

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

ALBERTINA IRLANE MARINHO

**PERCEPÇÃO DOS PAIS DE UMA COMUNIDADE EM VULNERABILIDADE
SOCIAL SOBRE PRÁTICAS ALIMENTARES: ALÉM DA OBESIDADE E DA
DESNUTRIÇÃO INFANTIL**

Santos, SP

2020

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

ALBERTINA IRLANE MARINHO

**PERCEPÇÃO DOS PAIS DE UMA COMUNIDADE EM VULNERABILIDADE
SOCIALSOBRE PRÁTICAS ALIMENTARES: ALÉM DA OBESIDADE E DA
DESNUTRIÇÃO INFANTIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Saúde, Ambiente e Mudanças Sociais.

Orientadora: Profa. Dra. Carolina Luísa Alves Barbieri

Santos, SP

2020

[Dados Internacionais de Catalogação]
Departamento de Bibliotecas da Universidade Católica de Santos
Maria Rita C. Rebello Nastasi - CRB/S-2240

M337p Marinho, Albertina Irlane
Percepção dos pais de uma comunidade em vulnerabilidade social sobre práticas alimentares : além da obesidade e da desnutrição infantil / Albertina Irlane Marinho ; orientadora Carolina Luisa Alves Barbieri. -- 2020.
121 f. ; 30 cm

Dissertação (mestrado) - Universidade Católica de Santos, Programa de Pós-Graduação stricto sensu em Saúde Coletiva, 2020

1. Crianças - Nutrição. 2. Obesidade. 3. Desnutrição infantil I. Barbieri, Carolina Luisa Alves. II. Título.

CDU: Ed. 1997 -- 614(043.3)

DEDICATÓRIA

Este trabalho eu dedico ao Pai, ao Filho e ao Espírito Santo, que sempre me encaminham para a felicidade.

Ao meu anjo na Terra, Orival Silva Silveira.

A Maria Luiza e Júlia, que para o mundo são minhas netas, mas para mim são pedaços do céu que Deus me enviou.

Dedico também às estrelas que de algum lugar me iluminam! Luzia, minha mãe querida, e meu pai Sandoval, que tão pouco soube sentir o verdadeiro significado da palavra pai (*in memoriam*).

Aos meus pedacinhos que estão radiando o mundo, Leandro e Larissa, e a minha nora Raquel. Sempre juntos no “começar de novo, de novo, de novo e quantas vezes for preciso”.

À Luisa, a minha filha que veio de graça.

A tiNenen, tiDerbe, tiMatuzael, Kleiton, Marina, João Paulo, Natália Cristina e Tael (*in memoriam*).

“Talvez rosas vermelhas fossem mais românticas, no entanto a orquídea, se souber e quiser cuidar, é para sempre.”

Autor desconhecido

AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho só foi possível graças à perseverança e à orientação da Profa. Dra. Carolina Luisa Alves Barbieri, sempre disposta a me situar no mundo acadêmico com respeito e astúcia.

Agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (Capes) pelo incentivo financeiro para realização deste estudo.

À Profa. Dra. Lourdes e à Profa. Dra. Silvia, pelo carinho no acolhimento.

À Profa. Dra. Cristiane Valli: quando crescer quero ser igual a você.

A Daise, Mari, Cris e Ra, a família que eu escolhi.

Ao Sr. João Elias e ao Sr. Fernando Isobata, representantes da Associação Lar Espírita Cristão Elizabeth – Guarujá/SP, tanto pelo suporte financeiro quanto pelos aprendizados da resiliência e o além desta vida.

Às crianças avaliadas e às mães entrevistadas que me deram a oportunidade de presenciar parte de seu cotidiano, com conhecimentos imensuráveis de como viver e conviver em comunidade em vulnerabilidade social.

A todos os funcionários da creche, que me apoiaram e me auxiliaram nas incertezas dos meus propósitos.

À Profa. Joelma e à Profa. Vanilza que, com muita tranquilidade e sabedoria, me nortearam para ter acesso às famílias participantes.

Aos funcionários do restaurante popular Tibério Birolini, que conduziram com eficácia todas as minhas faltas.

À Sandra Costa que, por vezes, e quantas vezes, dispensou seu tempo para os meus desabafos.

À Alessandra: amigas para sempre.

À D. Vitorina Diturri, a quem tenho gratidão pelos ensinamentos.

À turma de mestrado 2017, à minha turma de 2018 e à turma de 2019 pelo convívio, pelas alegrias, pelas comemorações e caraminholas.

À coordenadora, aos professores e secretários do curso de Mestrado em Saúde Coletiva da Unisantos que tiveram cumplicidade com o meu projeto proposto.

A todos os funcionários da Unisantos.

À Glaucia, com quem dividi parte das minhas aflições.

Ao “bom dia bonita”, que soava entre as mesas do restaurante, demonstrando o carinho das funcionárias da cantina da Unisantos.

À Edilene, que Deus me presenteou com a sua amizade, meu exemplo de superação.

À Noemia, que nesse período e em outros também zelou por mim com muito mimo.

A minha irmã Sirlene, minha referência de mulher, e a minha sobrinha Raquel, a quem sou também grata pelos desejos realizados.

A minha sobrinha Andrea, a primeira de muitos outros.

Agradeço também a você, "*Behim*", meu marido, meu companheiro, meu amante, meu amigo, meu porto seguro. Anjo que caiu na minha porta. Você me faz a cada dia uma pessoa melhor. *TE AMO*.

RESUMO

MARINHO, Albertina Irlane. **Percepção dos pais de uma comunidade em vulnerabilidade social sobre práticas alimentares:** além da obesidade e da desnutrição infantil. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Católica de Santos, 2020.

Introdução: Práticas alimentares adequadas na infância são construídas por oferta de alimentos variados e com valor nutricional, ambiente adequado às refeições, situação de vida das famílias e percepção do estado nutricional da criança, sendo influenciadas por condições socioeconômicas e culturais. A transição nutricional, marcada pela alimentação inadequada, pela “pandemia” da obesidade e carência dos micronutrientes, vem trazendo grandes desafios para a saúde pública, ligados às condições socioeconômicas e culturais associadas à pobreza. **Objetivo:** Compreender, na perspectiva dos pais, as práticas alimentares das famílias de crianças avaliadas com obesidade e desnutrição de uma creche em uma região de alta vulnerabilidade social. **Metodologia:** Estudo qualitativo com entrevistas semiestruturadas com as mães, responsáveis pelas crianças que foram avaliadas com obesidade e desnutrição, em uma creche no município do Guarujá, SP, em 2019, em uma região de alta vulnerabilidade social. Os dados empíricos oriundos da participação de três crianças obesas e três crianças desnutridas foram analisados por meio de análise de conteúdo. **Resultados:** Dos dados empíricos emergiram três temas analíticos: concepções e práticas nutricionais; alimentação na creche; e o corpo do filho na percepção materna. As práticas alimentares estavam sujeitas aos fatores socioeconômico e cultural. Houve falta de alimentos para as famílias dos desnutridos e para os obesos incidiu a oferta de obesogênicos. A falta do local para as refeições, dito como ideal, não impediu a coesão familiar, porém a TV, o celular, o computador, entre outros foram fatores impeditivos, evidenciando a influência sociocultural. A creche foi reconhecida pela alimentação adequada e as mães não perceberam o real estado nutricional dos filhos, revelando a distância entre a percepção subjetiva e sociocultural e o olhar biomédico. **Conclusões e Considerações Finais:** As práticas alimentares das famílias dessas crianças estão associadas ao acesso ao alimento em um contexto social e econômico, ou seja, o que se pode comprar com o que se tem ou o que se pode oferecer com o que se

conseguiu, e também norteadas pela cultura alimentar. Para enfrentamento da desnutrição e da obesidade na criança, fazem-se necessárias a ampliação da percepção biológica e orgânica e a compreensão dos determinantes sociais, que vão além da barriga vazia e da mesa cheia, uma vez que as condições socioeconômicas e culturais estão intimamente ligadas às práticas alimentares e à percepção do corpo da criança. Ainda que como discurso de que práticas alimentares adequadas são importantes, esta pesquisa não teve o propósito de construir parâmetros, mas chamar a atenção às políticas sociais para compreender a família dentro das diferenças socioeconômicas e culturais, dotada de emoções, valores e comportamentos.

Descritores: Pesquisa qualitativa; Vulnerabilidade social; Obesidade infantil. Desnutrição infantil; Saúde da criança; Práticas alimentares.

ABSTRACT

Marinho, Albertina Irlane (2020). **Perception of parents within a socially vulnerable community regarding food practices: obesity and child malnutrition.** [Dissertation]. Santos: Universidade Católica de Santos.

Introduction: Proper dietary practices are constructed by offering a variety of nutritional foods, a proper environment for meals, family life situations, and perception of the child's nutritional status; all of which are influenced by socioeconomic and cultural conditions. The nutritional transition, characterized by poor diet, the “pandemic” of obesity and lack of micronutrients, associated with poverty has brought great challenges to public health. **Objective:** To determine feeding practices from the parents' perspective of families of children assessed with obesity and malnutrition in a region of high social vulnerability. **Methods:** Qualitative study with semi-structured interviews of mothers, responsible for children who were evaluated for obesity and malnutrition, in a daycare center, in the municipality of Guarujá in 2019. The empirical data from the parents of the three obese children and the three malnourished children were investigated via Content Analysis. **Results:** From the empirical data, three analytical themes emerged: nutritional concepts and practices; food provided by the daycare center; and the child's body from the maternal perception. Eating practices were subject to socioeconomic and cultural factors. There was insufficient food for the families of the malnourished, while in the obese children's families there was a supply of obesogens. The lack of a suitable place for meals, considered to be ideal, did not prevent family cohesion; however TV, mobile phones, computers, among others were impeding factors, thereby demonstrating a sociocultural influence. The daycare center was recognized for providing sufficient nutrition and the mothers did not perceive the child's real nutritional status, thus revealing the distance between the subjective and sociocultural view from the biomedical perspective. **Conclusions and Final considerations:** The eating practices of these children's families are associated with access to food within their social and economic context, that is, buy what you can with what you have or offer what you can with what you have been given, also guided by alimentary culture. Socioeconomic and cultural conditions are closely linked to eating practices and the perception of the child's body. Therefore, in order to face

malnutrition and obesity in children it is necessary to expand the biological and organic perception and the understanding of social determinants, which go beyond an empty stomach and a full table. While reporting the discourse that adequate eating practices are important, this research was not intended to build parameters, but to draw attention to social policies to understand the family within the socioeconomic and cultural context, associated with their emotions, values and behavior.

Keywords: Qualitative research; Social vulnerability; Childhood obesity; Child malnutrition; Child health; Eating practices.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Consumo cíclico da ingestão inadequada de alimentos	35
Figura 2	Mapa da Pobreza nas regiões do Brasil, 2017	44
Figura 3	Foto da Praia da Enseada na cidade do Guarujá/SP	51
Figura 4	Foto da Vila Baiana na Praia da Enseada na cidade do Guarujá/SP ..	51

LISTA DE FLUXOGRAMAS

Fluxograma 1	Itinerário percorrido das avaliações nutricionais das crianças ..57
--------------	---

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Distribuição da população, segundo grupos do IPVS do Estado de São Paulo e Município de Guarujá no ano de 2010	28
-----------	--	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Panorama da pobreza, fome, desnutrição e obesidade de 1990 a 2018	24
Quadro 2	Prevalência de risco de sobrepeso, sobrepeso e obesidade em crianças menores de cinco anos no Brasil no biênio 2013-2014.....	30
Quadro 3	Descrição dos graus de (in)segurança alimentar.....	42
Quadro 4	População residente, por situação de segurança alimentar existente no domicílio e tipo de insegurança alimentar, de crianças de zero a quatro anos de idade no Brasil no ano de 2013.....	43
Quadro 5	Dados de insegurança alimentar no mundo em 2018.....	45
Quadro 6	Pontos de corte de IMC-para-idade para crianças menores de cinco anos	55
Quadro 7	Análise de conteúdo	60
Quadro 8	Caracterização das participantes do estudo	63
Quadro 9	Categorias empíricas e analíticas do estudo	66

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas e Pesquisas
ABESO	Associação Brasileira do Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ART.	Artigo
CCEB	Critério de Classificação Econômica Brasil
CECANE	Centro Colaborador em Alimentação e Nutrição
CEP	Código de Endereço Postal
CODEAGRO	Coordenadoria de Desenvolvimento dos Agronegócios
CMA	Cúpula Mundial de Alimentação
COMSEA	Conselho Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional
CONSEA	Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
CNAN	Conselho Nacional de Alimentação e Nutrição
CNAS	Conselho Nacional de Assistência Social
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
DIEESE	Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos
DIESPORTE	Diagnóstico Nacional do Esporte
DUHU	Declaração Universal dos Direitos Humanos
EBIA	Escala Brasileira de Insegurança Alimentar
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EMBRAPA	Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária
FAO	Food and Agriculture Organization (Organização das Nações Unidas para a Alimentação e Agricultura)
FIDA	Fundo Internacional de Desenvolvimento Agrícola
FNDE/CD	Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação/Conselho Deliberativo
FTO	Dioxigenase dependente de alfa-cetoglutarato
IAN	Insegurança Alimentar e Nutricional

IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IFAN	Instituto da Infância
IMC	Índice de Massa Corporal
INMETRO	Instituto Nacional de Metrologia
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IPEM	Instituto de Pesos e Medidas
IPVS	Índice Paulista de Vulnerabilidade Social
ISMD	Instituto Superior de Medicina
ISSA	Instituto de Segurança Socioambiental
IVS	Índice de Vulnerabilidade Social
LOSAN	Lei Orgânica de Segurança, Alimentação e Nutrição
MEC	Ministério da Educação
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
N.º	Número
NASA	NationalAeronauticsand Space Administration (Administração Nacional da Aeronáutica e do Espaço)
NEIC	Núcleo de Educação Infantil Conveniado
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PCFM	Plano de Combate à Fome e à Miséria
PMA	Programa Mundial de Alimentos
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar
PNAE	Programa Nacional de Alimentação nas Escolas
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNAS	Pesquisa Nacional de Assistência Social
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PNSAN	Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional

PNSN	Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição
POF	Pesquisa de Orçamento Familiar
PR	Paraná
PRONAN	Programa Nacional de Alimentação e Nutrição
PVC	Policloreto de vinila
RDH	Relatório de Desenvolvimento Humano
RNPI	Rede Nacional da Primeira Infância
SAGI	Secretaria de Avaliação e Gestão de Informação
SAN	Sistema de Alimentação e Nutrição
SEADE	Sistema Estadual de Análise de Dados Estatísticos
SEDEAS	Secretaria de Desenvolvimento de Assistência Social
SISAN	Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SP	São Paulo
TALE	Termo de Assentimento Livre e Esclarecido
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNESP	Universidade Estadual Paulista
UNICEF	United Nations Children's Fund (Fundo das Nações Unidas para a Infância)
UNISANTOS	Universidade Católica de Santos
VIGITEL	Pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
WHO	World Health Organization (Organização Mundial da Saúde)
ZEIS	Zonas Especiais de Interesse Social

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	23
2 MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL	30
2.1 Obesidade infantil	30
2.2 Desnutrição infantil.....	34
2.3 Vulnerabilidade	36
2.4 Insegurança alimentar.....	38
2.5 Prática alimentar	46
2.6 Alimentação na creche.....	48
3 MÉTODO.....	49
3.1 Abordagem metodológica	49
3.2 Local do estudo.....	50
3.3 Participantes do estudo.....	52
3.4 Etapas da pesquisa e entrevista semiestruturada.....	53
3.4.1 A entrevista.....	57
3.4.2 Percurso analítico	60
3.5 Considerações éticas	62
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	62
4.1 Concepções e práticas que envolvem a nutrição da criança	67
4.2 Percepções das mães acerca da alimentação da creche	77
4.3 Percepção da mãe em relação ao corpo do filho	80
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	85
REFERÊNCIAS.....	88
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para pesar e medir as crianças	101
APÊNDICE B – Termo de Assentimento Livre e Esclarecido.....	104
APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participar da entrevista semiestruturada	105
APÊNDICE D – Roteiro da entrevista semiestruturada	108
ANEXO A – Questionário Ebia	110
ANEXO B – Curvas IMC-para-idade (OMS, 2006).....	111
ANEXO C – Critério Brasil.....	112

ANEXO D – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa	118
ANEXO E – Termo de Anuência da instituição do estudo	121

APRESENTAÇÃO

Durante o exercício de minha atividade profissional como nutricionista desde 2012, na Vila Baiana, uma comunidade de elevada vulnerabilidade social no município do Guarujá, presenciei criminalidade, drogaditos, tráfico de drogas, estupro, prostituição, inclusive a infantil, e o Conselho Tutelar tirando filhos de mães, entre outras situações que deixavam de ser manchetes ou ficção para tornarem-se parte do meu cotidiano, embora eu ainda estivesse em uma posição de espectadora. Gravidez precoce, falta de água e de luz, esgoto a céu aberto, falta de coleta de lixo, desmoronamentos, dificuldades de acesso à alimentação e condições precárias de habitação são fatores presentes e convergem para a deterioração da qualidade de vida e saúde dessa população. Em um primeiro momento, este era apenas o cenário no qual eu desenvolvía minha atividade profissional de nutricionista responsável pelo restaurante de “um real” e pela creche local, porém, com o passar dos anos, o envolvimento com os funcionários que eram moradores daquela comunidade e com os comensais passou a inquietar-me, pois passei de espectadora a protagonista naquela realidade. Percebi então a necessidade de sair da inércia e tentar intervir. Para isso era necessário diagnosticar.

