dados da pesquisa.

Além da família, a escola tem papel fundamental na formação do comportamento alimentar das crianças. O planejamento da merenda escolar deve priorizar alimentos saudáveis, orientando as crianças sobre os alimentos e sua relação com a saúde. A merenda escolar monótona e a existência de cantinas com vendas de alimentos não saudáveis contribuem para a formação de hábitos alimentares inadequados. Professores e funcionários, enquanto modelos para as crianças, devem evitar alimentos de baixo ou nenhum valor nutritivo no ambiente escolar (SILVA, 2009).

A merenda escolar das crianças do GB

As crianças do GB merendam durante o recreio, o qual tem a duração de 20 minutos. Existe uma cantina na escola, que é terceirizada. Por normas impostas pela escola, a cantina não vende salgados fritos, refrigerantes, balas, pirulitos, chicletes, biscoitos e salgadinhos tipo *chips*.

As crianças e seus pais (ou responsáveis) são orientados pela escola para não levarem lanches, como: biscoitos recheados, salgadinhos tipo *chips*, refrigerantes, balas, pirulitos e chicletes.

Não há na escola uma disciplina específica sobre alimentação e nutrição, sendo o conteúdo tratado em disciplinas, como Ciências, e em outras atividades, de acordo com a programação da escola e do professor.

A maioria das crianças leva lanche de casa, normalmente pão de queijo, pão doce ou de sal, biscoitos sem recheio, “suco de caixinha” ou suco natural, iogurtes, barrinhas de cereais e bolos. Algumas crianças relataram levar frutas, e duas disseram nunca merendar na escola. As crianças que relataram comprar na cantina disseram que gostam de comprar pão de queijo, suco e cereal; todas as crianças que compram na cantina relataram utilizar o serviço de uma a duas vezes por semana, e nos demais dias da semana levam a merenda trazida de casa.

Segundo Danelon et al. (2006), o ambiente escolar contribui para a formação do hábito alimentar de seus alunos, sendo necessário que a escola incentive e proporcione o consumo de alimentos mais saudáveis. Sintonia entre escola e pais (ou responsáveis) para a promoção de hábitos mais saudáveis entre as crianças é fundamental.

Nas oficinas de grupos focais, pôde ser observado que na escola existem algumas regras em relação ao consumo de alguns alimentos. No Quadro 7, a fala de algumas crianças retrata essa afirmativa.

Quadro 7 - Influência da escola no consumo alimentar das crianças (GB) – Viçosa, MG, 2012

GRUPO B
<i>“Sabia que na escola não pode trazer “chitos”? (Cássia, 7 anos)</i>
<i>“Na escola não pode tomar refrigerante” (Natália, 8 anos).</i>

Fonte: Dados da pesquisa.

Ao proibir o consumo de determinados alimentos, a escola demonstra que eles não são interessantes nutricionalmente e devem ser evitados.

As crianças, quando questionadas por que não podiam comer alguns alimentos na escola, responderam que eles fazem mal à saúde e, por isso, a escola não os deixa comer.

Quanto à forma de aquisição da merenda escolar, 12 (80%) das mães responderam que os filhos levam a merenda escolar de casa. O fato de as mães

trabalharem fora de casa não teve relação com a forma de aquisição da merenda escolar, uma vez que 15 (100%) delas afirmaram trabalhar fora de casa.

Durante a observação direta, no recreio escolar, constataram-se várias situações em que as crianças estavam consumindo um alimento com alto teor de açúcar e gordura, como biscoitos e bolinhos industrializados e frutas simultaneamente. Esses alimentos foram trazidos de casa, uma vez que a cantina não vende biscoitos e bolinhos, e frutas só são vendidas em forma de salada de fruta.

O fato de 100% das mães trabalharem fora, bem como a suposta preocupação em oferecer aos filhos uma alimentação mais saudável, parece justificar a combinação desses alimentos, na busca de praticidade e nutrição.



Figura 7 - Merenda de criança do GB – Viçosa, MG, 2012.
Fonte: Dados da pesquisa.



Figura 8 - Crianças do GB merendando durante o recreio escolar – Viçosa, MG, 2012.
Fonte: Dados da pesquisa.

Embora as crianças do GB consumam alimentos não saudáveis durante o recreio escolar, seu consumo é menor em relação às do GA, sugerindo uma relação entre consumo, classe econômica, escolaridade das mães e maior monitoramento dos pais e da escola.

Estudos de Rodrigues e Fiats (2012) constataram maior frequência do consumo de “guloseimas” por parte de crianças de uma escola da rede pública em relação à escola particular. As crianças da rede particular relataram maior monitoramento por parte dos pais (ou responsáveis), permitindo o consumo desses alimentos mais nos finais de semana, enquanto as crianças da rede pública relataram consumir diariamente. Hábitos alimentares e consumo foram diferentes conforme a renda dos indivíduos estudados.

5.5 Consumo de alimentos com alto teor de açúcar, gordura e sódio, nos grupos A e B, na perspectiva dos pais (ou responsáveis)

Foi aplicado um questionário (Apêndice 7) aos pais (ou responsáveis) do GA e do GB, com o objetivo de conhecer o consumo e a frequência de 17 tipos de alimentos pré-selecionados, com alto teor de açúcar, gordura e sódio, nos últimos seis meses.

Para análise, os alimentos foram agrupados em bebidas; salgados; biscoitos/bolos; e doces.

O Quadro 7 mostra a frequência do consumo de bebidas com alto teor de açúcar dos GA e GB. As bebidas analisadas foram refrigerante, refresco artificial e achocolatado líquido.

Analisando o consumo das três bebidas, pôde-se verificar que as crianças do GA tiveram uma frequência mínima de consumo de uma vez por semana para todas as bebidas. Chama a atenção o consumo de refresco artificial: 100% das crianças do GA consumiram uma ou mais vezes por dia, ao passo que as crianças do GB consumiram, no máximo, uma vez por semana, e 80% nunca consumiram.

Quadro 8 - Frequência de consumo de bebidas com alto teor de açúcar - n (%) – Viçosa, MG, 2012

Alimentos (bebidas)	Refrigerantes		Refresco artificial (Mid,Fresh,Tang,...)		Achocolatado líquido tipo ("todynho")	
Grupos	A	B	A	B	A	B
Nunca	-	3 (20,0)	-	12 (80,0)	-	2(13,3)
< 1x/ Mês	-	5 (33,3)	-	-	-	4 (26,6)
1-3 x / Mês	-	3 (20,0)	-	1(6,6)	-	2 (13,3)
1x/ Semana	1 (7,6)	3 (20,0)	-	2 (13,3)	1 (7,6)	1(6,6)
2-4x/ Semana	11(84,61)	1 (1,6)	-	-	8 (61,5)	5(13,3)
1x/ Dia	-	-	6 (46,15)	-	3 (23,0)	1(6,6)
2x/dia Ou mais .	1 (7,6)	-	7 (53,8)	-	1 (7,6)	-
Total	13 (100)	15(100)	13(100)	15(100)	13(100)	15(100)

Fonte: Dados da pesquisa.

As crianças que mais consumiram bebidas açucaradas foram as do GA, pertencentes às classes C e D. Embora não se possa fazer generalizações entre maior consumo dessas bebidas e classe econômica, neste estudo, as classes menos

favorecidas foram as que mais consumiram esse tipo de bebida. Segundo Oliveira et al. (2010), a maioria dos estudos, em países desenvolvidos, tem mostrado que, quanto mais alta a classe econômica, maior a obesidade. Entretanto, esses autores ressaltam que nos países em desenvolvimento existe uma tendência de redução da obesidade nas classes mais favorecidas e um aumento crescente entre famílias de classes econômicas menos favorecidas.

Carmo et al. (2006), em seu estudo com 390 adolescentes de uma escola pública, verificaram o consumo diário de açúcar de 83,8% acima da recomendação da Dietary Reference Intakes. O consumo médio diário de refrigerantes e bebidas com adição de açúcar foi de 230 e 550 ml, respectivamente. O referido estudo encontrou elevada ingestão de refrigerantes e bebidas açucaradas, sugerindo a adoção de estratégias educativas que enfatizem a redução do consumo de açúcares na alimentação.

Nas últimas décadas, o consumo diário de açúcar no Brasil tem aumentado muito. Segundo dados da Pesquisa de Orçamento Familiar (2008-2009), o consumo de açúcar dos brasileiros já ultrapassa 60% do limite diário recomendado.

O Guia Alimentar para População Brasileira (2006), na sua Diretriz nº 6, recomenda a redução de pelo menos 33% (um terço) na média total da população do consumo de açúcar tipo sacarose, não devendo ultrapassar 10% da energia total diária. O referido Guia aponta uma relação direta do consumo do açúcar com o excesso de peso, a obesidade e a cárie dentária entre as crianças e recomenda a redução de alimentos processados, com alto teor de açúcar.

No Quadro 9 é mostrada a frequência do consumo de alimentos salgados, ricos em gordura e sódio, das crianças do GA e GB. Entre os alimentos analisados, três categorias se destacam pelas diferenças de consumo entre os grupos. São eles: batata tipo *chips*, salgadinhos de milho e similares; embutidos tipo salsichas, mortadelas, presuntos; e bife de hambúrguer e *steaks*. Para o GA, no item referente à batata tipo *chips*, salgadinhos de milho e similares, 100% das crianças apresentaram consumo igual ou maior que uma vez por semana, com 76,9% delas obtendo a frequência de consumo entre duas e quatro vezes por semana. Já no GB, a frequência máxima foi uma vez por semana, realizada por 13,3% das crianças. Em relação aos embutidos, 84,6% crianças do GA consumiram uma vez por semana ou mais, enquanto apenas 13,3% das crianças do GB mantiveram essa mesma frequência. O

consumo de bife de hambúrguer e *steaks* foi de uma vez por semana ou mais, por 76,9% das crianças do GA e 20% das crianças do GB.

De todos os alimentos listados no Quadro 9, a frequência de consumo do GA foi maior em relação ao GB, sugerindo uma correlação entre consumo desses alimentos, classe econômica e escolaridade da mãe.

Santos et al. (2010), em estudo realizado com 136 crianças do período escolar entre 6 e 10 anos de idade, em uma escola municipal de Belo Horizonte-MG, verificaram que 43,4% das crianças consumiam *chips* de duas a três vezes por semana e 26,5% consumiam todos os dias. Foi elevado também o consumo de embutidos: 45,6% com frequência de duas a três vezes por semana e 27,9% todos os dias. O estudo constatou também elevado consumo de balas e chicletes, bem como de frituras e refrigerantes, e baixo consumo de verduras, legumes e frutas. Foi verificada a prevalência de hábitos alimentares inadequados e sugeridas atividades de educação nutricional para promover hábitos alimentares mais saudáveis.

O Guia Alimentar para População Brasileira (2006) recomenda, na Diretriz nº 6, que o consumo de gorduras e óleos não deve ultrapassar o limite de 15 a 30% de energia total diária, sendo que o limite máximo de gordura trans é de 1%. A recomendação é para reduzir o consumo de alimentos do grupo de óleos e gorduras, não ultrapassando a uma porção diária.

Quanto ao consumo de sódio, o Guia recomenda a redução do consumo de alimentos processados com alta concentração de sal, como os caldos concentrados, temperos prontos, salgadinhos industrializados, embutidos e outros. De acordo com o Guia, o consumo de sal diário deve ser de no máximo 5 g (BRASIL, 2006).

Quadro 9 - Frequência de consumo de alimentos salgados, com alto teor de gorduras/sal - n (%) – Viçosa, MG, 2012

Alimentos (salgados)	Batata <i>chips</i>, salgadinho de milho, e similares		Salgados fritos (coxinha, quibe, entre outros)		Embutidos (Salsicha, mortadela, presuntos)		Bife de hambúrguer, <i>stakes</i>		Cachorro quente		<i>Hambúrguer, cheeseburger</i>		Pizza	
Grupos	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B
Nunca	-	1 (6,6)	-	-	1 (7,6)	4 (26,6)	1 (7,6)	4 (26,6)	-	7 (46,6)	1 (7,6)	9(60,0)	1 (7,6)	1 (6,6)
< 1x /mês	-	8 (53,3)	3 (23,0)	11 (73,3)	1 (7,6)	4 (26,6)	1 (7,6)	4 (26,6)	3 (23,0)	7 (46,6)	3 (23,0)	3(20,0)	4 (30,7)	6 (40,0)
1-3 x / mês	-	4 (26,6)	5 (38,4)	4 (26,6)	-	5 (33,3)	1(7,6)	4 (26,6)	4 (30, 7)	1 (6,6)	7 (53,8)	3(20,0)	7 (53,8)	7 (46,6)
1 x / semana	2 (15,3)	2 (13,3)	5 (38,4)	-	2 (15,3)	1 (6,6)	2 (15, 3)	-	6 (46,1)	-	2 (15,3)	-	2 (15,3)	1 (6,6)
2-4 x / semana	10 (76,9)	-	-	-	7 (53,8)	1 (6,6)	8 (61, 6)	3 (20,0)	-	-	-	-	-	-
1 x / dia	1 (7,6)	-	-	-	2 (15,3)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2 x/dia ou mais	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	13 (100%)	15 (100%)	13 (100%)	15 (100%)	13 (100%)	15 (100%)	13 (100%)	15 (100%)	13 (100%)	15 (100%)	13 (100%)	15 (100%)	13 (100%)	15 (100%)

| Fonte: Dados da pesquisa.

No Quadro 10 encontra-se a frequência do consumo de biscoitos e bolos, ricos em açúcar e gordura. Os resultados apresentados revelam que 13 (100%) das crianças do GA consumiram biscoitos recheados pelo menos uma vez por semana nos últimos seis meses, das quais 12 (92,3%) tiveram o consumo mínimo de duas a quatro vezes por semana.

Quadro 10 - Frequência de consumo de biscoitos/bolos com alto teor de açúcar/gordura – n (%) – Viçosa, MG, 2012

Alimentos (Biscoitos/bolos)	Biscoitos recheados diversos		Biscoitos sem recheio/doces ou salgados		Bolinhas industrializadas	
	A	B	A	B	A	B
Grupos						
Nunca	-	4 (26,6)	-	-	-	4(26,6)
< 1x /mês	-	4 (26,6)	2 ((15,3)	1(6,6)	4(30,7)	4(26,6)
1-3 x / mês	-	4 (26,6)	1(7,6)	2(13,3)	7(53,8)	5(33,3)
1 x / semana	1(7,6)	1(6,6)	-	1(6,66)	1(7,6)	1(6,6)
2-4 x / semana	5(38,4)	1(6,6)	3(23,0)	6(40,0)	1(7,6)	-
1 x / dia	5,(38,4)	1(6,6)	7(53,8)	4(26,6)	-	-
2 x/dia ou mais	2(15,3)	-	-	1(6,6)	-	-
Total	13(100%)	15(100%)	13(100%)	15(100%)	13(100%)	15(100%)

Fonte: Dados da pesquisa.

Os resultados encontrados no GB mostram que 11 (73,3%) das crianças consumiram biscoitos recheados nos últimos seis meses, embora apenas 3 (20,0%) delas tenham consumido uma vez por semana ou mais e 4 (26,6%) não tenham consumido nos últimos seis meses.

Em se tratando do consumo de biscoito sem recheio, as diferenças foram menores entre os dois grupos: o GB manteve um consumo pouco maior em relação ao GA. Das 13 crianças do GA, 10 (76,9%) consumiram biscoitos sem recheio de duas a quatro vezes por semana a uma vez por dia. Entre as 15 crianças do GB, 12 (80%) consumiram biscoito sem recheio de duas a quatro vezes por semana a duas vezes por dia ou mais. Para o GB, nesta categoria de alimentos, o biscoito sem recheio foi o único com frequência grande – acima de uma vez por semana. Esse fato

pode estar relacionado à crença dos pais (ou responsáveis), de que biscoitos sem recheio não entram na categoria de alimentos não saudáveis, como pode ser observado no relato a seguir.

“A minha mãe não me deixa comer biscoito recheado porque faz mal, ela só deixa biscoito comum”. (Beatriz, GB, participante do grupo focal, 8 anos).

Várias crianças do GB relataram que no dia a dia só podiam comer biscoito sem recheio, tipo biscoito de maisena ou cream cracker, porque as mães restringiam o consumo de biscoitos recheados, alegando fazer mal.

Ao considerar o biscoito sem recheio fora da categoria de risco, as mães podem se sentir tranquilas em relação ao seu consumo e desconsiderar fatores importantes, como, por exemplo, analisar as tabelas nutricionais desses biscoitos. Dessa forma, correm o risco de permitir o consumo, muitas vezes em excesso, desses alimentos. As informações nutricionais presentes nas embalagens dos alimentos referem-se a porções de 30 g, o que equivale normalmente a cinco a seis unidades de biscoitos sem recheio e duas a três unidades de biscoitos recheados. No entanto, principalmente no caso das crianças, o consumo sempre é maior: muitas vezes, elas consomem de uma só vez um pacote, o que equivale normalmente a 160 a 200 g de biscoito.

Para exemplificar, foi feita a comparação da informação nutricional de dois biscoitos da mesma marca, sendo um de maisena e outro recheado, que são apresentados a seguir. Observa-se que, nesse caso, o biscoito de maisena apresenta mais calorias e mais sódio. Embora contenha menos açúcar em relação ao biscoito recheado, ultrapassa a quantidade de açúcar recomendada pela ANVISA para classificação de alimentos não saudável (açúcar: 15 g ou mais por 100 g do alimento). Considerando que o biscoito de maisena da embalagem analisada tenha 6,9 g de açúcares em 30 g de alimento, uma porção de 100 g vai ter 23 g de açúcar, ou seja, segundo a ANVISA, esse alimento é classificado como não saudável.

Biscoito de Maisena

INFORMAÇÃO NUTRICIONAL		
Porção de 30g/ (6 unidades)		
Quantidade por porção		
		% VD (*)
Valor energético	131 kcal = 551 KJ	7%
Carboidratos	22g	7%
Açúcares	6,9g	**
Proteínas	2,7g	3%
Gorduras Totais	3,7g	7%
Gorduras Saturadas	1,7g	5%
Gorduras trans	0g	**
Fibra Alimentar	0,7g	2%
Sódio	89 mg	5%

Biscoito de Chocolate Recheado

INFORMAÇÃO NUTRICIONAL		
Porção de 30g (2 unidades)		
Quantidade por porção		
		% VD (*)
Valor energético	124 kcal = 520 KJ	6%
Carboidratos	17g	6%
Açúcares	7,6g	**
Proteínas	1,3g	2%
Gorduras Totais	5,8g	11%
Gorduras Saturadas	3,1g	14%
Gorduras trans	0g	**
Fibra Alimentar	0g	4%
Sódio	56 mg	2%

* % Valores diários com base em dieta de 2000 kcal ou 8400 KJ. Seus valores diários podem ser maiores ou menores, dependendo de suas necessidades energéticas. ** VD não estabelecido.

Figura 9 - Informação nutricional de dois tipos de biscoito.

Fonte: Informações retiradas de pacotes de biscoito de maisena e biscoito recheado de chocolate.

O menor consumo de bolinhos industrializados do GA parece se justificar pelo preço desses produtos. Para as crianças do GA, cuja maioria pertence à classe C, é muito mais vantajoso comprar um pacote de biscoito recheado do que um bolinho, que é menor e mais caro. A fala de uma criança participante da pesquisa ilustra bem essa afirmativa.

“ ... Fessora, com o dinheiro que vou comprar um bolinho, eu compro um pacote de biscoito e ainda sobra troco” (Márcio, GA, 9 anos).