Na minha área, na avaliação subjetiva nutricional, deparei-me com crianças obesas e desnutridas que provavelmente encontravam-se nas mesmas condições socioeconômicas e culturais. Visando compreender as percepções de suas famílias acerca de práticas alimentares, busquei na academia uma maneira de sistematizar e compartilhar minhas perguntas e meus achados. Ainda que a desnutrição e a obesidade sejam de etiologias distantes no olhar biomédico, elas se fundem no ponto de vista social. Portanto, considerando a grande relevância social, este estudo tem o objetivo de compreender as práticas alimentares das famílias de crianças da creche que foram avaliadas com obesidade e desnutrição, na perspectiva dos pais, além de contribuir para novas ações públicas para melhorias sociais.

Aliás, frutos já foram colhidos durante a elaboração deste trabalho. Colaboramos na elaboração das propostas para promover o acesso a alimentos para essa comunidade no Conselho Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional (Comsea/Guarujá) na 3.^a Conferência Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional, em 2019. Foram os resultados desta pesquisa que desencadearam as discussões sobre a avaliação nutricional permanente das crianças matriculadas nos

Núcleos de Educação Infantil Conveniados (Neics) e a efetivação da notificação de crianças obesas e desnutridas no Sistema de Vigilância Nacional e Nutricional (Sisvan). Soma-se a isso a proposta de oferecer aos pais e responsáveis a educação nutricional com foco no verdadeiro estado nutricional de seus filhos e nos agravos que essas morbidades podem provocar. Essa educação nutricional deve se estender às Unidades Básicas de Saúde e ao ambulatório de especialidades existente no município (GUARUJÁ, 2019b).

No contexto acadêmico, esta pesquisa contribuiu com apresentação de resumo em debate no 8.º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) no grupo: crianças em vulnerabilidade social (ABRASCO, 2019). Assim terminado o congresso, Batista, Deslandes e Iriart (2020) salientaram que as produções científicas são de grande relevância para os atos sociais, e que é a partir dos estudos científicos que se buscam as necessidades de novas políticas no Sul Global. Também houve contribuição em debate no II Congresso Multidisciplinar de Saúde da Baixada Santista da Unisantos: Tecnologia e Inovação na Saúde, disseminando assim novos conhecimentos, possibilitando discussões de idéias e auxiliando no estabelecimento de estratégias para a implantação de intervenções resolutivas embasadas nos direitos constitucionais (UNISANTOS, 2019).

1 INTRODUÇÃO

O Direito Humano à Alimentação visa garantir o acesso físico e econômico suficiente de alimentos para suprir as necessidades essenciais dos indivíduos, consagrado no artigo 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUHU), de 1948(ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – ONU, 1948). No Brasil, somente em 1988 esse direito foi firmado pelo artigo 6.º da Constituição Federal (BRASIL, 1988).

Na 30.ª Assembléia da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1977, com a premissa de proporcionar uma vida produtiva e social à população, projetou-se o movimento “Saúde para todos no Ano 2000”, porém foi somente na 1.ª Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em 1978, conhecida como a reunião de Alma-Ata, que a ONU convocou a OMS e outras organizações para estabelecerem estratégias e programas para a promoção da saúde, legitimando o acesso aos alimentos e à nutrição adequada para todos. A partir desse momento, o movimento “Saúde para todos no Ano 2000” passa a ser reconhecido e a nutrição adequada para todos é colocada como uma das metas de extrema necessidade na luta mundial para as melhorias sociais (ONU, 1978).

Na intenção de promover saúde e nutrição adequada para todos, dentre os inúmeros motivos para discussões, destaca-se que as alimentações inadequadas sobrevivem por décadas, admitindo uma relação de associação entre a fome e a desnutrição, que possivelmente resulta em problemas associados ao crescimento, ao desenvolvimento e à sobrevida de crianças. Isso revela um problema de saúde global, conforme menciona a Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação(FAO) (ONU, 2018a).

Em 2018, a fome mundial acometia 821 milhões de pessoas, um aumento de 21 milhões de pessoas de 2016 a 2018 e, em crianças menores de 5 anos, estava presente na forma de fome oculta¹ em 340 milhões de indivíduos. Ainda em 2018, 41 milhões de crianças menores de 5 anos estavam com excesso de peso e obesidade, 149 milhões com desnutrição crônica e 50 milhões com desnutrição aguda. Tais dados sustentam a preocupação e o apelo da ONU (ONU, 2018a). O panorama da

¹A fome oculta se caracteriza pela falta de nutrientes essenciais, como vitamina A e ferro (ONU, 2018a).

pobreza, fome, desnutrição e obesidade nas últimas décadas com os dados da ONU (2018a) está destacado no Quadro 1.

Quadro 1 – Panorama da pobreza, fome, desnutrição e obesidade de 1990 a 2018

	1990	2014	2015	2016	2017	2018
Desnutrição mundial			10,6% da população		10,9% da população	
Fome no mundo				804 milhões de pessoas		821 milhões de pessoas
Fome na América Latina e no Caribe		38,5 milhões de pessoas			39,3 milhões de pessoas	
Pobreza na América Latina e no Caribe	22,6% da população		12,4% da população			
Excesso de peso na América Latina e no Caribe					360 milhões de pessoas (50 milhões são brasileiros)	
Fome oculta em crianças menores de 5 anos						340 milhões
Desnutrição e obesidade em crianças menores de 5 anos no mundo						250 milhões
Desnutrição crônica (baixa estatura para a idade) em crianças menores de 5 anos no mundo						149 milhões
Desnutrição aguda (baixo peso para a altura) em crianças menores de 5 anos no mundo						50 milhões
Desnutrição crônica em crianças menores de 5 anos na América Latina e no Caribe						4,8 milhões
Desnutrição aguda em crianças menores de 5 anos na América Latina e no Caribe						0,7 milhões
Excesso de peso e obesidade em crianças menores de 5 anos no mundo						41 milhões
Excesso de peso e obesidade em crianças menores de 5 anos na América Latina e no Caribe						4 milhões
Sobrepeso em crianças menores de 5 anos no mundo					5,6% (41 milhões)	
Sobrepeso em crianças menores de 5 anos na América Latina e no Caribe					7,3%	

Fonte: ONU, 2018a (adaptado pela autora da pesquisa).

Diante desses fatos, a FAO, a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) e o Programa Mundial de Alimentos (PMA) fazem um apelo global para combater as desigualdades promovendo recursos de alimentação adequada e saudável² para todos e implantando novas ações públicas para que a população possa usufruir de uma vida saudável e ativa (ONU, 2018a).

²Alimentação adequada e saudável é a terminologia utilizada neste trabalho e pelo Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2014a).

A desnutrição persiste consideravelmente nas populações mais vulneráveis junto à obesidade e ao excesso de peso, reforçando a necessidade de reestruturação e gerenciamento multissetorial nas políticas públicas que visam garantir o acesso à alimentação adequada e saudável e tratar dos fatores sociais associados à desnutrição e à obesidade.

A fome marcada pelas alimentações inadequadas percorre o mundo, relacionando-se tanto à desnutrição quanto à obesidade que, provavelmente, são acompanhadas pelos fatores socioeconômicos. Assim, uma alimentação adequada e saudável, segundo a ONU, depende de vários fatores: sexo, idade, disponibilidade dos alimentos, poder de compra, mitos, religião etc. Portanto, nessa incansável tentativa de garantir o acesso à alimentação adequada e saudável, a ONU destaca a urgência na regulamentação da distribuição de alimentos nas escolas com adoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, o hábito delimitar o uso de gorduras, açúcares e sal e a implantação de novas ações públicas que possam minimizar as desigualdades socioeconômicas, dentre elas a educação, o saneamento básico, serviços de saúde, entre outros.

Sabe-se que ingerir alimentos variados *in natura*³ e minimamente processados⁴, limitar a quantidade de alimentos processados⁵ e minimizar ou até mesmo abolir o uso de alimentos multiprocessados⁶ são práticas alimentares adequadas e saudáveis. Considera-se, então, que as alimentações inadequadas são definidas pelo baixo consumo de alimentos frescos, de frutas, verduras, legumes, cereais e grãos e pelo consumo excessivo de gorduras, óleos, sódio, açúcares e alimentos multiprocessados (ONU, 2018b).

As transformações alimentares, resultado da urbanização e industrialização, moldam os hábitos de alimentação inadequada e o consumo de alimentos obesogênicos⁷. Essa nova maneira de alimentar-se está contribuindo para a

³ Alimentos *in natura*: alimentos que não sofreram nenhum tipo de modificação (frutas e verduras vindas direto da horta).

⁴ Alimentos minimamente processados: são os alimentos *in natura* que já passaram por pequenos processos de modificações (grãos integrais, frutas e verduras nas caixas, carnes a vácuo).

⁵ Alimentos processados: são ingredientes utilizados nas preparações culinárias (açúcar, óleos, sal e outros).

⁶ Alimentos multiprocessados: são alimentos basicamente prontos para comer (*fastfoods*), com poucos nutrientes e água, de alto teor calórico e alta durabilidade com o uso de conservantes, edulcorantes e demais aditivos alimentares (refrigerantes, hambúrgueres prontos e outros).

⁷ Alimentos obesogênicos: geralmente são os alimentos processados e multiprocessados (MONTEIRO, 2011).

transição nutricional, antes desenhada pela diminuição da desnutrição e pelo aumento da obesidade, e hoje desenhada pela fome, por sobrepeso e obesidade e pela deficiência de micronutrientes, não havendo dúvidas de que as desigualdades sociais e econômicas (falta de acesso a saúde e educação, falta de equidade de gêneros, intolerância acerca de religião, etnia, entre outros) agravam esse panorama em grupos vivendo na pobreza, reduzindo o acesso econômico aos alimentos nutritivos (ONU, 2018b).

No ano de 2014, o Brasil, um dos países membros da Opa da América Latina e do Caribe, saiu do Mapa da Fome, fato atribuído às atitudes governamentais do projeto Fome Zero implantadas em 2003, dentre elas, os programas de transferência de renda, a exemplo do Bolsa Família, cujo objetivo é oferecer um benefício monetário para as famílias de baixa renda em situação de pobreza, visando garantir-lhes o direito à alimentação, educação e saúde (ONU, 2014).

A fome, desde 1987, já era entendida dentro de uma estrutura social, de forma que as condições ambientais e socioeconômicas estavam relacionadas com a renda, o número de integrantes da família, a escolaridade, o preço dos alimentos, o valor nutricional dos alimentos, as crenças, os costumes, a disponibilidade de serviços de saúde e os equipamentos de saúde, indicando que, se melhorados os padrões sanitários e as condições socioeconômicas e culturais das populações em vulnerabilidades, a incidência da desnutrição poderá diminuir (VALENTE, 1987).

A transição nutricional é uma terminologia que foi definida pela queda da desnutrição com ascensão da obesidade (MONTEIRO *et al.*, 2009; SOARES *et al.*, 2014). Porém, em 2018, a transição nutricional se molda pela fome, pela obesidade e pela alimentação inadequada, sugerindo investimentos nos serviços públicos em educação, saneamento e saúde, devendo atingir a população desde a infância e adolescência, orientando práticas alimentares adequadas e saudáveis (ONU, 2018b).

Partindo dos dados apontados, pressupõe-se que a pobreza e a exclusão social restringem o que se come. Desse modo, alimentar-se não é somente uma questão de escolha individual, mas também, ao que tudo indica, é uma questão familiar e social.

Se refletirmos que estamos marcados pela nova “transição nutricional”, que o Brasil poderá voltar para o Mapa da Fome, que a obesidade é um grande desafio para a saúde pública e que possivelmente a maioria das doenças é provocada pelas interações dos fatores individuais e ambientais, existem razões sociais, tal como a igualdade social, pelas quais as doenças podem ser evitadas. É imprescindível que mantenhamos e implantemos novas políticas públicas sólidas acompanhadas de um processo de permanente monitoramento e avaliação de impacto, voltadas ao bem-estar infantil no combate à fome e à obesidade. Uma intervenção precoce nas alimentações inadequadas se faz necessária, pelo fato de que estão associadas ao desenvolvimento físico e mental inadequado e ao aumento do risco de morte infantil.

A fim de compreender como esses elementos podem estar relacionados com as vulnerabilidades, é importante analisar também o espaço físico e social em que as populações se encontram – no caso deste trabalho, o foco de estudo foi uma comunidade no Guarujá, SP.

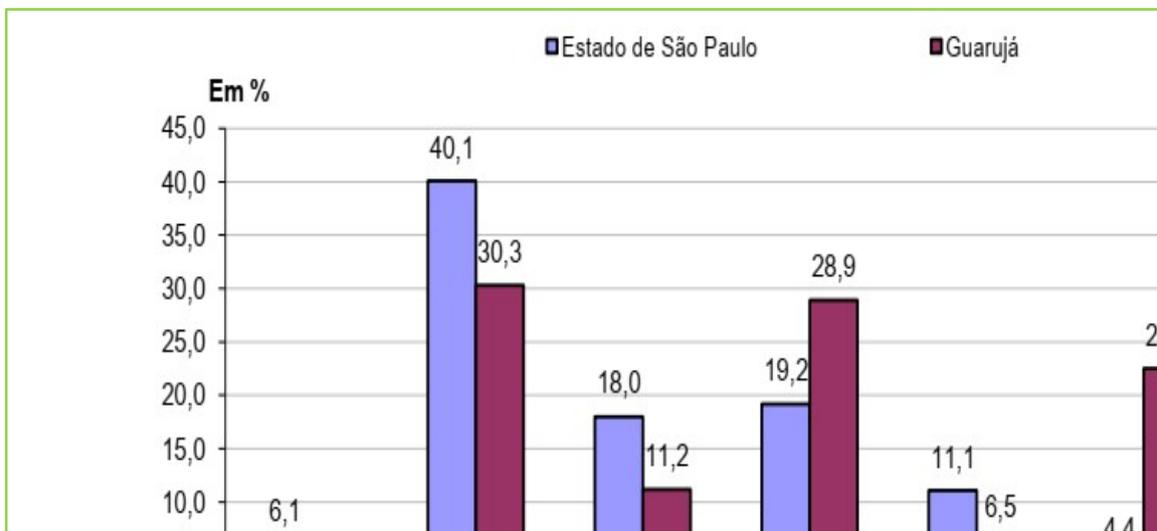
O município do Guarujá, localizado na orla do litoral paulista, passou a ser um dos nove municípios que compõem a Região Metropolitana da Baixada Santista por meio da Lei Complementar Estadual n.º 815, de 30 de julho de 1996 (SÃO PAULO, 1996). Conhecido como a Pérola do Atlântico, devido a sua conformação geográfica (planície, mangues e morros) e a própria história de ocupação (edifícios de classe média e alta, condomínios de luxo e aglomerados subnormais), apresenta diferenças socioeconômicas e culturais significativas.