Segundo o Guia de Alimentação para a População Brasileira, o consumo de açúcar simples não deve ultrapassar 10% da energia total diária. Portanto, recomenda-se a redução de consumo, no mínimo, de 33% na média atual de consumo da população. A orientação é de, no máximo, uma porção de alimento diário para o grupo de açúcares e doces. O Guia cita os biscoitos recheados ou não, bolos e pães industrializados em geral, bem como outros tipos de massa, como alimentos que devem ser evitados.

Nas últimas décadas, o consumo de alimentos processados aumentou em todas as classes sociais, embora os critérios de escolha desses alimentos se diferenciem de acordo com cada indivíduo. A diferença na frequência de consumo entre os dois grupos pode ser explicada nos critérios de escolha, que cada grupo utiliza, para definir seu consumo. Castro e Peliano (1985 citado por TARDITO; FALCÃO, 2006) apontam o preço, paladar e nutrição como critérios de decisão para

a inclusão de alimentos no cardápio, os quais, segundo esses autores, são sempre intermediados por um filtro cultural.

Os resultados encontrados apontaram que as decisões quanto às escolhas do GA se fundamentaram em preferências e preços, e as do GB, em nutrição.

Os resultados apresentados no Quadro 11 revelam que o consumo dos dois grupos se diferenciava bastante. Entre os alimentos com alto teor de açúcar, as balas foram as mais consumidas pelos dois grupos, embora houvesse diferenças significativas entre os grupos: todas as 13 (100%) crianças do GA consumiram com frequência mínima de uma vez por semana, e apenas 5 (33,3%) do GB consumiram com a mesma frequência.

Quadro 11 - Frequência de consumo de alimentos doces, com alto teor de açúcar/gordura - n % – Viçosa, MG, 2012

Alimentos (doces)	Balas, pirulitos, chicletes		Chocolates, bombons...		Doces variados	
Grupos	A	B	A	B	A	B
Nunca	-	-	-	-	-	1(6,6)
< 1x /mês	-	5(33,3)	3 (23,0)	5(33,3)	1 (7,6)	6(40,0)
1-3 x / mês	-	5(33,3)	3(23,0)	7(46,6)	-	4(26,6)
1 x / semana	6 (46,1)	2(13,3)	2 (15,3)	2(13,3)	2 (15,3)	2(13,3)
2-4 x / semana	2 (15, 3)	2(13,3)	3 (23,0)	1(6,6)	10(76,9)	2(13,3)
1 x / dia	5 (38,4)	-	2 (15,3)	-	-	-
2 x/dia ou mais	-	1(6,6)	-	-	-	-
TOTAL	13(100%)	15(100%)	13(100%)	15(100%)	13(100%)	15(100%)

Fonte: Dados da pesquisa.

As balas são apreciadas por crianças, independentemente de sua classe social. O consumo dessas “guloseimas” oferece à criança, além de calorias vazias, corantes, cuja única função é conferir cor ao alimento. Pinheiro (2012), analisando o consumo de balas e chicletes por crianças de 3 e 9 anos em rede particular de ensino do Rio de Janeiro, verificou que aproximadamente 88% delas fazem uso semanal dessas guloseimas. O estudo avaliou o consumo de corantes artificiais presentes em balas. Os rótulos dos produtos mais consumidos pelas crianças foram analisados, e nenhum

deles declarava a quantidade de corantes utilizados. A autora ressalta que as crianças podem estar ingerindo grande quantidade desses corantes, uma vez que normalmente fazem uso também de outros produtos ricos em corantes, como refrescos artificiais, gelatinas, refrigerantes, entre outros produtos que possuem corantes na sua composição.

O consumo frequente de balas, tão comum entre as crianças, contribui não só para o aumento das DCNTs relacionadas ao consumo elevado de açúcar, como também está relacionado às reações tóxicas no metabolismo, referentes ao consumo de corantes, podendo desencadear alergia, alterações no comportamento e carcinogenicidade (PINHEIRO, 2012).

5.6 Autoeficácia das mães em consumir alimentos com menos teor de açúcar, gordura e sódio

Para avaliar a autoeficácia das mães em consumir menos alimentos com alto teor de açúcar, gordura e sódio, foi calculado o escore médio de autoeficácia individual e o escore médio dos GA e GB.

Foi utilizada uma escala Likert, 0 a 100, para pontuar 22 questões relativas a situações do cotidiano, em que o indivíduo se sente mais ou menos confiante em seguir uma dieta com menos açúcar, gordura e sódio. Para cada situação foi dada uma nota. O indivíduo que alcançou a nota 0 foi classificado como “nada confiante”; 50, “moderadamente confiante”; e 100, “muito confiante”.

Autoeficácia das mães do GA

Foi calculado o escore médio de autoeficácia individual. Não houve grande variação entre os escores individuais, e o maior escore foi 18,6. A média de autoeficácia do GA foi de 10,3. Assim, as mães deste grupo tendem a ser “nada confiantes” em seguir uma dieta com menos açúcar, gordura e sódio.

Depois de calculado o escore médio de autoeficácia das mães, foi feita a análise do QFA de cada criança, contabilizando quanto dos 17 alimentos foram consumidos uma vez por semana ou mais nos últimos seis meses, e comparado o resultado com a autoeficácia de suas mães.

A Tabela 3 mostra a relação entre a autoeficácia da mãe em consumir alimentos com menos açúcar, gordura e sódio e o número de alimentos, entre os 17 avaliados no QFA, consumidos uma vez por semana ou mais.

Tabela 3 - GA – consumo dos filhos e autoeficácia das mães – Viçosa, MG, 2012

Nº de alimentos consumidos (1x/sem. ou +) entre os 17 alimentos do QFA	Nº crianças	Média autoeficácia das mães
14	1	10,00
13	6	5,00 7,27 7,27 9,55 14,55 16,82
12	2	6,36 14,55
11	1	5,45
8	2	18,64 8,18
7	1	10,45
Escore médio do grupo	-	10,31
Total nº crianças/nº mães	13	13

Fonte: Dados da pesquisa.

Observa-se que a média de autoeficácia das mães do GA é muito baixa, indicando uma relação com a frequência elevada de consumo de alimentos não saudáveis por parte de seus filhos.

Autoeficácia das mães do GB

Foi calculada a média de autoeficácia individual do GB. Houve grande variação entre os escores individuais: o menor foi de 22,7, e o maior, de 93,1.

A média de autoeficácia do GB foi de 67,4, ou seja, seus indivíduos estão moderadamente confiantes, tendendo para muito confiantes, em seguir uma dieta com menos açúcar, gordura e sódio.

Foi feita a análise do QFA de cada criança, contabilizando quanto dos 17 alimentos foram consumidos mais de uma vez por semana nos últimos seis meses, e comparado o resultado com a autoeficácia de suas mães.

Entre as 15 crianças, uma criança teve a frequência menor que uma vez por semana, para todas as 17 variedades de alimentos. Verificou-se que a média de autoeficácia da mãe desta criança foi a maior de todo o GB, ou seja, 93,1. Duas crianças, no entanto, tiveram a frequência mínima de uma vez por semana ou mais para 11 das 17 variedades de alimentos. Analisando a média de autoeficácia de suas mães, observa-se que uma delas obteve a menor média de autoeficácia: 22,7; a da outra foi de 57,7. Os resultados são apresentados na Tabela 4.

Tabela 4 - GB – consumo dos filhos e autoeficácia das mães – Viçosa, MG, 2012

Quantidade de alimentos consumidos(1x/sem. ou +) entre os 17 alim.do QFA	Nº crianças	Média autoeficácia das mães
11	2	22,7 57,7
5	1	72,2
4	3	85,9 73,1 51,3
3	3	76,3 64,5 43,1
2	3	81,8 58,1 55,4
1	2	91,3 84,5
0	1	93,1
Escore médio do grupo	-	67,4
Nº crianças/nº mães	15	15

Fonte: Dados da pesquisa.

As crianças do GB tiveram nos últimos seis meses uma frequência no consumo de alimentos com alto teor de açúcar, gordura e sódio bem menor quando

comparadas às do GA. O menor consumo desses alimentos por parte das crianças do GB sugeriu uma relação com a maior autoeficácia de suas mães.

Esses resultados sugerem que as mães com autoeficácia elevada, ou seja, confiantes em manter uma dieta com restrição para açúcar, gordura e sódio, influenciam o consumo alimentar dos filhos.

Entre as 22 afirmativas que representam situações do cotidiano, presentes na escala de autoeficácia, foram identificadas situações em que os indivíduos do GB apresentaram maior e menor autoeficácia em seguir uma alimentação com reduzida quantidade de açúcar, gordura e sódio. Os resultados foram apresentados na Tabela 5. Cinco alternativas, das 22 presentes na escala de autoeficácia, representam as situações encontradas (menores e maiores escores). Quanto maior o escore, maior a confiança em seguir uma alimentação com reduzida quantidade de açúcar, gordura e sódio.

Tabela 5 - Situações de maior e menor autoeficácia para seguir uma alimentação com reduzida quantidade de açúcar, gordura e sódio – Viçosa, MG, 2012

Situações cotidianas de MENOR confiança	Escore médio de autoeficácia das mães
Quando você está chateado com o excesso de trabalho	58,0
Quando você sente uma forte necessidade de comer alimentos de que gosta e que são ricos em açúcar, gordura e sal	58,0
Quando come fora com amigos que pedem comidas ricas em açúcar, gordura e sal	57,3
Situações cotidianas de MAIOR confiança	Escore médio de autoeficácia das mães
Quando você prepara refeições para seu filho	82, 0
Quando você quer relaxar e apreciar a refeição	81, 3

Fonte: Dados da pesquisa.

As situações cotidianas que apresentaram menor escore de autoeficácia, nas quais as mães se sentem menos confiantes em seguir uma dieta com menos açúcar, gordura e sódio, foram: 1 - Quando está chateado com o excesso de trabalho. 2 - Quando sente uma forte necessidade de comer alimentos de que gosta e são ricos em açúcar, gordura e sal; e 3 - Quando come fora com amigos que pedem comidas ricas em açúcar, gordura e sal.