Em 2010, foi classificada como a segunda cidade paulista com residências precárias, e com 31% das habitações subnormais. Se compararmos com os 6% de moradias subnormais no estado de São Paulo nesse mesmo ano, isso reafirma o alto grau de vulnerabilidade desse município (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE, 2010). Em 2013, foi nomeada a primeira cidade do litoral paulista em favelas conforme a Folha de São Paulo (GERAQUE, 2012)e, dos seus 294.699 habitantes em 2010, 95.427 habitavam em 26.095 moradias subnormais. Desses 95.427 habitantes, 21.405 eram crianças menores de 4 anos de idade (IBGE, 2013a).

Frente a tantas fragilidades socioeconômicas no município do Guarujá, podemos interpretá-las por alguns indicadores, dentre eles, o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS), norteado pelas condições socioeconômicas e pela distribuição em grupos que se alinham desde o Grupo 1 (baixíssima vulnerabilidade

social) até o Grupo 7 (alta vulnerabilidade social). Destaca-se que o Grupo 7 é correspondente à população rural, a qual é quase desprezível no município do Guarujá, e que no Grupo 6 situam-se as populações residentes em aglomerados subnormais. No Gráfico 1 evidencia-se que 22,5% da população do Guarujá pertence ao Grupo 6, em muito alta vulnerabilidade social, bem acima da média da população do estado de São Paulo, que é de 4,4%, estimando-se que quase 30% da população do Guarujá no ano de 2010 habitava em aglomerados subnormais (SÃO PAULO, 2010a).

Gráfico 1 – Distribuição da população, segundo grupos do IPVS do Estado de São Paulo e Município do Guarujá no ano de 2010



Fonte: São Paulo, 2010a.

Para tentar suprir as diferenças notadas pelas vulnerabilidades, pela insegurança alimentar e pela precariedade de acesso aos direitos sociais básicos, o Município do Guarujá ofereceu em 2016 um suporte financeiro dos programas de transferência de renda para 10.615 famílias (PROGRAMA CIDADES SUSTENTÁVEIS, 2016). Em contrapartida, para Martins *et al.* (2013), os dados não são tão decisivos em relação aos programas de transferência de renda no Brasil, propondo outras formas de programas, uma vez que pouco se sabe sobre uma avaliação positiva no avanço da alimentação e nutrição dos favorecidos.

Reforçando as vulnerabilidades sociais que acometem esse município, o Resumo Executivo do Guarujá apontou que, em 2014, 61 assentamentos precários na localidade foram enquadrados nas Zonas Especiais de Interesse Social (Zeis),

comunidades que necessitam de assistências emergenciais relacionadas com todos os tipos de vulnerabilidade (individual, programática e social). Dentre elas, estão a Vila Baiana e os bairros adjacentes (GUARUJÁ, 2014).

Em 2018, as necessidades sociais das Zeis foram associadas aos índices de criminalidade, com 13 casos de estupro, 890 roubos, 46 roubos de veículos, 100 furtos de veículos, 46 roubos de carga, 11 casos de homicídios, além de um caso de latrocínio (GUARUJÁ, 2019a), reforçando novamente as relações de alta vulnerabilidade que acometem essas populações.

Diante desses dados, o município do Guarujá se destaca por suas diferenças socioeconômicas, vulnerabilidades, diversidades culturais, economia baseada na atividade sazonal turística, entre outros aspectos que permitem uma sucessão de precariedades, junto com a desnutrição e a obesidade infantil e as alimentações inadequadas, resultando em um notório problema de saúde pública local.

Somado a isso, após revisão da literatura científica e de dados da prefeitura do Guarujá, foi identificado que pouco se sabe sobre as práticas alimentares e percepções associadas à desnutrição e à obesidade por pais ou responsáveis de crianças obesas e desnutridas desse município.

Considerando-se, portanto, as disparidades socioeconômicas, a escassez de dados sobre obesidade e desnutrição em crianças em condições de vulnerabilidade social e insegurança alimentar no Guarujá e sua relação com as condições socioeconômicas e culturais, este estudo tem o objetivo de compreender, na perspectiva dos pais ou responsáveis, as práticas alimentares das famílias de crianças avaliadas com obesidade e desnutrição que frequentavam uma creche em uma região de alta vulnerabilidade social no município do Guarujá.

Também o presente estudo se constituiu em uma tentativa de compreender as noções dessas famílias quanto a práticas alimentares e a relação entre as dimensões sociais e o acesso à alimentação, bem como as percepções dos pais sobre as práticas alimentares da creche e sobre o corpo das crianças com desnutrição e obesidade.

Pretende-se que este trabalho contribua fornecendo subsídios para a formulação e reformulação de ações nutricionais em creches públicas no município do Guarujá, bem como norteie a implantação de novas políticas públicas na elaboração de programas relacionados à distribuição de renda.

2 MARCOTEÓRICO-CONCEITUAL

2.1 Obesidade infantil

No Brasil, em 2018, a Pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), realizada nas capitais dos estados e no Distrito Federal, evidenciou que houve aumento da obesidade em 67,8% nos últimos 13 anos, saindo de 11,8% em 2006 para 19,8% em 2018 (BRASIL, 2018a).

No âmbito dos dados nacionais, no biênio 2013-2014, conforme o Quadro 2, a obesidade em crianças menores de 5 anos atingiu 7,3% dessa população e os resultados da região Sudeste são semelhantes aos encontrados no Brasil, conforme a Rede Nacional Primeira Infância (RNPI)⁸ (BRASIL, 2014b). Há de se considerar, portanto, que os índices de obesidade infantil no Brasil ultrapassam as preocupações do Estado.

Quadro 2 – Prevalência de risco de sobrepeso, sobrepeso e obesidade em crianças menores de cinco anos no Brasil no biênio 2013-2014

	Risco de sobrepeso (%)	Sobrepeso (%)	Obesidade (%)
Brasil	19	7,9	7,3
Região Sudeste	18,4	7,7	7,4

Fonte: Brasil, 2014b (adaptado pela autora da pesquisa).

De etiologia complexa e multifatorial, a obesidade ganha destaque em relação ao estilo de vida atual, urbano e moderno, resultado da urbanização e de melhorias tecnológicas, o que disponibiliza um alto consumo de alimentos obesogênicos, ambientes obesogênicos⁹, consumo de alimentos que possam ter substâncias

⁸RNPI: é uma articulação da sociedade civil, do governo, do setor privado e de outras redes e organizações para a promoção e garantia dos direitos da primeira infância, ou seja, de crianças até seis anos de idade (BRASIL, 2014a).

⁹Ambientes obesogênicos: ambientes que auxiliam no ganho de peso, como áreas em que há dificuldade de acesso aos alimentos saudáveis e espaços que proporcionam pouca ou nenhuma atividade física (POWELL; SPEARS; REBORI, 2010).

obesogênicas¹⁰, além de levar à diminuição das refeições feitas em casa, entre outros fatores.

Acrescenta-se que obesidade é o desbalanço entre a ingestão alimentar e a demanda energética, resultando no ganho de peso, e suas causas incluem ações combinadas da interação entre genes, ambiente e razões emocionais, citados dentre os tópicos a seguir:

- a) Herança genética: a coexistência de obesidade em vários membros da mesma família confirma a participação da herança genética na incidência da obesidade. A probabilidade de uma criança ser obesa é de 50% caso um dos pais seja obeso, mas se os dois pais o forem, esse risco aumenta para 80%.
- b) Herança poligênica: adioxigenase dependente de alfa-cetoglutarato (FTO), gene localizado no cromossomo 16, atua no controle da ingestão alimentar e do metabolismo corporal, e é um exemplo de herança poligênica que revela que pacientes com duas cópias do gene FTO têm 70% mais probabilidade de se tornarem obesos, e os que têm apenas uma cópia apresentam 30% de chance em comparação aos sem cópia do FTO.
- c) Estresse: fator que gera um círculo vicioso, pois o ganho de peso pode gerar estresse, e este também pode levar o indivíduo a engordar, ao passo que restringir a alimentação pode novamente provocar estresse, o que dificulta a perda de peso.
- d) Iatrogenia farmacêutica: a obesidade pode ser resultado de efeitos colaterais provocados pelo uso de corticoides, anticonvulsivantes, psicotrópicos, entre outros.
- e) Redução crônica do sono e cronorruptura: pela falta de sono, a ausência ou redução na produção de melatonina provoca distúrbios metabólicos, o cansaço leva a diminuição de atividade física e o tempo acordado oferece a oportunidade para comer, além de ocorrerem alterações hormonais.
- f) Intolerância à glicose: indivíduos que apresentam intolerância à glicose podem ser acometidos pelo surgimento precoce de diabetes tipo 2, associada ao excesso de peso.
- g) Ambiente termoneutro: gasta-se energia considerável para equilibrar a

¹⁰Substâncias obesogênicas: substâncias encontradas em embalagens de alimentos, remédios, tubos de policloreto de vinila (PVC) da rede de encanamento e no teflon das panelas, agindo na região do cérebro que estimula a fome, através do tecido adiposo, de forma que o sujeito não tenha ciência de que está ganhando peso (INSTITUTO SUPERIOR DE MEDICINA – ISMD, 2019).

temperatura do corpo naturalmente, porém, nos dias atuais, com condicionadores de ar e aquecedores de ambientes, o corpo não precisa mais passar por processo de adaptação térmica e, portanto, gasta menos energia, havendo assim mais chance de aumento de peso.

- h) Obesidade de origem infecciosa: geralmente crianças expostas a um tipo específico de adenovírus, conhecido por causar infecções respiratórias e gastrointestinais, têm mais chance de se tornarem obesas.
- i) Poluição do ar: alguns tipos de poluentes podem diminuir o metabolismo, como, por exemplo, os plásticos, pesticidas e solventes.
- j) Disfunções endócrinas: a obesidade também pode ser sintoma de disfunções no sistema endócrino, tais como síndromes hipotalâmicas, Síndrome de Cushing, hipotireoidismo, entre outros.

Entretanto, os fatores sociológicos incidem na suscetibilidade ou predisposição genética para ser obeso (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DO ESTUDO DA OBESIDADE E SÍNDROME METABÓLICA – ABESO, 2016).

Constata-se, ainda, que a probabilidade de uma criança obesa com menos de 6 anos se tornar um adulto obeso é de 50% em média, e que o tecido adiposo (células que acumulam gordura) constitui-se na fase do crescimento infantil. A obesidade pode ser hiperplásica, quando ocorre o aumento do número de células de tecido adiposo, que comumente incide na fase de crescimento; hipertrófica, quando ocorre o aumento do volume do tecido adiposo, podendo aflorar em qualquer fase da vida; ou, ainda, hipertrófica e hiperplásica, decorrente da hiperplasia saturada, ou seja, quando não há capacidade de aumentar o número de células de tecido adiposo, as quais começam a aumentar de volume. Isso intensifica a necessidade de prevenção da obesidade na fase de desenvolvimento da criança, com práticas alimentares adequadas, atividade física e controle da hiperfagia, ou seja, da ingestão excessiva de alimentos (LYSEN; ISRAEL, 2012).

A obesidade atinge as populações em proporções epidêmicas e a grande preocupação médica é a alta possibilidade de aquisição das doenças associadas (doenças cardiovasculares, diabetes tipo 2, alguns cânceres, doença da vesícula biliar, doença arterial coronariana, hipertensão arterial sistêmica, osteoartrose, dislipidemia, entre outras), o que reduz a qualidade de vida, diminui a expectativa de vida e aumenta a mortalidade (MELO, 2011).

Silva e Cobayashi (2011) realizaram uma revisão bibliográfica entre 2000 e

2010 sobre obesidade infantil na percepção dos pais, e descreveram uma associação entre a falta de percepção dos pais em relação ao estado nutricional da criança e a dificuldade de êxito na prevenção e no tratamento da obesidade. Além da dieta e da atividade física, a percepção dos pais acerca do estado nutricional de seus filhos também deve ser estudada, até mesmo por conta da pouca importância dada à obesidade infantil pelos pais e pela falta de conhecimento sobre os danos que isso pode provocar na vida adulta.

Em crianças de 7 a 12 anos, via de regra, existe uma autopreocupação com o corpo e sua aprovação estética. Ser obesa provavelmente a levará à exclusão social. Assim sendo, a obesidade está associada à baixa autoestima, provavelmente contribuindo para uma população de adultos com problemas de aceitação (FELDMANN *et al.*, 2012).

Tendo em vista que, para a saúde pública, a obesidade passa a ser um desafio e, para a medicina, uma grande complexidade de riscos de morbidade, para Roz (2010), o aumento da obesidade no Brasil está, em parte, associado às mudanças do estilo de vida nas cidades, como as atividades infantis que passaram a ser mais sedentárias, tais quais assistir televisão, jogar videogames, acessar computadores, entre outras.

Nesse mesmo sentido, Coelho Neto e Saito (2010) apontam que os fatores ambientais, socioeconômicos e culturais, mitos, tabus, mídia, escola, grupo de amigos e outros são determinantes da obesidade infantil e que, às vezes, não se consegue distinguir os fatores externos dos fatores endócrinos que pouco contribuem para os casos de obesidade infantil. No que se refere à renda, para Coelho Neto e Saito, possivelmente, esta é uma variável em destaque, que influencia diretamente nas práticas alimentares de crianças obesas pela oferta de alimentos ricos em carboidratos para substituírem as proteínas. Quanto ao âmbito cultural, vale pontuar ainda que, na maioria das vezes, obesidade e saúde são sinônimos para essas famílias de baixa renda. Deve-se levar em conta que o alimento é considerado símbolo de segurança e afeto para crianças de famílias conflitantes.

Enfim, a obesidade infantil é multifatorial e ultrapassa o nível individual ou familiar, razão pela qual temos a necessidade de compreensão da doença e sua complexa interação sociocultural. É um problema de saúde altamente influenciado pelo desenvolvimento social e econômico e que demanda intervenções públicas.

2.2 Desnutrição infantil

As manifestações da desnutrição na infância são demonstradas pelo baixo peso em relação à idade (desnutrição aguda), pelo atraso no crescimento em relação à idade (desnutrição crônica), pela vulnerabilidade às infecções e pelo maior risco para futuras Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs), como doenças cardiovasculares, alguns tipos de câncer e diabetes (OMS, 1998).

De origem multicausal e complexa, a desnutrição primária tem suas origens na pobreza associada à ingestão insuficiente de nutrientes essenciais. No entanto, segundo o Ministério da Saúde (MS), a desnutrição pode causar complicações irreversíveis quando afeta crianças menores de cinco anos, idade que coincide com o pico do desenvolvimento físico, psíquico e motor (BRASIL, 2005).