As situações que apresentaram maior escore, nas quais as mães se sentem mais seguras em reduzir o consumo de alimentos ricos em açúcar, gordura e sal, foram: 1 - Quando preparam refeições para seu filho; e 2- Quando querem relaxar e apreciar a refeição.

Entre as situações em que as mães foram menos confiantes em seguir uma alimentação com reduzida quantidade de açúcar, gordura e sódio, a que obteve menor escore foi em relação à alimentação fora de casa. Segundo a Pesquisa de Orçamento Familiar (POF, 2008-2009), o total de consumo energético médio diário dos brasileiros (16,2%) representa a alimentação fora de casa.

Segundo os dados da POF (2008-2009),

...o percentual de consumo fora do domicílio em relação ao consumo total, segundo cada tipo de alimento, destacaram-se: Cerveja (63,6%), salgadinhos industrializados (56,5%), salgadinhos fritos e assados (53,2%), bebidas destiladas (44,7%), pizza (42,6%), sanduíches (41,4%), refrigerantes diet ou light (40,1%), refrigerantes (39,9%), salada de frutas (38,8%), e chocolates (36,6%) (IBGE, 2011).

A situação em que as mães foram mais eficazes em reduzir o consumo de alimentos ricos em açúcar, gordura e sódio foi ao preparar alimentação para seu filho. O grau de escolaridade das mães, o maior conhecimento sobre nutrição e a afetividade delas em relação aos filhos podem ter contribuído para maior confiança no tocante ao preparo alimentar para o filho.

Segundo Garcia (1997), a alimentação, alguns anos atrás, era compartilhada essencialmente na intimidade do lar, sob responsabilidade da figura da mulher (mãe) e envolta de afetividade. Esse autor afirma que, mesmo a mãe trabalhando fora, a responsabilidade pelo planejamento de cardápio, pelas compras e pelas preparações das refeições ainda continua sendo da mulher.

A classe econômica e o grau de escolaridade são apontados como indicadores de maior ou menor frequência de consumo de alimentos ricos em açúcar, gordura e sódio, tanto no GA quanto no GB.

No entanto, para os indivíduos do mesmo grupo, cujas mães têm o mesmo grau de escolaridade e são da mesma classe econômica – neste caso, o GB –, a autoeficácia das mães aparece como determinante para maior ou menor frequência de consumo de alimentos com alto teor de açúcar, gordura e sódio por parte de seus filhos.

A maior confiança por parte das mães quanto à redução de alimentos com elevado teor de açúcar, gordura e sódio mostrou relação com a menor frequência de consumo desses alimentos por parte de seus filhos.

Epstein et al. (2000) avaliaram o efeito de uma intervenção com os pais, aumentando a ingestão de verduras e frutas e diminuindo a ingestão de gorduras e açúcar em famílias com risco para obesidade infantil. Um dos critérios para seleção da amostra era ter uma criança que não era obesa e ter pelo menos um dos pais obeso. Foram estudadas 27 crianças americanas, entre 6 e 11 anos. Os resultados mostraram que a mudança dos hábitos alimentares dos pais contribuiu para a redução do consumo de alimentos com elevado teor de gordura e açúcar das crianças. O estudo sugere que as reduções de alimentos com alto teor de gordura e açúcar em crianças podem ser conseguidas por meio de mudanças de comportamento alimentar dos pais. Essa abordagem, diz os estudos, é particularmente adequada para prevenção de obesidade infantil quando a criança tem peso normal e não requer restrições calóricas e tem a vantagem de beneficiar outros membros da família com a intervenção de apenas um dos pais.

6 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora pertençam a classes econômicas diferentes, as crianças têm preferências semelhantes: alimentos com alto teor de açúcar, gordura e sódio. Semelhanças quanto à percepção de alimentos bons e ruins para a saúde foram encontradas nos dois grupos estudados. As crianças referem-se aos alimentos como balas, pirulitos, refrigerantes, biscoito recheados, entre outros, como alimentos que fazem mal a saúde, e a alimentos como frutas, legumes e verduras, como alimentos bons.

Ao levantar questões sobre o que significa alimentar-se bem, as crianças das classes econômicas C e D (GA) relacionaram com quantidade, como “comer muito” ou “comer tudo”. Essa percepção pôde ser observada também entre algumas mães das crianças, que relataram ter como maior preocupação, no tocante à alimentação dos filhos, que estes comam todo o alimento oferecido.

Quanto à percepção das crianças das classes econômicas A e B (GB), elas relacionaram alimentar-se bem com a qualidade, como comer frutas e verduras. Algumas mães mostraram-se preocupadas com o consumo de frutas e verduras pelos filhos, por acreditarem que eles deveriam comer mais esses alimentos para manter uma boa saúde.

Embora preferências e percepções em relação aos alimentos sejam semelhantes entre os grupos, o consumo alimentar acontece de forma diferente: crianças das classes econômicas C e D (GA) consomem em maior quantidade alimentos de sua preferência em relação àquelas das classes A e B (GB).

O consumo individual foi avaliado, tendo sido constatado que entre as crianças das classes C e D (GA) o consumo é bem homogêneo, com pouca diferença em se tratando da frequência de consumo de alimentos com alto teor de açúcar, gordura e sódio. Entre as crianças das classes A e B (GB), no entanto, houve maior variação no que se refere à frequência de consumo de alimentos com alto teor de açúcar, gordura e sódio.

Uma das diferenças observadas entre os grupos é que existe monitoramento por parte dos adultos responsáveis pelas crianças das classes A e B (GB), seja no ambiente familiar ou escolar. Eles procuravam restringir o consumo de alimentos com alto teor de açúcar, gordura e sódio, e as crianças tinham pouca autonomia para a compra e consumo. Já as crianças das classes C e D (GA) tinham grande

disponibilidade desses alimentos no ambiente familiar e escolar. A estas crianças era dada grande autonomia em relação à aquisição e ao consumo, facilitando e incentivando o consumo dos alimentos com alto teor de açúcar, gordura e sódio.

Verificou-se o quanto as mães se sentiam autoeficazes, ou seja, o quanto elas se sentiam seguras em consumir uma alimentação com reduzida quantidade de açúcar, gordura e sódio, em situações vividas por elas, no cotidiano. Quanto maior o escore atingido, maior a autoeficácia das mães. Em escala de 0 a 100, o escore das mães das classes econômicas C e D (GA) foi de 10,3, revelando assim que são pouco eficazes, ou seja, são pouco confiantes em seguir uma alimentação com reduzida quantidade de açúcar, gordura e sódio.

Entre as mães das classes econômicas A e B (GB), o escore médio do grupo foi de 67,4. Elas se mostraram moderadamente eficazes, tendendo para muito eficazes, ou seja, são confiantes em consumir uma dieta com reduzida quantidade de açúcar, gordura e sódio. Contudo, entre as mães das classes A e B houve grande variação entre os escores médios individuais: o menor escore foi de 22,7, e o maior, de 93,1. Essa variação revela que no mesmo grupo havia mães pouco confiantes e mães muito confiantes em seguir uma alimentação com reduzida quantidade de açúcar, gordura e sódio.

Refletindo sobre as diferenças de comportamentos alimentares entre os grupos, avalia-se que essas diferenças vão variar de acordo com a classe econômica, a escolaridade materna e a autoeficácia das mães em seguir uma dieta com redução de açúcar, gordura e sódio.

Em se tratando de comportamentos alimentares do mesmo grupo, o fator determinante para a diferença de consumo individual foi a autoeficácia das mães. Ao analisar a relação entre frequências de consumo de alimentos com alto teor de açúcar, gordura e sódio nos dois grupos, não houve grande variação na autoeficácia das mães das classes C e D (GA), tampouco no consumo alimentar de seus filhos. No entanto, ocorreu grande variação de autoeficácia das mães das classes A e B (GB), bem como variação no consumo alimentar de seus filhos. As crianças cujas mães tiveram autoeficácia baixa foram as que mais consumiram alimentos com alto teor de açúcar, gordura e sódio.

A educação alimentar das crianças começa no ambiente familiar, e logo se estende para o ambiente escolar. Assim, torna-se necessário que as escolas e famílias tenham propósitos semelhantes em relação à alimentação das crianças.

Ao refletir sobre o crescimento do consumo de alimentos não saudáveis no Brasil e no mundo nas últimas décadas e a relação com o aumento das DCNTs e do número de mortes relacionadas a estas, percebe-se a importância do aprendizado correto para uma alimentação mais saudável na infância. Entretanto, para que isso ocorra, será necessária uma reeducação dos pais (ou responsáveis), pois são eles os primeiros educadores nutricionais das crianças.

A atuação do governo e da sociedade de forma geral também é de extrema importância para esse processo, podendo servir de suporte, das mais variadas formas, para que as famílias e escolas possam ser mais eficazes ao ensinar a suas crianças hábitos mais saudáveis. Assim, o foco passa a ser a saúde preventiva e não apenas a saúde curativa, que é uma forma menos eficaz, economicamente mais cara e, na maioria das vezes, mais traumática.

No desenvolvimento desta pesquisa, podem-se considerar como limitações a dificuldade encontrada em reunir os pais (ou responsáveis) em um mesmo local e horário, a escassez de trabalhos envolvendo comportamento alimentar de crianças e autoeficácia de pais (ou responsáveis) e o fato de que os resultados aqui encontrados não podem ser generalizados para todas as crianças na mesma faixa etária.

Sugere-se que pesquisas que envolvam realidades diferentes, como, por exemplo, crianças do meio rural ou urbano, ou grupos de risco, como crianças obesas, sejam feitas, avaliando a autoeficácia dos pais (ou responsáveis) e o comportamento alimentar dos filhos.

Este estudo apresenta especificidade do contexto vivenciado pelas crianças estudadas, tanto no ambiente familiar quanto no escolar, e pode subsidiar o desenvolvimento de projetos que viabilizem maior segurança alimentar e nutricional dessas crianças, bem como abranger outras instituições com características semelhantes.

REFERÊNCIAS

ASSIS, M.A.A; NAHAS, M. V. Aspectos motivacionais em programas de mudança de comportamento alimentar. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.12 n. 1, p. 34-41, jan./abr. 1999.

BANDURA, A. Human agency in social cognitive theory. Stanford University. **American Psychological Association**, v. 44, n. 9, p.1175-1184, 1989.

BARBOUR, R. **Grupos focais**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira**. Brasília, 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência**, Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 72 p. (Série B. Textos Básicos de Atenção à Saúde)

BURITY, V.; FRANCESCHINI, T.; VALENTE, F.; RECINE, E.; LEÃO, M.; CARVALHO, M. F. **Direito humano à alimentação adequada no contexto da segurança alimentar e nutricional**. Brasília, DF: ABRANDH, 2010.

CODEX STAN - **Organización Mundial de la Salud. Norma general para los aditivos alimentarios**. 1995; 192. Disponível em: <http://www.codexalimentarius.net/gsfaonline/docs/CXS_192s.pdf>. Acesso em: 03/01/2012.

CONSTITUIÇÃO FEDERATIVA BRASILEIRA DE 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: 03/01/2012.

- DOMEL, S. B.; THOMPSON, W.O.; DAVIS, H.C.; BARANOWSKI, T.; LEONARD, S. B.; BARANOWSKI, J. Psychosocial predictors of fruit and vegetable consumption among elementary school children. **Health Education Research - Theory & Practice**, v.11, n. 3, 1996.
- FERNANDES, G. A.S.; LEMOS M. H. Obesidade infantil em uma escola privada do município de Franco da Rocha. **Saúde Coletiva**, v. 12, n. 3, p. 108-111 2006. (Editorial Bolina Brasil).
- GARDNER, G.; ASSADOURIAN, E.; SARIN, R. O estado de consumo hoje. **Estado do Mundo**, 2004.
- GIBBS, **Análise de dados qualitativos/Granm Gibbs**. Tradução Roberto Cataldo Costa. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- HAYCRAFT, E.; FARROW, C.; MEYER, C.; POWELL, F.; BLISSETT, J. Relationships between temperament and eating behaviours in young children. **Appetite -journal** Vol. 56 PAG. 689-692. Disponível em: <<http://www.elsevier.com/locate/appet>>. 2011.
- INSTITUTO ALANA – Frente pela Regulação da Publicidade de Alimentos ... Disponível em: <<http://www.alana.org.br/CriancaConsumo/NoticiaIntegra.aspx?id=8663>>. Acesso em: 04/01/2012.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE 2010). **Pesquisa de orçamentos familiares 2008 – 2009 - Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil**. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008_2009_encaa/default.shtm . Acesso em: 20/12/2012.
- KYOUNGOK, J.; HEEYOUNG, S. Effects of the nutrition education program on self-efficacy, diet behavior pattern and cardiovascular risk factors for the patients with cardiovascular disease. **Journal of Korean Academic Nursing**, v. 38, n.1, p. 64-73, 2008.

LESSA, I. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa da vigilância. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 931-943, 2004.

LOPES, P. C. S.; PRADO, R. L. A.; COLOMBO, P. Fatores de risco associados à obesidade e sobrepeso em crianças em idade escolar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 6, n. 3(1), jan.-fev. 2010.

LUCAS, B. L; Nutrição na Infância. In: MAHAN, L.K.; ESCOTT-STUMP, S. (Org.). **Krause: alimentos, nutrição & dietoterapia**. 11.ed. Sao Paulo: Roca, 2005. cap. 10. p. 246-269

MATIAS, T.S.; ROLIM, M.K.S.B.; KRETZER, F.L.; SCHMOELZ, C.P.; VASCONCELLOS, I.C.; ANDRAD, A. Estilo de vida, nível habitual de atividade física e percepção de autoeficácia de adolescentes. **Revista de Educação Física/UEM**, Maringá, v. 20, n. 2, p. 235- 243, 2009.

MEDEIROS, P.C.; LOUREIRO, S.R.; LINHARES, M.B.M.; MARTURANO, E.M Auto-eficácia e dificuldade de aprendizagem. **Psicologia: reflexão e crítica**, v.13, n.3, p. 327-336, 2000.

MONTEIRO, C. A, Nutrição e publicidade de alimentos: essa relação pode influenciar a atuação profissional?"Mesa-Redonda organizada pelo CAER São Paulo, Faculdade de Saúde Pública/USP, 22-02-2011 **Obesidade e publicidade de alimentos** - Departamento de Nutrição da Faculdade de Saúde Pública-Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde-Universidade de São Paulo

MONTEIRO, C. A. **Da privação ao excesso de comida**. Maio 2005. Disponível em: <[http: www.revistapesquisa.fapesp.br](http://www.revistapesquisa.fapesp.br)> Acesso em: ago. 2010.

OLIVEIRA, S. P.; THÉBAUD-MONY, A. Estudo do consumo alimentar: em busca de uma abordagem multidisciplinar. **Revista de Saúde Pública** ,v. 31, n. 2 , abril 1997.

PINO, D. L. D. **Adaptação e validação de um questionário de frequência alimentar para crianças de 6 a 10 anos**. 2009. 71 f. Tese de (Doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

RAMOS, M.; STEIN, L. M. Desenvolvimento do comportamento alimentar infantil. **Jornal de Pediatria**, 2000.

RODRIGUES, C. T.; GOMES, A. P.; DIAS, R.S. **Comercialização, mercados e preços agrícolas - Mudanças no padrão de consumo alimentar no município de Viçosa-MG**. Londrina, 22 a 25 de julho de 2007, Sociedade Brasileira de Economia, Administração e Sociologia Rural. Pôster

RODRIGUES, V. M.; FIATES, G. M. R. Hábitos alimentares e comportamento de consumo infantil: influência da renda familiar e do hábito de assistir à televisão. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 25, n.3, p. 353-362, 2012.

ROSI, A.; MOREIRA, E. A. M; RAUEN, M. S. Determinantes do comportamento alimentar: uma revisão com enfoque na família. **Revista de Nutrição**, Campinas, nov./dez. 2008.

SAHLINS, M. **Cultura e razão prática**. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 2003. Edição brasileira.

SALVETT, M. G.; ANDRUCIOLI, M. P.; LAGE, L.V.; JUNIOR, J. O. O.; ROCHA, R. O. Auto-eficácia e sintomas depressivos em doentes com dor crônica. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 34, n. 3, p. 111-117, 2007.

SHIMIDT, M. I.; DUNCAN, B. B.; SILVA, G. A.; MENEZES, A. M.; MONTEIRO, C. A.; BARRETO, S. M.; CHOR, D.; MENEZES, P. R. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **Saúde no Brasil**, série 4.

SOLOMON, M. R. **O comportamento do consumidor: comprando, possuindo e sendo**. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2002.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. **Roteiro de exposição baseado em “Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente - um modo de fazer”**. São Paulo: Edusp, 2001.

TARDIDO, A. P.; FALCÃO, M. C. O Impacto da modernização na transição nutricional e obesidade. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**, v. 21, n. 2, p.117-124, 2006.

TREIMAN, K.; FREIMUTH, V.; DAMRON, D.; LASSWELL, A.; ANLIKERT, J.; HAVAS, S.; LANGENBERG.; FELDMAN, R. Attitudes and behaviors related to fruits and vegetables among low-income women in the WIC Program. **Journal of Nutrition Education**, v. 28, n. 3, p. 149-156, 1996.

TORAL, N.; BETZABETH, S. Abordagem do modelo transteórico no comportamento alimentar. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n. 6, dez. 2007.

TORAL, Natacha. **A alimentação saudável na ótica dos adolescentes e o impacto de uma intervenção nutricional com materiais educativos baseados no modelo transteórico entre escolares de Brasília – DF**. 2010. 153 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública de São Paulo, São Paulo, 2010.

TRINDADE, C. C. **A Interferência de alterações sociais sobre o comportamento do consumidor infantil**. São Paulo: Faculdade de Economia, Administração - USP, 2002.

VIANA, V. Psicologia, saúde e nutrição: contributo para o estudo do comportamento alimentar. **Análise Psicológica**, v. 4, n. xx, p. 611-624, 2002.

APÊNDICES

APÊNDICE 1- CARTA AOS PAIS (OU RESPONSÁVEIS)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE ECONOMIA DOMÉSTICA
Programa de Pós-Graduação em Economia Doméstica

Prezados pais (ou responsáveis),

Seu filho (a) está sendo convidado a participar da pesquisa sobre comportamento alimentar intitulada “A influência da família e da escola no consumo de alimentos com alto teor de açúcar, gordura e sódio entre crianças de classes sociais diferentes”, que será realizada na escola, no horário indicado pela professora, de forma a não prejudicar as atividades escolares.

Esta é uma pesquisa de mestrado, a qual faz parte do Programa de Pós-Graduação em Economia Doméstica – PPGED/UFV. O trabalho será realizado através da Técnica de Grupo Focal, que consiste em reunir um grupo de 6 a 8 crianças, com o objetivo de gerar discussões sobre alimentos e alimentação, buscando conhecer as motivações, as preferências alimentares e a percepção das crianças sobre a própria alimentação. Espera-se com esse estudo aprofundar o conhecimento sobre o comportamento alimentar infantil, visando subsidiar discussões relativas à elaboração de políticas públicas e incentivo às práticas alimentares mais saudáveis.

A participação da criança consiste em conversas e desenhos sobre o tema, sendo realizadas gravações e fotos. A pesquisa não oferece nenhum risco aos participantes e a participação é voluntária; portanto, o indivíduo é livre para recusar ou retirar-se a qualquer momento sem justificativa ou qualquer prejuízo.