A desnutrição é uma condição clínica proveniente de uma alimentação inadequada, seja pela qualidade, seja pela quantidade de nutrientes para atender as necessidades energéticas. Quando a oferta ou a disponibilidade de alimentos não atende as necessidades nutricionais da criança, ela é dita de origem primária, e quando a oferta e a disponibilidade de alimentos completam as necessidades, mas estão associadas a outra morbidade (anorexia nervosa, bulimia, síndrome do intestino curto, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids), alguns tumores, hipertireoidismo, pneumonias), é dita de origem secundária (LEÃO *et al.*, 2005).

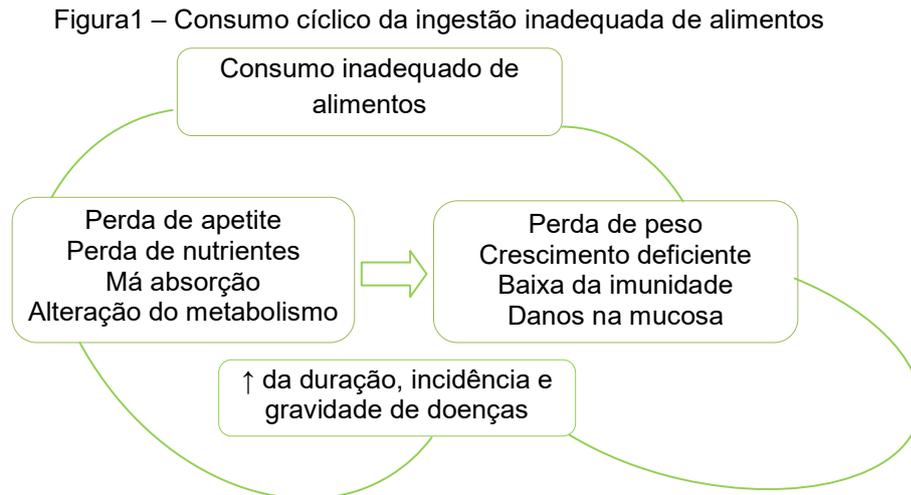
No Brasil, a desnutrição esteve em maior evidência na década de 1990, sendo a região Nordeste a mais acometida e com maior gravidade devido à seca e à fome, e crianças submetidas a tais condições podem sofrer atraso no crescimento, ou seja, desnutrição crônica, denominada também de nanismo nutricional¹¹ (SAWAYA, 1997). Vale salientar, porém, que houve uma diminuição da desnutrição no Brasil nas últimas décadas.

Para Sawaya (2006), a desnutrição também foi responsável pela mortalidade de 55% de crianças menores de 5 anos no mundo, o que é um alerta em relação às complicações provocadas pela desnutrição, sendo estas não só ligadas ao atraso no crescimento, mas também à perda de peso, às alterações sanguíneas, às alterações de vários sistemas fisiológicos, inclusive o imunológico, entre outras, e que podem

¹¹ Nanismo nutricional é uma desnutrição crônica que leva à perda no crescimento (SAWAYA, 2006).

afetar o desenvolvimento cognitivo irreversivelmente.

A desnutrição também foi expressa como ciclo de consumo inadequado de alimentos, reproduzido na Figura 1, que nos leva a admitir que a criança desnutrida apresenta grande probabilidade de predisposição a outras morbidades associadas (SAWAYA, 2006).



Fonte: Sawaya, 2006 (adaptado pela autora da pesquisa).

A desnutrição proteico-calórica pode se manifestar como marasmo e *Kwashiokor*.

O marasmo é a deficiência na ingestão crônica de alimentos energéticos, na qual o organismo cataboliza a energia do tecido adiposo e dos músculos, causando na criança uma fraqueza generalizada (astenia). Ocorre, assim, perda do tecido muscular pela falta de gordura subcutânea, perda de peso acentuada, atraso no crescimento, a pele fica com aparência seca e descamativa, o cabelo apresenta-se quebradiço, e a criança fica apática e irritada. O *Kwashiokor* é a desnutrição pela deficiência de ingestão de proteína e elevada ingestão de carboidratos, conhecida como a desnutrição do segundo filho¹². As diarreias são comuns tanto no *Kwashiokor* como no marasmo. Os sinais do *Kwashiokor* e do marasmo são parecidos, diferenciando-se apenas pelo abdômen distendido presente no *Kwashiokor* por causa da ascite e pelo aumento do fígado (hepatomegalia)

¹² Desnutrição do segundo filho é um termo designado quando a mãe, para amamentar o segundo filho, desmama precocemente o primeiro e, devido às condições socioeconômicas desfavorecidas, oferta para o filho mais velho uma alimentação baseada em carboidratos. Nesse caso, o crescimento e a imunidade ficam prejudicados (ETTINGER, 2002).

(ETTINGER, 2002).

Bortolini *et al.* (2015) apontam que as crianças brasileiras com mães de baixa escolaridade, baixa renda familiar e vivendo em situação de insegurança alimentar possuem maior probabilidade de ter uma alimentação inadequada, destacando a importância em minimizar as desigualdades sociais.

Vale a pena ressaltar também que, para Valente (2003), já se mencionava a necessidade de novas políticas públicas para o Brasil como parte indispensável do crescimento humano, com promoção da dignidade humana e diminuição das desigualdades sociais para o estímulo a uma alimentação adequada e saudável.

Habicht *et al.* (1974) e Monteiro (1984) já apontaram que os fatores ambientais são muito mais importantes que os genéticos para expressar o crescimento em crianças. A desnutrição afeta gravemente as crianças até cinco anos de idade porque são mais vulneráveis e mais dependentes socioeconomicamente.

Em suma, o risco da desnutrição primária está associado à escassez de alimentos e à pobreza, incluindo os fatores sociais e biológicos, o que contribui para inúmeros resultados prejudiciais à saúde.

2.3 Vulnerabilidade

A definição de vulnerabilidade ganha dimensão no setor da saúde em relação à maneira de tratar a epidemia da Aids, na década de 1980. Passou-se a admitir que as fragilidades de contágio e de adesão ao tratamento, por exemplo, eram determinadas por fatores socioeconômicos e culturais, e não simplesmente por comportamento individual, ou seja, quando se fala em sujeitos em vulnerabilidade, agrega-se condição de suscetibilidade aos fatores socioeconômicos e culturais, além dos fatores biológicos. A compreensão de vulnerabilidade facilita a construção de ações voltadas às necessidades dos seres humanos, tanto quanto a redefinição dos objetos de intervenção e a análise crítica das práticas de saúde para a sua reconstrução orientada às necessidades individuais e da coletividade. A operacionalização dessas ações envolve, assim, diferentes setores da sociedade e da transdisciplinaridade, sem, contudo, deixar de enfatizar o protagonismo, ou seja, o “sujeito de sua vida” (BRASIL, 2009a).

As condições de vida e socioeconômicas precárias são condicionantes

relevantes para indicar situação de vulnerabilidade social. Sem dúvida, populações pobres com acesso precário à renda provavelmente são privadas do acesso aos bens materiais, o que influencia também na autonomia, na liberdade e na capacidade de cuidar de si mesmo (MAGALHÃES, 2009).

No tocante a idade, vulnerabilidade remete à ideia de fragilidade e dependência associadas às crianças e adolescentes, predominando em condições socioeconômicas desfavorecidas. Os idosos são mais fragilizados, com suscetibilidades devido às suas dependências sociais e ambientais. Em condição de vulnerabilidade, mesmo o sujeito não estando “doente”, ela afeta a saúde impactando no estado psicológico, social ou mental (SIERRA; MESQUITA, 2006).

Também em 2006, Ayres *et al.* referiram que a vulnerabilidade diz respeito a condições e circunstâncias que podem ser modificadas. É possível determinar um tripé que sustenta as vulnerabilidades individual, programática e social:

- a) Vulnerabilidade individual: voltada para questões afetivas e biológicas do sujeito, seu conhecimento sobre a doença e os comportamentos que facilitam o acontecimento da doença, ou seja, a análise da vulnerabilidade individual parte da suscetibilidade e da gravidade do adoecimento, da qualidade da informação que se tem das doenças e seus modos de transmissão e prevenção, do acesso aos serviços de saúde, do modo de vida individual que possa proteger ou, ao contrário, fazer contrair a doença e da capacidade de transformar as informações em prevenção.
- b) Vulnerabilidade social: distingui-se pelos fatores socioeconômicos e culturais que podem influenciar o acesso a bens e serviços na medida social do adoecimento, ou seja, diz respeito aos aspectos sociopolíticos e culturais e à condição de bem-estar social.
- c) Vulnerabilidade programática: envolve as condições do sujeito ao acesso aos serviços de saúde e a relação de políticas, programas e serviços com a vulnerabilidade, visto que há dificuldades de acesso às políticas e ações organizadas para enfrentar o problema (AYRES *et al.*, 2006).

Para Hoddinott e Quisumbing (2003), a vulnerabilidade na estrutura familiar é a ligação entre três condições: os motivos de riscos, os recursos públicos e privados a que se tem acesso para combater esses riscos e qual a capacidade de conhecimento coerente para o cuidado destes.

Nesse mesmo contexto de vulnerabilidade, ressalta-se que os indicadores

quantitativos socioeconômicos e os determinantes multifatoriais do Índice de Vulnerabilidade Social (IVS), no Brasil, são abstraídos dos censos demográficos decenais do IBGE por trabalho, renda, educação, saúde, condição de transporte, habitação e saneamento, apontando as fragilidades de uma população de regiões onde o indivíduo, por alguma razão, tem sua capacidade de autodeterminação reduzida, apresentando dificuldades para proteger seus próprios interesses comportamentais, sociais e político-institucionais (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA – IPEA, 2014). Ou seja, as vulnerabilidades individuais, programáticas e sociais, apontadas por Ayres *et al.* (2006), assim como as condições da vulnerabilidade na estrutura familiar de Hoddinott e Quisumbing (2003) são norteadoras desse índice.

Em relação à nutrição, o fator econômico impacta na vulnerabilidade, uma vez que a dificuldade na aquisição de alimentos leva consequências negativas à saúde e pode ter efeitos individuais e sociais, podendo contribuir negativamente para o agravamento da violência e das doenças.

Nesse sentido, conforme o que já foi abordado, as possibilidades de sofrer danos em saúde e a capacidade para seu enfrentamento são condições para as quais o conceito de vulnerabilidade pode contribuir ao trazer um melhor entendimento do processo saúde-doença.

2.4 Insegurança alimentar

Para um melhor entendimento das políticas sociais contra a insegurança alimentar no Brasil, é oportuno destacar um breve contexto histórico e político.

Após a instituição do salário mínimo em 1936 (BRASIL, 1936), em 1950 surgiram os primeiros programas de abastecimento, alimentação escolar e refeitório para os trabalhadores.

Na década de 1970, “o mundo em tempos de guerras”, surgiu o termo segurança alimentar, um termo militar, com foco em estoques de alimentos em caráter emergencial. Em meados da década de 1970, com o enfraquecimento do governo militar no Brasil, surgiram algumas Organizações Não Governamentais (ONGs) para a construção de uma política de segurança alimentar, manifestando os interesses das “minorias”, o que explicitou, desde então, o distanciamento do governo em relação às suas responsabilidades.

Já no ano de 1972 foi criado o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (Inan) para formular uma política nacional de alimentação e nutrição, e em 1973 o governo federal instituiu o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (Pronan) para fiscalizar e avaliar os resultados das políticas de alimentação do Inan, com o objetivo de melhorar as condições de alimentação e nutrição da população (BRASIL, 1973).

Na década de 1980, o Brasil encontrava-se marcado pela fome, então o governo federal lançou uma proposta política para a Secretaria de Planejamento do então Ministério da Agricultura e Abastecimento para mitigar o problema. Em 1986, na busca de combater a fome, foi realizada a I Conferência Nacional de Alimentação e Nutrição, protagonizando um conjunto de propostas, entre elas a criação de um Conselho Nacional de Alimentação e Nutrição (CNAN).

A Constituição Federal de 1988 estabelece um marco importante para os rumos das condutas sociais ao garantir diálogos entre Estado e sociedade. Em 1989 surgiu uma proposta de segurança alimentar, com a realização da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN), divulgada em 1990 (BRASIL, 1990a). Soma-se a isso, em 1993, o movimento de mobilização nacional Ação da Cidadania, campanha do sociólogo Herbert de Souza, o Betinho, que incitou a primeira iniciativa da elaboração do Mapa da Fome no Brasil, organizado pelo IBGE e pelo Ipea (AÇÃO DA CIDADANIA, 2019).

Também em 1993 foi criado o Conselho Nacional de Segurança Alimentar (Consea), órgão de aconselhamento da Presidência da República composto por oito ministros e 21 representantes da sociedade civil para elaborar o Plano de Combate à Fome e à Miséria (PCFM) (BRASIL, 1993). De experiência curta, o Consea deixou de existir em 1995, dando lugar ao Programa de Comunidade Solidária, com o propósito de combater a pobreza e desigualdades sociais em um cenário solidário entre governo e sociedade (BRASIL, 1995).

Ainda dentro dessa mesma perspectiva, em 1996, estabeleceu-se um comitê técnico interministerial, com a participação da sociedade civil, que elaborou o documento brasileiro para a Cúpula Mundial de Alimentação (CMA) com o objetivo de atingir a segurança alimentar a nível individual, familiar, regional, nacional e mundial (ONU, 1996), dando aos governos municipais e estaduais a devida continuidade na Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) nas políticas públicas, com a criação de Conselhos Estaduais de Segurança Alimentar e Nutricional.

Em 1999, o Programa de Comunidade Social cedeu espaço para o Conselho da Comunidade Solidária (BRASIL, 1999a). Nesse mesmo ano, entrou em vigor a Portaria n.º 710, de 10 de junho de 1999, que aprova a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) (BRASIL, 1999b).

Novamente, em 2003, recriou-se o Consea, que dessa vez sobreviveu de janeiro de 2003 a janeiro de 2004, dando lugar ao Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) (BRASIL, 2003a).

Após toda essa trajetória, somente em 2006 foi sancionada a Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (Losan), Lei n.º 11.346, de 15 de setembro de 2006, que determina uma Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN) (BRASIL, 2006a). No § 2.º do art. 2.º da referida lei, legitima-se a alimentação adequada:

É dever do poder público respeitar, proteger, promover, prover, informar, monitorar, fiscalizar e avaliar a realização do direito humano à alimentação adequada, bem como garantir os mecanismos para sua exigibilidade (BRASIL, 2006b, art. 2.º).

Também em 2006 criou-se o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Sisan), com o intuito de coletar informações nutricionais da população e fatores associados para fornecer dados para as políticas nutricionais. Junto a isso, novamente o Consea foi reconhecido como conselho participativo representante da sociedade civil, propondo diretrizes, indo ao encontro da Losan e visando assegurar o direito à alimentação (BRASIL, 2006b).

Em 2011, foi realizada a IV Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, cujo lema foi “Alimentação Adequada e Saudável: um direito de todos”. Foi um momento de grande impacto para a promoção do direito humano à alimentação adequada no Brasil como resultado do diálogo entre Estado e sociedade civil. Nessa conferência, discutiu-se a política de segurança alimentar e nutricional e os meios para promover a soberania alimentar e garantir a realização do direito humano à alimentação adequada e saudável, desde a esfera local até a federal, dentre eles, regulamentar e monitorar a Losan (BRASIL, 2011a).

No entanto, a melhor definição para a segurança alimentar se encontra no Capítulo I, art. 3.º, da Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional:

A segurança alimentar e nutricional consiste na realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis (BRASIL, 2006c, art. 3.º).

Para garantirmos a segurança alimentar, precisamos também de qualidade e quantidade de alimentos suficientes para um bom funcionamento do organismo em condições normais. Essas necessidades variam de acordo com idade, sexo, composição corporal, estatura, genética, atividade física e meio ambiente (BRESOLIN *et al.*, 2010).

Em virtude do cenário atual, existe uma lacuna entre a necessidade e o acesso aos alimentos, resultando em maior vulnerabilidade na nutrição. Entre as idas e vindas das políticas de segurança alimentar que não se sustentaram de uma maneira genérica, enquanto grupos humanos se inter-relacionam politicamente na busca de seus interesses, aos poucos, o Estado deixou de participar como interventor nos problemas sociais, e passou a regulador, eximindo-se de sua obrigação conferida pelos direitos constitucionais, em uma maneira talvez omissiva, por assim dizer, ao terceirizar o que lhe é de obrigação, no que diz respeito à tomada de ações favoráveis à população. A sociedade civil torna-se, então, envolvida mais profundamente nas questões sociais.

Nesse sentido, outra ação determinante para a SAN no Brasil foi a Medida Provisória n.º 870, de 1.º de janeiro de 2019, que revoga a Lei n.º 11.346, de 15 de setembro de 2006, novamente extinguindo o Consea e o Sisan (BRASIL, 2019a).

Também em 2019 o Conselho de Comunidade Solidária, criado em 1999, foi extinto, abrindo espaço até a atual data para o Decreto n.º 9.909, de 9 de julho de 2019, que institui o Programa Nacional de Incentivo ao Voluntariado, o Conselho do Programa Nacional de Incentivo ao Voluntariado, o Prêmio Nacional de Incentivo ao Voluntariado e o Selo de Acreditação do Programa Nacional de Incentivo ao Voluntariado (BRASIL, 2019b).

Com isso, a SAN simplesmente foi enquadrada no art. 3.º do Decreto n.º 9.909/2019, entre uma de suas ações em relação à dignidade da pessoa humana.

Diante de todos esses fatores, é evidente a gravidade da problemática da fome e insegurança alimentar, associadas diretamente às alimentações inadequadas e, como observado, inseridas em populações vulneráveis,

manifestando-se de forma negativa em uma correlação de fatores sociais, psíquicos e fisiológicos. Dessa forma, se novas medidas governamentais não forem adotadas de maneira mais contundente, estabelecer-se-á, provavelmente, um futuro com população de doentes.

Retomando a etiologia de insegurança alimentar, quando da necessidade em mapear a fome e a insegurança alimentar no Brasil, esta recebeu uma classificação, conforme o Quadro 3, que pudesse auxiliar com maior eficácia nas ações e estratégias de intervenção de acordo com a demanda de determinada população.

Quadro 3 – Descrição dos graus de (in)segurança alimentar

Situação de segurança alimentar	Descrição
Segurança alimentar	A família/domicílio tem acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais.
Insegurança alimentar leve	Preocupação ou incerteza quanto ao acesso aos alimentos no futuro; qualidade inadequada dos alimentos resultante de estratégias que visam não comprometer a quantidade de alimentos.
Insegurança alimentar moderada	Redução quantitativa de alimentos entre os adultos e/ou ruptura nos padrões de alimentação resultante da falta de alimentos entre os adultos.
Insegurança alimentar grave	Redução quantitativa de alimentos entre as crianças e/ou ruptura nos padrões de alimentação resultante da falta de alimentos entre as crianças.
Fome	Condição em que se encontra o indivíduo que passa o dia inteiro sem comer por falta de dinheiro para comprar alimentos.

Fonte: IBGE, 2014a (adaptado pela autora da pesquisa).

Além dessa classificação, em 2013, o IBGE apontou os dados sobre insegurança alimentar por meio da Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar (PNAD)¹³, indicando que a insegurança alimentar atingiu 25,8% da população no

¹³PNAD: são pesquisas realizadas pelo IBGE, vinculado ao Ministério da Economia, que investigam características socioeconômicas e outras informações necessárias para o estudo do desenvolvimento socioeconômico do Brasil, tendo como unidade de investigação o domicílio. Atualmente há caráter contínuo em algumas das pesquisas, que são realizadas durante cinco semestres com pelo menos uma investigação por trimestre.

Brasil, e 24% no estado de São Paulo (IBGE, 2014a). Tais dados foram uma das justificativas de o Brasil ter saído do Mapa da Fome, de acordo com o Quadro 4. Apesar disso, percebe-se que muito se precisa fazer, sendo o Brasil um país de terras produtivas.

De lá para cá, não se tem dados nacionais do IBGE sobre insegurança alimentar ou informações que justifiquem nesse âmbito, entre outros, se o Brasil poderá voltar para o Mapa da Fome. Entretanto, vale observar que, em 2013, dos 201 milhões da população brasileira, 52 milhões estavam em insegurança alimentar e, daqueles 201 milhões, 13 milhões eram crianças de 0 a 4 anos, das quais 8,7 milhões viviam com algum grau de insegurança alimentar, conforme representado no Quadro 4.

Quadro 4 – População residente, por situação de segurança alimentar existente no domicílio e tipo de insegurança alimentar, de crianças de zero a quatro anos de idade no Brasil no ano de 2013

Situação do domicílio por idade	População residente (1.000 pessoas)					
	Total	Com segurança alimentar	Com insegurança alimentar			
			Total	Leve	Moderada	Grave
Brasil	201.467	149.414	52.052	34.482	10.328	7.242
0 – 4 anos	13.249	8.717	4.532	3.027	864	641

Fonte: IBGE, 2014b¹⁴ (adaptado pela autora da pesquisa).

Para medir a percepção das famílias em relação ao acesso aos alimentos, o PNAD utiliza a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (Ebia)¹⁵ (ANEXO A), que

¹⁴O IBGE utiliza-se do PNAD para estimar a magnitude de insegurança alimentar nos domicílios brasileiros e utilizou-se da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (Ebia) (ANEXO A) para identificação e classificação dos domiciliares de acordo com os graus de severidade com que o fenômeno é vivenciado pelas famílias (IBGE, 2014a).

¹⁵Ebia: são questionários direcionados às perguntas sociodemográficas, realizados pelo IBGE/PNAD, e analisados pela Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação (Sagi). São feitas as análises psicométricas, ou seja, análises das variáveis de ordem psicológica e com os métodos estatísticos sob a dimensão de Segurança Alimentar e Nutricional. Os temas pesquisados são de interesse do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) para subsidiar diagnóstico, formulação, monitoramento e avaliação de seus programas, políticas e ações (IBGE, 2014b).

apontou que, quando o responsável pela renda familiar é a mulher e de cor declarada preta ou parda, há maior vulnerabilidade para insegurança alimentar, e que essas famílias deixam de comprar alimentos que consideram supérfluos e comem menos carnes, verduras, legumes e frutas, ao considerarem que os alimentos à base de gordura e carboidratos são os que, como se diz popularmente, “dão sustância” (IBGE, 2014b).

Ilustrando ainda o contexto de insegurança alimentar no Brasil, com associação entre a pobreza e a fome, o Mapa da Pobreza, em 2017, apontou também que 26,5% da população brasileira estava abaixo da linha da pobreza e, na região Norte, o índice chegou a 45%, conforme a Figura 2 (IBGE, 2018). É necessário ressaltar que em 2014 o Brasil saiu do Mapa da Fome (ONU, 2014).

Figura 2 – Mapa da Pobreza nas regiões do Brasil, 2017



Fonte: IBGE, 2018.

Já em 2018, com os dados mundiais da população vivendo em insegurança alimentar, retratados no Quadro 5, a ONU também reforçou a necessidade de novas atuações para que a população tenha acesso a uma alimentação adequada em relação aos elevados números da prevalência (ONU, 2018).

Insegurança alimentar grave global	10,2% da população
Insegurança alimentar moderada ou severa no mundo	820,8 milhões de pessoas
Insegurança alimentar grave na América Latina	9,8% da população

Fonte: ONU, 2018 (adaptado pela autora da pesquisa).

Bortolini *et al.* (2015) também alertaram sobre a necessidade de minimizar as desigualdades sociais, já que a alimentação das crianças brasileiras em insegurança alimentar grave e em classificação econômica desfavorecida quase não tinha diversidade e era de pouca qualidade.

Da associação de insegurança alimentar *versus* vulnerabilidade *versus* fatores socioeconômicos, para Custódio *et al.* (2011), a construção dos programas de assistência social contou com o envolvimento da Saúde, Agricultura, Assistência Social e Educação, considerando, então, uma grande conquista da SAN os programas governamentais como Restaurantes Populares, Alimentação na Escola, Agricultura Familiar, entre outras estratégias sociais para acesso aos alimentos.

Tendo em vista os fatos apresentados, no que se refere à insegurança alimentar, tudo indica que o sujeito que se encontra em tal situação está em condições limitadas de acesso a alimentos adequados e saudáveis, nutricional e socialmente aceitáveis (LUCAS, 2002).

Conclui-se, portanto, que as construções das políticas do Sistema de Alimentação e Nutrição (SAN) no Brasil, surgiram *a priori* para assegurar a alimentação em “momentos de guerra” na década de 1970, no governo militar. A partir daí, entre idas e vindas, foram inúmeras as tentativas para garantir o acesso aos alimentos principalmente para as populações em vulnerabilidade, ou seja, para a população que atravessa a fome.

2.5 Prática alimentar

O Guia Alimentar para a População Brasileira, de 2014, com a competência em prevenir as doenças crônicas não transmissíveis e as alimentações inadequadas, ressalta a importância de práticas alimentares adequadas e

saudáveis, como uma alimentação baseada em alimentos *in natura*, a exemplo de frutas, legumes e os minimamente processados (carnes frescas embaladas), bem como alerta para a redução do consumo de alimentos processados (açúcares, óleos, sal) e o uso mínimo ou até mesmo a exclusão da dieta de alimentos ultraprocessados (como os refrigerantes). A variedade, a moderação, a porção, o horário e o modo como as refeições são preparadas e servidas são variáveis a serem consideradas para uma alimentação adequada e saudável (BRASIL, 2014a).

Para o bom funcionamento do organismo, a alimentação deve ser adequada e composta de água, carboidratos, proteínas, lipídios, vitaminas, fibras e minerais, devendo ser associada também ao significado social e cultural do alimento. O ato de alimentar-se envolve aspectos culturais, sociais, afetivos e sensoriais, além das necessidades orgânicas. Considerando-se que as práticas alimentares são moldadas na infância e o ato de comer não representa exclusivamente a necessidade de saciar a fome, mas também está relacionado ao desejo e à questão subjetiva do comer envolvendo os apegos culturais, sociais, afetivos, emocionais e comportamentais, o ambiente físico que é “apresentado” à criança no momento da alimentação, o emocional, a quantidade e a qualidade dos alimentos, bem como os aspectos socioculturais podem influenciar de modo essencial na prática alimentar adequada saudável na fase adulta (BRASIL, 2008b).

Vaz e Bennemann (2014) vão ao encontro do que foi dito pelo MS (BRASIL, 2008b) no sentido de que a construção de práticas alimentares adequadas e saudáveis é a associação entre fatores como consumo de alimentos variados e com valor nutricional, ambiente adequado às refeições, situação de vida das famílias, além da percepção dos pais sobre o estado nutricional da criança e condições socioeconômicas e culturais. As experiências pessoais, psicológicas, culturais, sociais, familiares e religiosas dos pais também são retransmitidas para as crianças, que dependem das suas próprias vivências e aprendizados.

A participação dos pais nas práticas alimentares das crianças pode, mesmo que instintivamente, ser influenciada pela cultura, religião, conduta durante as refeições, aversão a alguns alimentos, noção de alimentos adequados e aquisição de alimentos conforme suas experiências.

Nesse mesmo segmento, para Lucas, Feucht e Ogata (2012), a família é como a primeira referência das práticas alimentares, e ressaltam que os motivos que induzem à má ingestão de alimentos são as refeições familiares menos frequentes, o

ambiente familiar, as tendências sociais, os meios de comunicação, as influências dos colegas, as doenças que limitam a ingestão de alimentos e a diminuição da absorção dos nutrientes. Destacando-se como tendência social, as mães precisam trabalhar para complementar a renda familiar e, possivelmente, deixam seus filhos em creches onde fazem uma ou mais refeições, diminuindo, assim, o número de refeições familiares. Essas tendências, provavelmente, são fatores que, associados, estão contribuindo para a transição nutricional marcada pelas alimentações inadequadas.

Em outro estudo, Chuproski *et al.* (2012) foram em busca de entender o cotidiano das práticas alimentares das famílias de crianças desnutridas, menores de dois anos, na periferia de Guarapuava, PR, em 2008, e, por meio da análise dos discursos, chegaram a algumas conclusões. Pode-se ressaltar, por exemplo, que as famílias não se reuniam para as refeições; que as frutas e hortaliças eram alimentos pouco ofertados, tidos como não sustentáveis, e que os carboidratos eram os alimentos mais oferecidos e consumidos, sendo os multiprocessados usados com frequência; que os avôs aparecem como influenciadores de práticas alimentares; e que os ambientes nas refeições eram inadequados. Evidenciaram também uma diferença entre a refeição da criança e a da família, bem como uma associação positiva dos programas de saúde e dos equipamentos sociais a que se tem acesso. Ilustraram, ainda, que a quantidade e a qualidade dos alimentos estão diretamente associadas à situação social, comprometendo o estado nutricional das crianças. Tais resultados reforçam a ideia de que conhecer as práticas alimentares e a situação social dos infantes pode auxiliar e aprimorar as intervenções das políticas públicas, promovendo práticas alimentares saudáveis e socialmente aceitas.

Ademais, para a Coordenadoria de Agronegócios (Codeagro) (SÃO PAULO, 2010b) e para Kassaoba e Raimundo (2017), as práticas alimentares adquiridas na infância podem se estender para a vida adulta. Assim, ações e intervenções educativas para promoção da saúde nas escolas podem ter resultados positivos.

2.6 Alimentação na creche

Considerando que muitas creches públicas são fundadas em regiões onde os problemas da subnutrição e da fome estão presentes, deve-se assim oferecer um suporte nutricional, proporcionando melhoras na saúde das crianças na prevenção

de doenças (ALDERETE; DOUEK, 2010).

Para tanto, o fornecimento de uma alimentação equilibrada para os alunos da rede pública, que atenda às necessidades nutricionais com alimentos variados, seguros e que respeitem a cultura e os hábitos alimentares, é uma importante ferramenta para a promoção de educação alimentar e nutricional de crianças na creche. Para isso, durante as refeições, os micronutrientes prioritários, as vitaminas A e C, magnésio, ferro, zinco e cálcio devem ser considerados. Já enlatados, embutidos, preparações industrializadas prontas ou semiprontas, bem como alimentos ricos em açúcar, concentrados em pó ou desidratados devem ser evitados (BRASIL, 2009b).

Batista e Romani (2002) observaram que as creches poderiam promover a melhoria das condições de saúde e nutrição das crianças em áreas pobres com a associação positiva no seu estado nutricional. No mesmo sentido, Taddei *et al.* (2002) revelaram uma melhoria do estado nutricional em crianças na creche, com redução média de 7% dos casos em relação ao índice peso para a altura, de aproximadamente 35% em relação ao peso para a idade, e de 15% em relação à altura para a idade. Nesse mesmo período, Fisberg, Bueno e Marchioni (2003) estimaram que 13% das crianças frequentavam creches públicas no Brasil.

Enfim, diante dos dados epidemiológicos apontados, pode-se afirmar que é através das vulnerabilidades que percorrem o Brasil, das alimentações inadequadas, das deficiências de micronutrientes, da desnutrição e da obesidade, dos direitos constitucionais à alimentação adequada e saudável, dos aspectos socioculturais e econômicos que as práticas alimentares são moldadas na infância. Nesse sentido, o Programa de Merenda Escolar no Brasil de 1954, remodelado em 1995 como o Programa Nacional de Alimentação nas Escolas (PNAE), tem como objetivo melhorar as condições nutricionais e os hábitos alimentares dos alunos da rede pública (MENEZES, 2001). Em 2013, o Governo Federal, tentando minimizar o referido caos das práticas alimentares, reestruturou o PNAE com novas diretrizes através da Resolução n.º 26, de 17 de junho de 2013, entre elas, a oferta de alimentação adequada e saudável para todos os alunos das escolas públicas, a providência de que a educação alimentar e nutricional passasse a fazer parte do processo de ensino, e a universalização na distribuição das refeições com a participação da comunidade, apoiando o desenvolvimento sustentável e garantindo a segurança alimentar e nutricional dos alunos (BRASIL, 2013).