Todo o material ficará sob a responsabilidade do pesquisador e será destruído logo após a pesquisa. As fotos só poderão ser utilizadas mediante autorização específica dos responsáveis.

Certas de contar com a sua colaboração, desde já agradecemos e nos colocamos à disposição para qualquer esclarecimento.

Atenciosamente,

Tereza Angélica Bartolomeu

Orientadora/DED/UFV

E-mail angelica@ufv.br

Denise Maria Vieira

Mestranda PPGED/UFV

E-mail denisemaria_v@yahoo.com.br

APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, li e/ou ouvi os esclarecimentos dados sobre o estudo intitulado **“A Influência da Família e da escola no consumo de alimentos com alto teor de açúcar, gordura e sódio entre crianças de classes sociais diferentes”**, do qual participarei. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão. Sei que a pesquisa será gravada, meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo.

Voluntário (Entrevistado) _____

Equipe:

Professora Tereza Angélica Bartolomeu
(Coordenador da pesquisa)

Denise Maria Vieira
(Estudante entrevistador)

APENDICE 3 - CARTA DE AGRADECIMENTO E SOLICITAÇÃO AOS PAIS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE ECONOMIA DOMÉSTICA

Viçosa, 20 de novembro de 2012

Senhores pais,

Venho, através desta, agradecer a autorização concedida para participação do seu filho (a) na pesquisa intitulada **“A Influência da Família e da escola no consumo de alimentos com alto teor de açúcar, gordura e sódio entre crianças de classes sociais diferentes”**. **Para dar continuidade à pesquisa**, peço a colaboração dos senhores para o preenchimento dos questionários, que estou enviando anexo, em um envelope.

Esta pesquisa faz parte do Programa de Pós-Graduação em Economia Doméstica da UFV e tem como objetivo aprofundar o conhecimento sobre o comportamento alimentar infantil, visando subsidiar discussões relativas à elaboração de políticas públicas e incentivos a práticas alimentares mais saudáveis. Informo-lhes que, tão logo tenhamos a análise dos resultados, estes serão repassados aos pais e à escola, em uma data posterior.

Desde já agradeço,

Denise Maria Vieira
Mestranda / PPGED

Para qualquer esclarecimento, estou disponível no telefone 31- 8556 55 12 ou pelo e-mail: denise.vieira@ufv.br

APÊNDICE 4 - ROTEIRO DE ENTREVISTA EM GRUPO FOCAL COM CRIANÇAS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE ECONOMIA DOMÉSTICA
Programa de Pós-Graduação em Economia Doméstica

ROTEIRO DE ENTREVISTA EM GRUPO FOCAL COM CRIANÇAS:

obs.: tempo +/- 05 a 10 min por assunto

TOPICOS (questões chaves)	Aspecto da abordagem	Objetivos
Apresentação do grupo	Dinâmica (Confecção de crachás, pedir para fazer um desenho de alimento que gostam de comer nos intervalos das refeições e escrever o nome da criança)	Identificar a criança e introduzir o assunto alimentação.
Preferências / motivações	Por que escolheram estes alimentos, levar a criança a refletir sobre as escolhas. Deixar a criança falar. E a merenda escolar? O que comem? Se fosse permitido comer o que quiser, o que vocês comeriam de lanche?	Identificar as preferências alimentares e as motivações para escolhas alimentares.
Comportamento alimentar	Perguntas: Você come sempre este alimento, gosta, come muito, todo dia? Se não come, por quê?	Conhecer o hábito alimentar, os alimentos mais consumidos.
Conhecimento e percepção/alimentação das crianças	Qual alimento que você gosta muito, mas que não come muito? não come sempre? por quê? O que vcs pensam sobre isto? O que é alimentar-se bem? Vcs acham que vcs alimentam bem? Se precisam mudar alguma coisa, o que é importante melhorar?	Conhecer a percepção das crianças em relação à sua alimentação e o seu conhecimento sobre nutrição.

APÊNDICE 5 - QUESTIONÁRIO DE AUTOEFICÁCIA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE ECONOMIA DOMÉSTICA
Programa de Pós-Graduação em Economia Doméstica

PESQUISA SOBRE COMPORTAMENTO ALIMENTAR

Direcionado aos pais das crianças

Data da entrevista: _____ N° do registro: _____

Nome da criança: _____

Idade da criança: _____

Nome do responsável: _____

Várias situações descritas a seguir podem dificultar você seguir uma alimentação com menos gordura, sal, e açúcar. Dê uma nota de 0 a 100, conforme a escala abaixo, que expresse sua confiança em seguir uma alimentação com menos gordura, menos sal e menos açúcar.

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Nada					Moderadamente					Muito
Confiante					confiante					confiante

1. () Quando você assiste televisão
2. () Durante férias e feriados
3. () Quando você está chateado com o excesso de trabalho
4. () Quando você realiza refeições na casa de amigos
5. () Quando você prepara refeições para seu filho(a)
6. () Quando você come sozinho em restaurantes
7. () Quando você está com raiva
8. () Quando você está com muita fome
9. () Quando você está angustiado
10. () Quando você quer relaxar e apreciar a refeição
11. () Quando há muitos alimentos ricos em gordura, sal ou açúcar disponíveis em sua casa
12. () Quando alguém oferece a você alimentos ricos em gordura, sal, ou açúcar
13. () Quando você sente uma forte necessidade de comer alimentos que gosta e que são ricos em gordura, sal ou açúcar
14. () Quando você está recebendo visitas
15. () Quando come fora com amigos que pedem comidas ricas em gordura, sal ou açúcar
16. () Quando vai a jogos e eventos esportivos em que você tem acesso fácil a comidas ricas em gorduras, sal ou açúcar
17. () Quando você está fora de casa e procura por uma refeição rápida
18. () Quando você quer alguma variedade em sua alimentação
19. () Quando você toma café da manhã fora de casa
20. () Quando você sai a passeio com seu filho(a)
21. () Quando você é exposto a alimentos atrativos e ricos em gorduras, sal e açúcar no supermercado
22. () Quando você faz compra no supermercado com seu filho

APÊNDICE 6 - QUESTIONÁRIO PERFIL SOCIOECONÔMICO DAS FAMÍLIAS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE ECONOMIA DOMÉSTICA
Programa de Pós-Graduação em Economia Doméstica

PESQUISA SOBRE COMPORTAMENTO ALIMENTAR

Direcionado aos pais das crianças

Perfil socioeconômico dos pais:

Nome: _____

Idade: _____

Sexo: () Feminino () Masculino

Número de filhos: _____

Idade dos filhos: _____

Estado civil: () solteiro (a) () casado (a) () viuvo (a)
() separado(a)

Quanto ao local de trabalho da mãe:

() em casa () fora de casa

Por favor, marque com x a opção correspondente aos itens pertencentes a sua família:

ITENS	0	1	2	3	4 ou +
Televisão					
Rádio					
Banheiro					
Automóvel					
Empregada mensalista					
Máquina de lavar					
Videocassete ou DVD					
Geladeira					
Freezer (independente / parte da duplex)					

Marque com x o grau de instrução do chefe da família:

- () analfabeto / até a 3ª série do ensino fundamental / até a 3ª série do 1º grau
() Até a 4ª série fundamental / até a 4ª série do 1º grau
() fundamental completo / 1º grau completo
() Médio completo / 2º completo
() Superior completo

Critério de Classificação Econômica Brasil – CCEB 2008

Perfil das crianças:

Por favor, marque com x a resposta correta.

1 – A escola do seu filho(a) é:

☐ pública ☐ particular

2 – A merenda que seu filho (a) come na escola é:

☐ preparada em casa ☐ comprada na cantina ☐ oferecida pela escola

3 – Quantas vezes seu filho (a) participa de eventos sociais acompanhado de comidas (aniversários, passeios ao shopping, ...):

☐ menos de uma vez por mês ☐ uma vez por mês ☐ mais de uma vez por mês ☐ uma vez por semana ☐ mais de uma vez por semana

APÊNDICE 7 - QUESTIONÁRIO DE FREQUÊNCIA ALIMENTAR DAS CRIANÇAS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE ECONOMIA DOMÉSTICA
Programa de Pós-Graduação em Economia Doméstica

Questionário de Frequência Alimentar (para crianças) nos últimos seis meses.

Data da entrevista: _____ N° do registro: _____

Nome da criança: _____

Data de nascimento da criança: _____

Nome do responsável: _____

Nos últimos 6 meses seu filho(a) comeu.....?

Alimentos	Nunca	< 1x/ mês	1-3 x / mês	1x/ Semana	2-4x/ semana	1x/ Dia	2x/dia ou mais .
1- Batata tipo <i>chips</i> , salgadinhos de milho e similares							
2-Salgados fritos (coxinha, quibe, entre outros)							
3- Balas, pirulitos, chicletes ...							
4- Chocolates, bombom							
5- Biscoitos recheado diversos							
6-Bolinhas industrializados.							
7-Embutidos (salsicha, mortadela, presuntos...)							
8- Bife de hambúrguer, stakes.							
9- Cachorro-quente							
10- Hambúrguer, cheesebúrguer,...							
11- Pizza							
12- Biscoitos sem recheio/ doces ou salgados							
13- Doces variados							
14- Refrigerantes							
15- Refresco (Tang, Fresh, Mid...)							
16- Acheolotado líquido tipo ("Toddynho, ...")							
17- Batata frita							

APÊNDICE 8 - PERFIL DAS CRIANÇAS DA ESCOLA PARTICULAR (GB)