Observa-se que a alimentação das crianças brasileiras, apesar de ser baseada predominantemente no consumo de alimentos tradicionais, como arroz, feijão e carne, apresenta baixas quantidades de frutas, legumes e verduras, o que pode levar à deficiência de vitaminas e minerais, e traz um grande consumo de alimentos ultraprocessados, ricos em sódio e açúcar, como refrigerantes, doces, biscoitos recheados, salgadinhos de pacote, enlatados, alimentos prontos ou semiprontos e *fastfood*. No entanto, as ações de intervenções educativas voltadas à promoção da saúde, tanto física como emocional e social, têm demonstrado resultados positivos (SÃO PAULO, 2017).

Na busca exaustiva de combate à fome e às alimentações inadequadas, em 2003, mesmo antes da reestruturação de novas diretrizes do PNAE de 2013, a Resolução do Fundo Nacional do Desenvolvimento da Educação/Conselho Deliberativo (FNDE/CD) n.º 15, de 16 de junho de 2003, já estabeleceu que o cardápio dos escolares da rede pública seja baseado no PNAE e deva atender no mínimo 15% das necessidades energéticas diárias de cada refeição, incluindo frutas e hortaliças no mínimo três vezes na semana (BRASIL, 2003b).

Desse modo, as políticas sociais estão ativas e se remodelando, sendo de responsabilidade do IBGE certificar a eficácia e quantificar as áreas de abrangência dos projetos sociais.

3 MÉTODO

3.1 Abordagem metodológica

Para compreensão das práticas alimentares das famílias das crianças obesas e desnutridas em situação de vulnerabilidade social e insegurança alimentar, foi aplicada, neste estudo, uma metodologia de abordagem qualitativa com entrevista semiestruturada.

O estudo qualitativo é um estudo científico fundamentado no ponto de vista pessoal, subjetivo, porém condicionado pelos sentimentos do “sujeito” conforme suas crenças e conhecimentos (CROTTY, 1998). De acordo com Strauss e Corbin (2008), a pesquisa qualitativa produz resultados pela interpretação, e até podem coexistir dados quantitativos com o objetivo de descobrir os conceitos relacionando-os com os objetos.

A técnica de coleta dos dados empíricos utilizada realizou-se por meio de entrevista semiestruturada guiada por um roteiro, com perguntas dirigidas aos pais ou responsáveis de crianças obesas e desnutridas a respeito das práticas alimentares.

A entrevista semiestruturada é a combinação de perguntas abertas e fechadas conduzidas por um roteiro, com o intuito de investigar o objeto de interesse através de relatos espontâneos, ainda que possam abstrair fatos relevantes e não hipotéticos, e que devem ser levados para a investigação e para a discussão final do estudo (SOUZA; MATOS, 2004).

Também para Minayo (2015), a entrevista semiestruturada na abordagem qualitativa constrói subsídios sobre o objeto da pesquisa, sendo uma “conversa a dois” que obtém do entrevistado relatos ajustados às hipóteses e aos objetivos do estudo. As entrevistas precisam ser mediadas por um roteiro com perguntas principais, acrescentando-se no decorrer do diálogo outras perguntas inerentes naquele momento.

3.2 Local do estudo

Este estudo foi realizado no município do Guarujá, SP, cidade litorânea da Região Metropolitana da Baixada Santista, em uma creche conveniada entre a Prefeitura Municipal do Guarujá e a Associação Lar Espírita Cristão Elizabeth, localizada na Vila Baiana, Praia da Enseada, região de alta vulnerabilidade social e insegurança alimentar.

A Praia da Enseada é conhecida pelas suas belezas naturais, conforme a Figura 3, com uma extensão de 5,5 quilômetros de praia de areia branca e fina e mar com ondas médias. Dentre seus aspectos sociais, detém um misto de moradias legalizadas de médio e alto padrão e ocupações inadequadas com favelas na encosta sobre a vegetação, possuindo, portanto, diferenças sociais significativas. Essas características geram condições propícias para o desenvolvimento dos bolsões de pobreza, segundo o Instituto de Segurança Socioambiental (ISSA) (ISSA, 2014).



Fonte: TripAdvisor, 2020.

A Vila Baiana é um bairro localizado nas proximidades da Praia da Enseada e apresenta precariedades de aglomerados subnormais, como é possível verificar na Figura 4, dispendo de 994 moradias subnormais em condições de vulnerabilidade social e insegurança alimentar, de acordo com a Secretaria Municipal de Desenvolvimento e Assistência Social do Guarujá, em pesquisa sobre perfil socioeconômico dos usuários do restaurante popular da Vila Baiana (GUARUJÁ, 2017).

Figura 4 – Foto da Vila Baiana na Praia da Enseada na cidade do Guarujá/SP



Fonte: Guarujá, 2016.

Salienta-se na Constituição que a educação infantil é dever do Estado e, para tentar assegurar esse dever, a Vila Baiana contou com a expansão da rede pública de ensino para atender crianças de zero a seis anos de idade, instituindo-se o Núcleo de Educação Infantil Conveniado (Neic), por meio de convênio entre a Prefeitura/Secretaria Municipal de Educação e instituições privadas, sem fins lucrativos, comunitárias, filantrópicas e confessionais. Os Neics atendem, em geral, crianças de populações pobres e em vulnerabilidades (BRASIL, 2008a).

A creche da presente pesquisa assiste crianças em provável insegurança alimentar e nutricional e vulnerabilidade social, pois são moradoras de regiões que

podem apresentar possíveis violências, roubos, furtos, estupros e, até mesmo, violência doméstica e infantil.

Tentando minimizar as causas das desigualdades sociais existentes nessa comunidade, a Associação Lar Espírita Cristão Elizabeth, com sede na Vila Baiana, além da assistência à creche, presta mais de 8 mil atendimentos assistenciais por mês, distribuídos nos seguintes projetos: restaurante tipo popular; Núcleo de Apoio Psicossocial; centro cultural (dança, jiu-jítsu, música, reforço escolar); programa para gestantes; curso de informática; curso para operadores de caixa; curso para padeiros; atendimento diário à população em situação de rua com banhos, cortes de cabelo, chás da tarde, sopas e demais serviços; distribuição de cestas básicas semanais para a população mais necessitada; e uma parceria com o Pronto Atendimento de Saúde local, com laboratório para coleta de exames de menor complexidade, disponibilizando as dependências para atendimento, entre outros.

Os cadastros para matrícula das crianças na creche são de responsabilidade da prefeitura, inserindo crianças em situação de vulnerabilidade social e insegurança alimentar da Vila Baiana e bairros adjacentes: Cantagalo, Jardim Três Marias, Jardim Praiano, Jardim São Miguel, Cidade Atlântica e Vila Júlia.

3.3 Participantes do estudo

Os dados da pesquisa foram coletados entre janeiro e agosto de 2019. Nesse período, o local do estudo tinha 180 crianças matriculadas, de 9 meses a 3 anos e 11 meses de idade, das quais 100 já estavam matriculadas em anos anteriores e 80 foram matriculadas no ano de 2019.

Diante das dificuldades econômicas, das condições precárias de moradia, das dificuldades de acesso aos serviços de saúde, do baixo nível de escolaridade, da baixa renda *per capita*, da alta taxa de desemprego, da raça e cor, da religião, dos mitos, enfim, das vulnerabilidades individual, social e programática de cada família, foram convidados a participarem deste estudo os pais (mãe e/ou pai e, na ausência destes, o responsável direto) das crianças de 9 meses a 3 anos e 11 meses de idade, matriculadas no local do estudo no ano de 2019, avaliadas com obesidade e desnutrição, para uma melhor compreensão das práticas alimentares das famílias de crianças obesas e desnutridas, na perspectiva dos pais.

Os representantes das crianças que assinaram o Termo de Consentimento

Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) para mensurar as medidas das crianças foram os pais e as mães, no entanto, somente as mães participaram das entrevistas semiestruturadas.

3.4 Etapas da pesquisa e entrevista semiestruturada

Para alcançar a população de estudo (responsáveis de crianças obesas e desnutridas), inicialmente, foi avaliado o estado nutricional de todas as crianças de ambos os sexos, de 9 meses a 3 anos e 11 meses de idade, rematriculadas (admitidas na creche em anos anteriores) e matriculadas (que entraram na creche nesse mesmo ano) no local do estudo no ano letivo de 2019, e identificadas as crianças com desnutrição e obesidade.

Sendo assim, para identificarmos as crianças obesas e as desnutridas ou com riscos de desnutrição e obesidade, foi utilizada a antropometria, sugerida por Martins e Cardoso (2000). Nesse mesmo entendimento, para Kamimura *et al.* (2002), a avaliação nutricional distingue os distúrbios nutricionais norteando as intervenções. Tanto para Martins e Cardoso (2000) quanto para Kamimura *et al.* (2002), a antropometria, a composição corporal, os parâmetros bioquímicos, o consumo alimentar, os exames físicos e a avaliação global subjetiva são métodos de avaliação nutricional para pacientes hospitalares e, para avaliação nutricional populacional, os dados antropométricos são os mais indicados.

Para a classificação do estado nutricional, os dados antropométricos peso e altura foram mensurados sempre pelo mesmo profissional de saúde graduado em nutrição e devidamente treinado para a fidedignidade das medidas. Os dados antropométricos foram medidos segundo as orientações do MS (BRASIL, 2011b).

As medidas de peso e altura foram realizadas na escola com a presença do responsável pela instituição e foram coletadas apenas nas crianças cujos pais autorizaram previamente as aferições por escrito, após leitura, esclarecimento, aceitação voluntária para a criança participar dessa etapa do estudo e assinatura do TCLE.

No percurso para a coleta dos dados antropométricos, esclarecemos para as crianças como elas seriam pesadas e medidas, através de “teatro infantil”, representando com um boneco o que seria feito com elas e adotando uma linguagem apropriada para a idade. A verificação do seu aceite foi registrado no

Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) (APÊNDICE B).Esse aceite foi acatado pelas crianças verbalmente ou em forma de gestos positivos.

A mensuração do peso das crianças acima de dois anos de idade foi realizada em balança eletrônica (digital) de plataforma, com certificado do Instituto de Pesos e Medidas (Ipem) e do Instituto Nacional de Metrologia (Inmetro). Nesse procedimento, a criança encontrava-se descalça, em traje íntimo e, com a balança já ligada e no ponto zero, era posicionada no centro do aparelho, ereta, com os pés juntos e os braços estendidos ao longo do corpo, sendo realizada a leitura assim que o valor se fixava no visor.

Para a aferição do comprimento das crianças acima de dois anos de idade, foi utilizado o antropômetro vertical. A criança descalça e sem adereços na cabeça, era posicionada no centro do equipamento, ereta, com os braços esticados ao longo do corpo, a cabeça erguida olhando para um ponto na altura dos olhos, as pernas paralelas e os pés formando um ângulo reto com as pernas; os calcanhares, as panturrilhas, os glúteos, as escápulas e a parte superior da cabeça estavam encostados na parede, ou pelo menos três dessas partes do corpo. Abaixava-se, então, a parte móvel do equipamento até a altura da cabeça e era realizada a leitura da altura.

Para crianças menores de dois anos, a mensuração do peso foi feita em balança pediátrica eletrônica com certificado do Ipem e do Inmetro, posicionando-se a criança, em traje íntimo, sentada no centro da superfície de pesagem, com a balança já ligada e no ponto zero, realizando-se a leitura assim que o valor se fixava no visor.

Para aferir o comprimento das crianças abaixo de dois anos, foi usado o antropômetro infantil, que é horizontal, e sem os sapatos e os enfeites no cabelo, foram posicionadas com a cabeça encostada firmemente contra a parte fixa do equipamento, o pescoço ereto e o queixo afastado do peito, os ombros, as nádegas e os calcanhares totalmente encostados na superfície, os braços estendidos ao longo do corpo, pressionando-se os joelhos para ficarem estendidos, juntando-se os pés em ângulo reto com as pernas e encostando-se a parte móvel do equipamento até as plantas dos pés para, então, realizar-se a leitura (BRASIL, 2011b).

Em crianças, o Índice de Massa Corporal (IMC) varia com o crescimento e associa-se à adiposidade. A variação da corpulência durante o crescimento existe

em razão da interferência do sexo e da idade (ABESO, 2016).

Os dados de peso e estatura foram usados para calcular o IMC-para-idade, que é a relação entre o peso da criança sobre o quadrado da estatura, utilizando-se a seguinte fórmula: $IMC = \text{Peso (kg)} / \text{Estatura}^2 \text{ (m)}$. O IMC em crianças pode ser expresso em percentil ou z-escore conforme as curvas da OMS, considerados neste estudo (OMS, 2006) (ANEXOB).

As medidas das crianças foram contrastadas com a curva de crescimento estabelecida no estudo desenvolvido pela World Health Organization – Organização Mundial da Saúde – intitulado *Multicentre Growth Reference Study*¹⁶ (WHO, 2004), com o objetivo de diagnosticar problemas no padrão de crescimento das crianças.

Para o cálculo do IMC-para-idade de cada criança, os dados de peso e altura foram calculados e analisados tendo como referência as recomendações da OMS para a avaliação nutricional infantil em populações e os parâmetros de desnutrição e obesidade conforme o Quadro 6.

Quadro 6– Pontos de corte de IMC-para-idade para crianças menores de cinco anos

VALORES CRÍTICOS		DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
< Percentil 0,1	<Escore-z -3	Magreza acentuada*
≥ Percentil 0,1 e < Percentil 3	≥ Escore-z -3 e ≤ Escore-z -2	Magreza*
> Percentil 3 e ≤ Percentil 85	≥ Escore-z -2 e ≤ Escore-z +1	Eutrofia
> Percentil 85 e ≤ Percentil 97	> Escore-z +1 e ≤ Escore-z +2	Risco de sobrepeso
> Percentil 97 e ≤ Percentil 99,9	>Escore-z +2 e ≤ Escore-z +3	Sobrepeso
> Percentil 99,9	>Escore-z +3	Obesidade

*A desnutrição infantil na criança menor de cinco anos é caracterizada pela magreza ou magreza acentuada. Fonte: OMS, 2006.

Esses índices são calculados por meio da comparação da idade e do IMC da criança com os valores esperados para idade e sexo em uma distribuição de

¹⁶Estudo Multicêntrico de Referência do Crescimento (OMS, 2004).