Criança	Idade	Nº de irmãos	Resp. que respondeu aos questionários	Idade do resp.	Estado civil da mãe	Local de trabalho da mãe	Classe econômica
1- Márcia	07 anos	01	Mãe	40 anos	Casada	Fora de casa	B1
2- Débora	08 anos	01	Mãe	40 anos	Casada	Fora de casa e em casa	A2
3-Fabiana	07 anos	02	Mãe	36 anos	Casada	Fora de casa	B1
4- Natália	07 anos	0	Mãe	49 anos	Viúva	Fora de casa	A2
5-Geraldo	08 anos	0	Mãe	56 anos	Casada	Fora de casa	B2
6- Karla	07 anos	0	Mãe	39 anos	Casada	Fora de casa	B1
7- Beatriz	07 anos	0	Mãe	29 anos	Casada	Fora de casa	C1
8- Laura	09 anos	01	Mãe	42 anos	Casada	Fora de casa	B1
9- Marcos	08 anos	01	Mãe	45 anos	Casada	Fora de casa	B1
10- Mila	08 anos	01	Mãe	39 anos	Casada	Fora de casa	A2
11-Carlos	09 anos	0	Mãe	38 anos	Casada	Fora de casa	B2
12- Ivan	08 anos	02	Mãe	41 anos	Casada	Fora de casa	B1
13- Evandro	08 anos	0	Mãe	37 anos	Solteira	Fora de casa	B2
14- Emílio	07 anos	01	Mãe	43 anos	Casada	Fora de casa	B1
15- Maria	07	0	Mãe	35 anos	Casada	Fora de casa	B1

CRIANÇAS DA ESCOLA MUNICIPAL (GB) QUE PARTICIPARAM DO GRUPO FOCAL, MAS OS PAIS (OU RESPONSÁVEIS) NÃO RESPONDERAM AOS QUESTIONÁRIOS

Nome	Idade
16- Tatiana	9 anos
17- Edson	7 anos
18- Nádia	8 ano
19 – Roberto	9 anos
20-Caio	9 anos

**APÊNDICE 9 - PERFIL DAS CRIANÇAS DA ESCOLA MUNICIPAL
(GA)**

Criança	Idade	Nº de irmãos	Resp. que respondeu aos questionários	Idade do resp.	Estado civil da mãe	Local de trabalho da mãe	Classe econômica
1 – Beto	9 anos	01	Mãe	34 anos	Casada	Em casa	C2
2 Heliane	9 anos	01	Mãe	35 anos	Casada	Fora de casa	C2
3 Sávio	8 anos	02	Madrasta	27 anos	Casada	Em casa	C2
4- Eliane	8 anos	02	Mãe	34 anos	Casada	Fora de casa	C2
5 Ailton	7 anos	02	Mãe	33 anos	Solteira	Em casa	C2
6 – Márcio	9	03	Mãe	32	Casada	Fora de casa	D
7 - Tatiane	9	01	Mãe	28	Casada	Fora de casa	C2
8 Keit	7	02	Mãe	32	Casada	Em casa	C2
9 – Talita	8	0	Mãe	29	Casada	Fora de casa	C2
10 Jéssica	7	01	Mãe	29	Casada	Fora de casa	C2
11- Kátia	7	01	Mãe	37	Casada	Fora de casa	C2
12- Leandro	8	01	Mãe	34	Casada	Fora de casa	C2
13- Lévi	8	01	Mãe	34	Casada	Fora de casa	C2

CRIANÇAS DA ESCOLA MUNICIPAL (GA) QUE PARTICIPARAM DO GRUPO FOCAL, MAS OS PAIS (OU RESPONSÁVEIS) NÃO RESPONDERAM AOS QUESTIONÁRIOS

Nome	Idade
16- Gabriela	7 anos
17- Heitor	7 anos
18- Carlos	8 ano
19- Willian	8 anos
20- Antônio	9 anos
21-Nilson	9 anos
22-Kevin	7 anos
23- Jussara	8 anos
24- Nívia	7 anos
25-Guto	9anos

“Todos os nomes citados são fictícios”

Apêndice 10- AUTORIZAÇÕES PARA USO DE IMAGENS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE ECONOMIA DOMÉSTICA
Programa de Pós-Graduação em Economia Doméstica

AUTORIZAÇÃO PARA USO DE IMAGENS

Eu, _____,
responsável _____ pela _____ criança

_____,
AUTORIZO que a foto em anexo seja utilizada na dissertação da acadêmica **Denise Maria Vieira**, a ser apresentada como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Economia Doméstica da Universidade Federal de Viçosa, para obtenção do título de *Magister Scientiae*.

Estou ciente de que a imagem será utilizada na condição de que o nome da criança e da escola não serão revelados.

Viçosa, ____ de maio de 2013.

Assinatura do responsável



UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE ECONOMIA DOMÉSTICA
Programa de Pós-Graduação em Economia Doméstica

AUTORIZAÇÃO PARA USO DE IMAGENS

Autorizo a utilização das fotos dos alunos que participaram da pesquisa intitulada **“A Influência da Família e da escola no consumo de alimentos com alto teor de açúcar, gordura e sódio entre crianças de classes sociais diferentes”**.

As fotos obtidas durante a coleta de dados _____ (nome da escola) _____ poderão ser utilizadas na dissertação da acadêmica Denise Maria Vieira, a ser apresentada como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Economia Doméstica da Universidade Federal de Viçosa, para obtenção do título de *Magister Scientiae*.

Os nomes das crianças e da escola não poderão ser revelados em hipótese alguma, preservando assim o seu anonimato.

.

Viçosa, ____ de maio de 20 13.

Assinatura do responsável

APÊNDICE 11 – Codificação dos grupos focais do GA (escola pública)

Criança	Desenho	Preferência	Consumo	Percepção/conhecimento	Influência da família	Influência da escola
1 – Carla	Maçã, uva, bala	-	Eu chupo bala todo dia.	Bala faz dor de barriga.	A minha mãe traz bala pra mim quando chega do trabalho.	Eu gosto de trazer biscoito recheado.
2 – Talita	Maçã	Eu gosto de comer “gula” com refrigerante	Lanche na escola “salgadinho “gula”. “eu só merendo na escola quando é arroz doce” “eu tomo muito refrigerante.” “Eu chupo chicletes todo dia.”	“Alimento é tudo que é bom para saúde” “Bala é doce e doce faz mal.”	“Minha mãe é ruim, ela não deixa eu chupar chicletes. aí eu chupo escondido e quando ela chega eu jogo fora”	“A gente compra no recreio bala, pirulito, biscoito recheado e salgadinhos “Gula” e “Pimentinha”
3 – Gabriela	Melancia, banana, chicletes		“Eu como maçãs todo dia.”	“Comer maçã faz bem para saúde.”	-	-
4 – Heitor	Uva		Eu tomo refrigerante quase todo dia!	“besteira é bala, chicletes, pirulito, doce...”	-	“Às vezes eu trago refrigerante e às vezes todinho.”
5 - Heliane	Maçã, pera, banana	-	-	“Quando a gente come uma coisa com muito açúcar e gordura faz mal pro estômago”	-	“É proibido chupar chicletes na escola, mas a professora chupa escondido”
6 – Carlos	Maçã, pera, bala	Eu adoro refri...	-	Bala não é alimento, porque é doce. E doce faz mal.	-	Eu não gosto da merenda da escola, é muito ruim, tem gosto de lavagem.
7 – Kátia	Melancia	-	Eu compro chicletes e bala na venda perto da minha casa.	“Bala não é alimento porque estraga os dentes”	A minha mãe compra biscoito e bala lá na casa do biscoito	-

Criança	Desenho	Preferência	Consumo	Percepção/conhecimento	Influência da família	Influência da escola
8 – Marcio	Refrigerante, hambúrguer, maçã	“A gente gosta é de comer besteiras”/ “Eu queria comer hambúrguer todos os dias”	.., mas eu só como no fim de semana (hambúrguer)”Eu tomo refrigerante todo dia”Fessora, com o dinheiro que vou comprar um bolinho, eu compro um pacote de biscoito e ainda sobra troco	“Quando a gente chupa Trident a gente escova os dentes”	“Eu pego dinheiro no meu cofrinho, aí eu compro bala, chicletes e todinho”	Eu trago dinheiro e compro pirulito.
9 – Beto	Maçã, banana	Eu amo hambúrguer!	Eu tomo refri todo dia.	...é pra fazer desenhos de alimentos saudáveis!	“Eu compro bala com dinheiro que encontro no chão. Eu compro na venda.”	Eu trago refrigerante para escola, eu compro na venda
10 – Jéssica	Barra de chocolate, copo de refresco e maçã	“Eu gosto muito de pizza”	“Eu trago para escola salgadinho...pipoca.”	-	-	É... ela chupa escondido.
11- Keit	Maçã, coco, uva, chocolate.	-	É...a gente toma suco, toma refri...	Alimentar bem é quando a gente come muito.	“Minha mãe quando vai a rua compra pacote de bala na casa do biscoito”	-
12 – Tatiane	Maçã, banana, uva, melancia, bombom	Refrigerante	“Eu chupo chicletes todo dia.”	“Bala e chiclete não vai encher a gente”, então não é alimento”	“A minha mãe falou que eu posso chupar chicletes, porque ela falou que chicletes tem açúcar, mas o chicletes depois tira o açúcar do dente”.	“Fessora sabia que é proibido chupar chicletes na escola! Mas a professora chupa escondido, né, Jéssica?