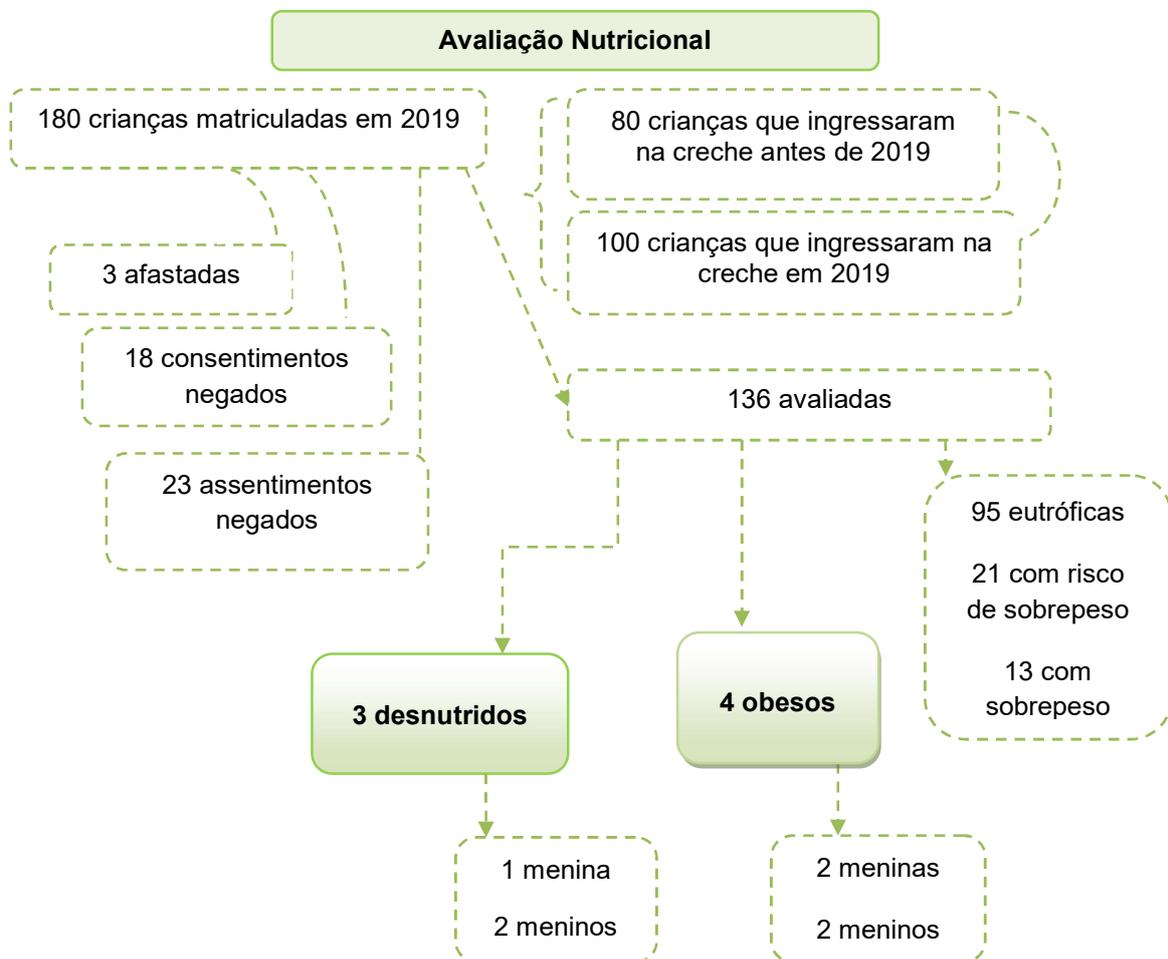
referência constituída a partir de crianças que desfrutam de ótimas condições de alimentação e saúde (ABESO, 2016).

Dos 180 alunos matriculados na creche onde se deu este estudo, 3 estavam afastados por mais de 60 dias, 18 tiveram os termos de consentimento negados pelos pais ou responsáveis e 23 não consentiram para realização das medidas antropométricas, ou seja, no momento da mensuração do peso e da altura, demonstraram estranheza e expressão verbal e/ou gestual de recusa e, assim, os assentimentos foram considerados negados. Então, o total de crianças submetidas à avaliação nutricional foi de 136, no período de fevereiro a maio de 2019.

O diagnóstico nutricional dos 136 alunos avaliados resultou em: 95 crianças eutróficas, 21 com risco de sobrepeso, 13 com sobrepeso, além de serem detectadas também 3 crianças com desnutrição e 4 com obesidade, as quais, assim sendo, foram selecionadas para andamento do estudo de compreensão das práticas alimentares das famílias de crianças obesas e desnutridas em vulnerabilidade social.

A partir da avaliação antropométrica, foram identificadas, portanto, as crianças com magreza, magreza extrema e obesidade, para eleição das famílias a serem convidadas para fazer parte do estudo. Essas famílias não foram informadas do resultado da avaliação nutricional das crianças antes das entrevistas, para que os relatos não fossem induzidos. Obedecendo-se as normas éticas e morais, ao término de todas as entrevistas, na primeira semana de setembro de 2019, na saída ou na entrada da criança na creche, as famílias das crianças avaliadas foram informadas individualmente sobre o real estado nutricional delas, inclusive daquelas com eutrofia. Àquelas com desnutrição ou obesidade foi dedicada maior atenção, e as famílias foram orientadas acerca dos danos que a obesidade ou desnutrição podem provocar na saúde, de modo que essa orientação possa contribuir para um possível tratamento e uma recuperação do estado nutricional adequado para a idade daquelas crianças. No Fluxograma 1, podemos acompanhar o itinerário percorrido neste estudo para obtenção dos resultados das avaliações nutricionais das crianças.

Fluxograma 1 – Itinerário percorrido das avaliações nutricionais das crianças



Fonte: Elaborado pela autora da pesquisa.

3.4.1 A entrevista

Para a compreensão das práticas alimentares, da influência da alimentação da creche no estado nutricional e da influência dos fatores socioeconômico e cultural na percepção dos pais das crianças classificadas com obesidade e magreza, aplicaram-se as entrevistas semiestruturadas com os responsáveis dessas crianças.

Assim sendo, a princípio seriam excluídas do estudo as famílias das crianças com desnutrição ou obesidade secundária a alguma doença de base pré-existente, informação obtida em uma conversa prévia com o responsável da criança no momento do convite para participar da entrevista. Seriam também excluídas as famílias das crianças que não estavam em condições de vulnerabilidade social pelo Código de Endereço Postal (CEP).

Neste estudo, porém, nenhuma família foi excluída. As sete famílias(os pais, as mães ou os responsáveis) foram convidadas a participar das entrevistas, pela diretora da creche e pela nutricionista responsável pela pesquisa, em uma reunião de pais em maio de 2019. O convite foi feito verbalmente e com explicação minuciosa dos objetivos da pesquisa, deixando a critério dos responsáveis a escolha de data e horário para a entrevista, ajustando-se a disponibilidade do entrevistador.

Para o local da entrevista, foram-lhes dadas as alternativas de o encontro ser realizado na creche ou em outro local por eles escolhido dentro do complexo da Associação Lar Espírita Cristão Elizabeth, garantindo privacidade e viabilidade. Não foi dada a opção dos domicílios dos participantes por se tratarem de endereços localizados em áreas de possíveis atos violentos e, para se deslocar até o local, seria prudente a entrevistadora estar acompanhada, o que, por sua vez, poderia inibir os participantes e, então, interferir nos resultados.

Assim, as entrevistas foram realizadas em uma sala na creche, com início em maio de 2019 e término em agosto de 2019, com um total de seis participantes, em consequência do não comparecimento de uma das famílias na entrevista, apesar de tentativas de agendamento por várias vezes.

As participantes foram identificadas pela letra P, seguidas pela numeração arábica crescente (P1, P2, P3, P4, P5 e P6), de maneira adequada e rigorosa, possibilitando que o material coletado fosse abundante de elementos para organizar o material empírico e garantindo o preceito ético de anonimato.

As entrevistas começaram assim que os responsáveis leram, esclareceram quaisquer dúvidas e deram o aceite no TCLE (APÊNDICE C). As entrevistas foram gravadas mediante autorização do participante e guiadas por um roteiro desenvolvido pela autora da pesquisa (APÊNDICE D).

Ao elaborar o roteiro da entrevista semiestruturada, as perguntas abertas foram sistematizadas de modo que as respostas pudessem dialogar com as hipóteses e com os objetivos do estudo, conforme ilustra Bardin (2011). Desta

maneira, seguindo o propósito de Samico *et al.* (2010), o roteiro começou com um questionamento a partir do qual o entrevistado pudesse reproduzir relatos importantes para a pesquisa. Esse roteiro serviu para orientar o entrevistador na coleta de informações primárias e na interação entrevistado e entrevistador.

Nesse mesmo sentido, Manzini (2004) concluiu que as entrevistas devem ser utilizadas quando o objetivo do estudo é investigar dados sobre o ponto de vista, o sentimento e o pensamento do entrevistado, e complementou que, na elaboração do roteiro, deve-se reduzir o uso de linguagens pouco conhecidas e o uso de perguntas que possam provocar respostas com vários propósitos, bem como o uso de perguntas que permitam manipular respostas ou causar impacto emocional.

Antes de aplicar as entrevistas semiestruturadas para as participantes do estudo, procedeu-se de acordo com o que Manzini (2012) nos alerta, quanto à necessidade de se realizar uma entrevista-piloto análoga a do estudo com um participante, para verificar se o roteiro está adequado, se foi possível abstrair respostas que possam contribuir para as análises e, se necessário, realizar possíveis alterações no roteiro antes das entrevistas definitivas com as participantes. Concluiu-se, enfim, que se o pesquisador fizer uso de um roteiro previamente construído, ele estará mais confiante durante a entrevista.

Neste estudo, a entrevista-piloto semiestruturada foi empregada com o intuito de avaliar se o roteiro elaborado pela autora alcançaria relatos que pudessem contribuir para a análise da pesquisa e responder aos objetivos do estudo. A entrevista-piloto foi aplicada em uma mulher com as condições socioeconômicas e culturais semelhantes às das famílias participantes, porém essa entrevista foi desconsiderada para a análise desta pesquisa.

Assim, encerrada a entrevista-piloto, efetuou-se a transcrição e, em seguida, a leitura flutuante. Durante a leitura da entrevista-piloto, investigou-se a clareza da comunicação da entrevistadora, se as perguntas eram indutivas e se as respostas das questões permitiriam narrativas relacionadas às hipóteses e aos objetivos do estudo. Foi identificada nessa pré-análise a necessidade de reestruturações na postura profissional da entrevistadora de modo a não interferir nas respostas das participantes, garantindo a investigação do material empírico sem perder de vista os objetivos do estudo.

Nas entrevistas semiestruturadas deste estudo, a autora produziu algumas perguntas predeterminadas pelo roteiro e o restante do processo teve flexibilidade, o

que permitiu originalidade nas respostas e produziu significados para o objeto investigado. A entrevistadora deixou o entrevistado expandir suas respostas até que não se conseguisse abstrair mais informações, interferindo o mínimo possível e se empenhando para não induzir as respostas. Não houve padrão para as respostas e foram exploradas, além das informações verbais expressas por uma linguagem coloquial, as informações observadas pelas linguagens corporais em gestos, expressões faciais, posturas, dentre outras, registradas no diário de campo.

Para gravar as entrevistas, que tiveram duração média de 30 minutos, a autora do estudo utilizou gravador digital. Posteriormente às entrevistas, as expressões corporais (gestos, feições, sorrisos, entre outros) observadas no decorrer dos relatos foram registradas no diário de campo.

Para identificar a classificação econômica, o nível de escolaridade e a renda da família, foi aplicado o questionário sugerido pelo Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB), da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (Abep) (ANEXO C).

3.4.2 Percurso analítico

Neste estudo, o percurso analítico adotado foi a *análise de conteúdo*, cujos resultados fundamentaram-se em reflexões, sistematizações e processos organizados por Bardin (2011), exemplificados no Quadro 7. Essa metodologia foi selecionada por propiciar a investigação minuciosa de todas as fases das entrevistas para a interpretação, igualmente considerada parte primordial de uma pesquisa.

Quadro 7 – Análise de conteúdo

Análise de Conteúdo	
Pré-análise	Transcrição das entrevistas
	Leitura flutuante
Exploração do material	Agrupamento das unidades por semelhança
	Agrupamento das categorias

	empíricas
	Categorização dos temas analíticos
Tratamento dos resultados	Textos expressando cada tema analítico
Interpretação e inferência	

Fonte: Bardin, 2011 (adaptado pela autora da pesquisa).

A pré-análise iniciou-se com a transcrição das entrevistas, realizada no mesmo dia pela autora do estudo e em local confortável e livre de ruídos. Na transformação das gravações em texto, as falas foram reproduzidas na íntegra, ou seja, nenhuma palavra foi desprezada. Os áudios das gravações das entrevistas foram ouvidos por várias vezes até se ter a confiança de que nenhum dado deixou de ser anotado, e cada frase foi conferida, cada alteração no tom de voz da participante, cada interrupção, entre outros aspectos.

A leitura flutuante, isto é, as leituras das entrevistas transcritas foram feitas por várias vezes até assegurar-se de que todas as falas, expressões e gestos foram bem absorvidos, para garantir uma interpretação aprofundada.

Considerando-se a magnitude de informações que brotaram nas falas das participantes durante o processo da leitura flutuante, ao explorar o material das práticas alimentares das famílias das crianças classificadas com obesidade e desnutrição sob a percepção do responsável sobre o real estado nutricional da criança e o conhecimento sobre as ações de segurança alimentar que a creche oferece para os seus filhos, as frases ou palavras das participantes foram recortadas e registradas ordenadamente de acordo com semelhanças, junto com as anotações do diário de campo, que auxiliaram no desenho das categorias empíricas.

As unidades de registro foram catalogadas entre si, constituindo-se nas categorias empíricas, as quais foram analisadas minuciosamente, dialogando com as práticas alimentares, com a percepção do responsável em relação ao estado nutricional da criança, com os seus conhecimentos e crenças, com a percepção dos responsáveis em relação à alimentação da creche e, por fim, com as mudanças (ou não) nas práticas alimentares e no estado nutricional das crianças após o ingresso na creche. As categorias empíricas foram agrupadas construindo-se as categorias

analíticas para a interpretação.

A autora da pesquisa foi a responsável por todas as fases do estudo, desde a escolha do local até as considerações, e definiu os objetivos, escolheu os métodos, mensurou os dados antropométricos peso e altura das crianças, realizou a avaliação nutricional, elaborou o roteiro para as entrevistas, foi a entrevistadora, registrou as respostas, transcreveu as entrevistas, arquivou, interpretou e assinou o texto final.

3.5 Considerações éticas

O estudo foi realizado após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Santos (Unisantos), sob n.º 3.024.603 (ANEXOD) e anuência da instituição estudada (ANEXO E).

Foram garantidos total anonimato e confidencialidade aos participantes da pesquisa. A participação neste estudo foi voluntária e as informações obtidas são confidenciais, e em momento algum os nomes dos participantes serão associados ao estudo. O resultado desta pesquisa, quando divulgado, garantirá o total anonimato e a confidencialidade dos participantes. Os pesquisadores comprometeram-se a utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa e a obedecer fielmente a Resolução n.º 466/2012 (BRASIL, 2012a), a Resolução n.º 510/2016 (BRASIL, 2016a) e a Resolução n.º 580/2018 (BRASIL, 2018b) do Conselho Nacional de Saúde.

Para a avaliação nutricional das crianças de 9 meses a 3 anos e 11 meses, a medição dos dados antropométricos, peso e altura, e o cálculo do IMC foram esclarecidos aos pais e responsáveis de todas as crianças, assim como realizada a assinatura no TCLE (APÊNDICE A) após leitura, esclarecimento, verificação da compreensão, aceitação voluntária do filho em participar do estudo e aceite no termo.

As crianças com menos de sete anos de idade ficaram isentas em assinarem o TALE (APÊNDICE B), porém foi realizada a explicação dos procedimentos que as envolveriam com linguagem apropriada à criança e a verificação do aceite foi verbal ou com gestos. Garantiu-se, assim, o assentimento das crianças, mas apenas para aquelas que tiveram o consentimento do responsável para participar do estudo.

Para a pesquisa com entrevista semiestruturada, os responsáveis das crianças identificadas como obesas e desnutridas assinaram outro TCLE

(APÊNDICE C) após leitura, esclarecimento, verificação da compreensão e aceitação voluntária para participar da entrevista do estudo.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Esta pesquisa produziu dados empíricos para reflexões que foram além do que se esperou nos objetivos e nas justificativas, o que vai ao encontro do que diz Minayo (2017), afirmando que o resultado ideal de uma pesquisa qualitativa é aquele que permite reflexões.