Criança	Desenho	Preferência	Consumo	Percepção/conhecimento	Influência da família	Influência da escola
13 - Willian	Maçã, banana,uva, biscoito e chocolate	-	Salgadinhos “Gula” “Pimentinha” “Eu compro na escola e as vezes trago de casa”	-	-	“Eu compro na escola e as vezes trago de casa”
14 - Antonio	Maçã, laranja, barra de chocolate, copo de refresco	-	“... a gente coloca água, pozinho,açúcar e mistura.”[referindo como fazersuco]	-	“Quando minha mãe faz compra no Bahamas ela compra pacote de bala	-
15 - Nilson	Barra de chocolate	-	Eu chupo bala e chicletes, eu gosto mais é de chiclete	“Chupar muita bala dá diabetes”	-	-
16 - Levi	Banana, maçã,laranja e pera.	-	“Todo dia eu como biscoito recheado”	-	-	-
17- Marcos	Banana, maçã, bombom.	Eu amo refri	-	“Comer bem é comer muito”	A minha mãe traz bala para mim do serviço.	-
18 - Sávio	Maçã, banana, refrigerante, uva,	“gosto muito de refri”	Como todo dia biscoito recheado e “gula”	-	-	Eu tomo refri no recreio
19 - Kevin	Maçã, banana e laranja	Eu gosto mesmo é de coca-cola	Eu chupo bala, chicletes tudo quanté porcaria.	-	-	-
20 - Jussara	Maçã	-	-	-	-	-
21 – Ailton	Árvore de maçã	-	Eu trago para escola salgadinho.... pipoca	-	“Eu compro bala com dinheiro que encontro.”	Eu trago para escola salgadinho.... pipoca
22 - Nívia	Árvore de maçã, banana, uva.	Eu gosto de bala e pirulito	-	Chupar muita bala dá cárie, estraga os dentes	-	-
23 – Eliane	Banana, maçã, refrigerante, uva, laranja,salgadinho “gula”	“gosto muito de refrigerante e biscoito recheado”	“Como “gula”todo dia”	-	“Eu pego dinheiro no meu cofrinho, ai eu compro bala, chicletes”	-

Criança	Desenho	Preferência	Consumo	Percepção/conhecimento	Influência da família	Influência da escola
24 – Leandro	Maçã, banana, pera, laranja	-	“Eu tomo refrigerante todo dia.”	-	A minha mãe compra um montão de refrigerante no final de semana	Eu trago “pichulinha” pra escola. (refrigerante)
25 – Arthur	Chocolate	-	“Todo dia eu tomo refri...”	chicletes dá dor de estômago e estraga os dentes	Eu gosto quando a minha mãe compra bala e biscoito recheado na casa do biscoito	-

APÊNDICE 12 – Codificação dos grupos focais do GB (escola particular)

Criança (nome fictício)	Desenho	Preferência	Consumo	Percepção/conhecimento	Influência da família	Influência da escola
1-Nely	Romã, jabuticaba e lichia	Eu gosto de Lichia e jabuticaba e bala também.	-	-	Quando estou na casa do meu avô é tudo liberado, pode comer de tudo. Na minha casa só posso comer bala de lanche no final de semana. Tem regra, mas eu já me acostumei. Eu só posso durante a semana sorvete ou picolé. na casa do meu avô da cidade pode tudo	Não compro na cantina, não sou muito de merendar, às vezes trago biscoito Bauduco e suco Tial de pêssego, ou Petillé
2-Natalia	Banana prata	-	-	Ia ter que ir pro hospital cortar a barriga![se referindo a comer balas todos os dias] Comer mais verduras[referindo como melhorar alimentação]	“Balas é só de vez em quando.” “Na minha casa só posso comer bala e refrigerante no final de semana. Tem regra, mas eu já me acostumei”	Na escola não pode tomar refrigerante
3-Maria	Maçã e sorvete	-	-	Alimento é...frutas	Só posso comer balas em festas”	-
4-Beatriz	Morango, barrinha de cereal, quindim e uva	O que eu mais gosto é barrinha de cereal. Eu odeio tudo que é verde. chicletes.	-	-	Chicletes eu gosto, mas a minha mãe não gosta que eu chupo.	A minha mãe não deixa eu trazer biscoito recheado para escola.
5-Fabiana	Morango e uva	-	-	Alimento é ...comida. Comer bem é...comer vegetais.	“minha vó sempre diz que refrigerante é pra quando tem muita gente.”	-

Criança (nome fictício)	Desenho	Preferência	Consumo	Percepção/conhecimento	Influência da família	Influência da escola
6-Tatiana	Picolé, sorvete e maçã	desenhei picolé e sorvete porque amo de paixão	Eu chupo picolé de vez em quando, só se não estiver gripada.		só como quando meus pais deixam, pois eu posso ficar resfriada e ... doente.[referindo ao sorvete e picolé]	-
7-karla	Maçã, banana, doce de leite, goiaba, suco de uva	Barrinha de cereal, eu gosto muito de suco de uva			Minha mãe não deixa eu chupar chicletes.	-
8-Débora	Salada de frutas	Eu gosto de potinho de salada de frutas. ..., bala faz mal.	“Eu como maçã desde que eu nasci.”” Eu gosto de todos os tipos de frutas!””Eu como salada de frutas todo santo dia!” “..Se for com amigos, se for fim de semana”[referindo ao consumo de refrigerantes]	“Comer bem é comer legumes”	“a minha mãe só deixa comer bala no sábado ou domingo.”	Eu gosto de comprar na cantina pão de queijo.
9-Carlos	Sorvete de morango	Também é legal quando se come potinho ... de sorvete. “eu gosto de sorvete e Trident”	-	Trident, se chupar muito faz mal, dá dor de barriga	-	-
10- Cássia	Maçã e sorvete	-	“...mas eu como mais maçã do que sorvete.”	Comer bem é comer frutas, salada	picolé, sorvete, bolo eu gosto de todos mais minha mãe não deixa comer todos os dias	Sabia que na escola não pode trazer “chitos”?
11-Edson	Trident e sorvete	-	-	Alimento é alguma coisa saudável?	-	Na escola eu gosto de trazer fruta

Criança (nome fictício)	Desenho	Preferência	Consumo	Percepção/conhecimento	Influência da família	Influência da escola
12-Nádia	Picolé e sorvete	“Eu gosto muito de brigadeiro e picolé.”	-	Não, porque pode fazer mal, dá dor de barriga [não come todos os dias...referindo aos desenhos que fez]	, se eu não estiver resfriada minha mãe compra pra mim[referindo ao picolé]Bala,bombom, chocolate, doce...a minha mãe não gosta que eu como.	-
13-Mila	Maçã, uva e pipoca	Eu gosto mais de pipoca. Bala é muito gostoso.	mas eu como mais uva.	...porque tem muito sal, pode alterar a pressão[ref.o consumo maior de uva que pipoca]	-	-
14-Evandro	suco, coxinha, doce de leite, e churrasco	Eu adoro churrasco!	mas de todos o que mais como é o suco.[referindo aos desenhos que fez]	-	-	No recreio eu gosto de comer pão de queijo, as vezes eu trago fruta e suco de caixinha.
15-Marcos	Uva rubi, bolo e jabuticaba	Eu não gosto de merendar na escola e não fico com fome.		Eu alimento bem, mas sei que preciso comer mais verduras e frutas	-	-
16-Nívia	Morango, chocolate e sorvete	-	-	Porque comer alimentos com muito açúcar estraga os dentes e dá dor de barriga	A minha mãe não deixa eu comer açaí, porque ela fala que tem muita açúcar.	Eu nunca trouxe biscoito recheado na escola, a minha mãe fala que faz mal.
17-Caio	Manga, uva	Eu não gosto de bala. Bala tem muito açúcar.	-	-	-	-
18- Emílio	Bolo, sorvete e picolé	“ Não gosto de verdura, nem de legumes e nem de feijão.”	sorvete eu tomo terça e quinta-feira ... depois do futebol no clube	-	sorvete eu tomo terça e quinta-feira ... depois do futebol no clube [regra]	-

Criança (nome fictício)	Desenho	Preferência	Consumo	Percepção/conhecimento	Influência da família	Influência da escola
19-Patrícia	Sorvete, picolé e bolo	--	Eu gosto mais de picolé, eu chupo quase todo fim de semana e quando eu viajo eu como todos os dias.	Comer bem é comer frutas, salada.	quando eu viajo eu como todos os dias.[regra] A minha mãe não deixa comer pirulito... eu não gosto...porque eu amo pirulito!	-
20-Sandro	Manga e uva	Manga eu amo, eu devoro tudo...São minhas frutas preferidas. Eu não gosto muito de merendar na escola, quando eu merendo é uma fruta ou um suco.	-	-	Meu vó trocou o cigarro pela bala, então na casa dele sempre posso chupar bala e chicletes.	Na escola ninguém pode chupar bala.

ANEXOS

ANEXO 1 - AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

 **MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**
UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS-CEPH
Campus Universitário - Distrito de Saúde - Viçosa, MG - 35375-000 - Telefone: (31) 3899-1743

Of. Ref. N° 139/2012/CEP/05-12-25

Viçosa, 29 de outubro de 2012

Prezada Professora:

Cientificamos Vossa Senhoria de que o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, em sua 5ª Reunião de 2012, realizada em 26 de setembro de 2012, analisou e aprovou o projeto de pesquisa "*A influência da família no comportamento alimentar das crianças*".

Atenciosamente,


Professora Patrícia Aurélio Del Nero
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos-CEPH
Presidente

A Professora
Tereza Angélica Bartolomeu
Departamento de Economia Doméstica - DED

ANEXO 2 - Critério de Classificação Econômica Brasil- CCEB – 2012 - Sistema de pontos



CRITÉRIO
DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA
BRASIL

ABEP
Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa

O Critério de Classificação Econômica Brasil, enfatiza sua função de estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de "classes sociais". A divisão de mercado definida abaixo é de **classes econômicas**:

SISTEMA DE PONTOS

Passo de itens

	Quantidade de Itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2

Grau de Instrução do chefe de família

Nomenclatura Antiga	Nomenclatura Atual	
Analfabeto/ Primário Incompleto	Analfabeto/ Fundamental 1 Incompleto	0
Primário completo/ Ginásial Incompleto	Fundamental 1 Completo / Fundamental 2 Incompleto	1
Ginásial completo/ Colegial Incompleto	Fundamental 2 Completo/ Médio Incompleto	2
Colegial completo/ Superior Incompleto	Médio Completo/ Superior Incompleto	4
Superior completo	Superior Completo	8

CORTES DO CRITÉRIO BRASIL

Classe	Pontos
A1	42 - 46
A2	35 - 41
B1	29 - 34
B2	23 - 28
C1	18 - 22
C2	14 - 17
D	8 - 13
E	0 - 7