Em virtude do que foi encontrado, o Quadro 8 caracteriza as participantes do estudo quanto à estratificação socioeconômica e às características dos participantes da pesquisa e da criança.

Quadro 8 – Caracterização das participantes do estudo

Participante	Idade em anos	Sexo	Parentesco com a criança	Escolaridade	Raça/Cor autorreferida	Classificação econômica	Benefício social	Moram juntos na casa	Sexo da criança	Idade da criança	Avaliação nutricional da criança	Ano da matrícula
P1	36	F	Mãe	F ¹	Negra	C2	Não	3 (pai, mãe e filho)	M	16 Meses	Obeso	2019
P2	38	F	Mãe	F ²	Negra	D-E	Não	3 (pai, mãe e filho)	F	14 Meses	Obeso	2019
P3	24	F	Mãe	F ¹	Negra	D-E	Não	3 (pai, mãe e filha)	F	30 Meses	Obeso	2017
P4	22	F	Mãe	F ¹	Negra	D-E	Bolsa Família	4 (pai, mãe e 2 filhos)	M	44 Meses	Desnutrido	2019
P5	32	F	Mãe	F ¹	Negra	D-E	Não	3 (pai, mãe e filha)	F	33 Meses	Desnutrido	2019
P6	32	F	Mãe	MC	Negra	C1	Não	2 (mãe e filho)	M	30 Meses	Desnutrido	2019

Legenda: F – Feminino; F¹ – Ensino Fundamental 1 incompleto; F² – Ensino Fundamental 2 incompleto; MC – Ensino Médio completo; M – Masculino.

Fonte: Elaborado pela autora da pesquisa.

Quatro famílias eram constituídas de pai, mãe e um filho, uma de pai, mãe e

dois filhos e uma apenas por mãe e um filho. A faixa etária das participantes era de 22 a 38 anos. Em relação à classe econômica, quatro eram da classe D – E e duas da classe C, e somente uma recebia Bolsa Família, indicando que possivelmente estava em estado de carência de recursos econômicos para atender suas necessidades básicas de alimentação, saúde, educação e moradia.

Neste estudo, duas das participantes tinham trabalho informal, uma trabalhava à noite e outra em faxina. Apesar de todas as participantes serem alfabetizadas, a maioria tinha o ensino fundamental incompleto, refletindo a relação entre a classe social e a escolaridade, ou seja, baixa renda e baixa escolaridade.

Todas as participantes das entrevistas foram as mães, apesar de alguns consentimentos terem sido autorizados pelos pais. Nesse contexto, evidenciamos ainda o pai como responsável pelas tomadas de decisões, indicando possivelmente que as relações de gênero patriarcais ainda existem. Percebe-se com isso um possível distanciamento da figura paterna nas condutas da vida escolar e nas práticas alimentares dessas crianças, destacando-se somente a mãe como protagonista. A figura paterna aparece nos relatos das participantes na justificativa de que os pais não participam da refeição junto à família e tampouco das entrevistas porque estão trabalhando ou a procura de trabalho.

A importância da presença paterna na vida dos filhos não significa somente convivência. Neste estudo, a ausência paterna nas entrevistas se deve provavelmente ao fator econômico. O pai em busca da subsistência não tinha horário porque estava trabalhando, quando tinha emprego, e, se não tinha, era porque o estava procurando, conforme foi revelado nos relatos das mães. Será que isso pode ser atribuído às relações de gênero? Apesar de o estudo não focar nesse objetivo, evidenciou permanências de uma sociedade supostamente patriarcal, com o homem no ambiente externo e responsável por algumas tomadas de decisões envolvendo a família; porém, observou-se também a coexistência de um empoderamento na vida da mulher, que desempenha papel principal na vivência escolar e na alimentação dos filhos.

Quanto à classificação da cor/raça extraída das entrevistas, todas as mães se autorrelataram negras. No entanto, foi percebido pela autora da pesquisa que algumas delas poderiam ser classificadas com a cor parda ou até mesmo branca. Talvez isso possa ser atribuído aos movimentos sociais negros que muito têm discutido as vulnerabilidades que atingem essa população em quadro de pobreza,

pondo em questão as dificuldades de acesso às políticas públicas, as situações de exclusão, entre outros desafios enfrentados por essas pessoas (MADEIRA; GOMES, 2018). Fica a impressão da autora da pesquisa neste estudo que se reconhecer negra possa justificar o viver e o conviver nesse cenário com tantas vulnerabilidades.

Uma das crianças participantes do estudo, avaliada com obesidade, participou da entrevista por imposição da mãe (P3), mesmo que para isso tivesse de faltar às atividades da creche. Percebeu-se a falta de comprometimento da mãe para com as atividades de sua filha, quando a diretora da escola, antes da entrevista, convidou-a a participar da rotina da creche e a P3, de imediato, não autorizou. Dessa participante conseguimos observar “gestos de franzidos na sobrancelha, nos lábios e nas mãos” (segundo as anotações feitas no diário de campo em 25 de maio de 2019), constatando inquietação e sinais de irritabilidade. Convém lembrar que a presença da filha poderia dar segurança à mãe, uma vez que a criança aparentava ter personalidade forte.

Em vista das expressões não verbais observadas em quatro das seis participantes (P1, P2, P4 e P6) anotadas no diário de campo, foram analisados olhares entristecidos e distantes, cabisbaixos e, em alguns momentos, pareciam lembrar-se de fatos que não gostariam de relatar e, com simplicidade, tentavam de alguma forma ser úteis em participar da entrevista, ou seja, fazer-se importantes. Nesse contexto, uma das questões prioritárias – a exclusão –, é percebida em suas feições diante dos direitos humanos violados, o que demonstra que a vulnerabilidade social está associada a uma história de perdas, claramente presente em suas diferentes formas de injustiça social, tal como a pobreza, tirando-lhes a dignidade. Esse cenário nos faz refletir incertezas se as ações públicas precisam ser reestruturadas ou se precisam ser cumpridas. Quando as confrontamos com a existência da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), reestruturada em 2014, e analisamos os princípios e objetivos desta, citados a seguir, podemos concluir que o marco teórico já existe, resta pô-lo em prática.

Art. 4.º A PNPS adota como princípios:

[...]

IV– O empoderamento, que se refere ao processo de intervenção que estimula os sujeitos e coletivos a adquirirem o controle das decisões e das escolhas de modos de vida adequado às suas condições sócio-econômico-culturais.

[...]

Art. 7º São objetivos específicos da PNPS:

[...]

II– Contribuir para a adoção de práticas sociais e de saúde centradas na equidade, na participação e no controle social, visando reduzir as desigualdades sistemáticas, injustas e evitáveis, com respeito às diferenças de classe social, de gênero, de orientação sexual e identidade de gênero, entre gerações, étnico-raciais, culturais, territoriais e relacionadas às pessoas com deficiências e necessidades especiais (BRASIL, 2014c).

Para delinear os eixos temáticos deste estudo, da análise das entrevistas, das anotações no diário de campo e das expressões gestuais, as unidades de registros foram agrupadas em semelhança, facilitando a construção das três categorias analíticas, conforme Quadro 9.

Quadro 9 – Categorias empíricas e analíticas do estudo

Categorias empíricas	Categorias analíticas
As famílias não possuem local adequado para armazenar os alimentos e para fazerem as refeições.	Concepções e práticas que envolvem a nutrição da criança
As aquisições dos alimentos estão condicionadas à situação socioeconômica, aos aspectos culturais e aos produtos recebidos de doação.	
As mães é que compram a comida, preparam e alimentam seus filhos.	
A quantidade de ingestão de alimentos realizada pela criança não condiz com a expectativa das mães.	
As participantes têm pouco conhecimento da importância da ingestão de alimento adequado.	
A creche oferta alimentos que a família não oferta.	Percepções das mães acerca da alimentação da creche
A creche serve cinco refeições ao dia, oferta frutas todos os dias e inseriu o uso de talheres.	

A creche realiza educação nutricional na práticas sobre a importância dos alimentos adequados.	
As mães não reconhecem o real estado nutricional e a real imagem corporal de seus filhos.	Percepção das mães em relação ao corpo do filho
As mães não reconhecem os danos que a obesidade e a desnutrição podem causar.	

Fonte: Elaborado pela autora da pesquisa.

4.1 Concepções e práticas que envolvem a nutrição da criança

Nesta categoria analítica, as participantes do estudo revelaram que o alimento é uma forma de prazer, além de ser um momento de reunião familiar. Eram as mães que preparavam e serviam as refeições. No entanto, a alimentação como um ato de promoção da coesão social não foi consciente para essas mães e, talvez, seja por isso que não foi observado no grupo pesquisado, exceto, justamente, na família da P4, que relatou que não tinha mesa – um equipamento que se mostra culturalmente adequado para as refeições. Nessa família, mesmo que sentados no chão, um de frente para o outro, as refeições geravam um momento de prazer. Esse dado ilustra que não existe local adequado para reunião em família e que a interação familiar pode se manifestar de diversos modos e em diferentes locais, desde que possam proporcionar momento de satisfação. É o que podemos observar no relato a seguir:

[...] a gente comi junto, só que aquele porém, né! Eu tô sem mesa, então eu sento eles no sofá e a gente de frente pra eles no chão, aí a gente fala de coisa [...] (P4).

Em analogia, a maioria das famílias que tinha a mesa para os momentos das refeições preferiam fazê-las jogando ao celular, com a televisão ligada, usando o computador, entre outros, ou seja, não apresentavam essa aproximação no momento das refeições. A tecnologia avançada invade o espaço familiar, o qual, sem ela, provavelmente incitaria práticas alimentares mais adequadas e saudáveis, além de promover a interação entre os membros da família.

Melo *et al.* (2017) retratam que as crianças obesas fazem as refeições assistindo à televisão, entendendo que o ambiente familiar, além de promover práticas alimentares, pode favorecer o excesso de peso nas crianças não só pelo

que comem, mas também como comem. Junto a isso, aconselha que os pais e/ou os responsáveis das crianças devam aprimorar-se sobre alimentação saudável e estimular as mudanças de hábitos, padrões e comportamentos na família.

Neste estudo foi percebido que o ambiente familiar com o uso da tecnologia durante as refeições pode induzir a alimentações inadequadas tanto para as famílias das crianças obesas quanto para as famílias das crianças desnutridas, conforme se nota nas falas a seguir (extraídas do diário de campo do estudo das crianças da creche do Guarujá em 6 de agosto de 2019): “Nós comemos com a televisão” (P5); “Na hora de come a TV fica ligada, mas é pra ela assistir desenho dela, pra ela distrair” (P2); “Ela vê TV o dia inteiro, até na hora de cume” (P3);

As veis ele demora muito pra cume, eu durmo quele nu sufá [risos] e sabe purquê? Purquê que ele demora, ce sabe? Porque ele fica assitinu os desenho na televisão dele e fica enrolando pra cume (P6).

Levando em consideração que duas dessas famílias, P5 e P6, aparentemente eram mais humildes em função das condições de pobreza, a maioria de suas refeições (os alimentos) precedia de doações.

Uma dessas famílias, a P4, recebia o Programa de Transferência de Renda Bolsa Família como única fonte de renda. O valor recebido era de R\$ 164,00 quando da entrevista, sem perspectiva de aumento conforme a legislação vigente, e o valor dos gastos com a cesta básica em agosto de 2019 (data das entrevistas) na cidade de São Paulo foi de R\$481,44 (DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS DA ECONOMIA – DIEESE, 2019). Esse dado aponta que o auxílio Bolsa Família, programa de transferência de renda que visa “Fome Zero”, contribui na renda, mas provavelmente seja insuficiente para suprir as necessidades básicas e reduzir a situação de pobreza. Há de se considerar que vários fatores estão associados e são necessários para a proteção social, relacionando-se ao abastecimento de alimentos para melhorar a dieta dessa população.

A situação de vulnerabilidade dessas famílias não se manifesta só pela carência de alimentos, mas pela precariedade das condições dos eletrodomésticos, utensílios, móveis e de moradia. Ilustra-se isso através das falas sobre a falta desses equipamentos: “só que aquele porém, né! Eu tô sem mesa” (P4); “eu não num tenho geladeira, ai, eu nem compro coisas que poi na geladeira” (P6). A partir

desses relatos,entendeu-se a necessidade delas em expressar que na “minha casa não faltam apenas alimentos”.

Acrescenta-se, das análises dos dados empíricos da P6 e de seus olhares entristecidos e cabisbaixos, verificados a partir do diário de campo, que a participante provavelmente usava este estudo para expor seu problema na tentativa de conseguir a geladeira, pois a autora da pesquisa fazia parte do quadro de funcionários da instituição mantenedora da creche.

Junto a esse dado, percebe-se que ainda há muitos caminhos a percorrer para a desconstrução do entendimento da creche como uma instituição assistencialista. Conforme Dantas (2015), o ato de educar e o de cuidar devem ser compromissos da creche e estar sempre juntos, devendo-se desmistificar o pensamento de que o cuidado seja mais importante que a educação.

Nesse sentido, foi percebida principalmente pela falada P6 a dissociação do cuidar e do educar atribuídos à creche, com ênfase no cuidar em detrimento do educar, na ótica da entrevistadora,quando se fez uso da entrevista para expor a falta da geladeira.

Além disso, podemos observar também a seguinte fala da P4: “a gente vai variano, arroz, feijão e macarramm e um frango assado. Aí hoje eu to providenciando um macarrão com carne moída”. O relato, acrescido de gestos, agrega valores sociais, ultrapassando o compreender de práticas alimentares. Quando a participante menciona apalavra “macarramm”, ela muda rapidamente para “frango assado” e, de acordo com as anotações das expressões gestuais no diário de campo, a participante abaixa a cabeça com expressão de vergonha, simbolizando, assim, que ela não tinha o frango assado. Já ao dizer apalavra “providenciando” foi apontado, pelas suas expressões, que ela não tinha alimento para o jantar daquele dia, e o termo “providenciando” indica que o macarrão era objeto de doação, comprovando possivelmente que a compra de alimentos estava fortemente associada a limitações financeiras, e o ato de alimentar-se fortemente associado ao apoio social.

Difícil foi conter as emoções frente a essa participante, mas a postura ética e profissional fez a autora dar continuidade à entrevista.

Perto dali, pode-se observar uma vida de luxo, casas, condomínios, restaurantes, churrascarias e supermercados de alto padrão frequentados por pessoas que, apesar dos recursos que possuem, nem sempre fazem uma

alimentação adequada e não se preocupam com o desperdício de alimentos, enquanto essa família entrevistada mantém-se sem acesso a uma alimentação básica – e, aqui, ainda se está longe de falarem alimentação considerada adequada, mas, sim, ao menos se falarem “comida para encher a barriga”, em dignidade humana.

No Brasil, em 2017, 14 milhões de pessoas estavam em situação de fome, com dieta baseada na comida barata, de baixa qualidade, com excesso de gordura, açúcar e carboidrato, e com a necessidade de “encher a barriga”. Nesse contexto, não podemos deixar de apontar que supermercados, feiras livres, armazéns e outros pontos de vendas de alimentos geraram, nesse mesmo ano, um desperdício que representava 22 bilhões de calorias que poderiam satisfazer as necessidades nutricionais de 11 milhões de brasileiros em situação de fome (BENÍTEZ, 2017). Além disso, apesar de o Brasil ser um país de terras produtivas, em 2017 utilizava apenas 7,6% de seu território para cultivo da agricultura, considerado pouco explorado se comparado a outros países que utilizaram, em média, 25% de sua área (BRASIL, 2018c). Também conta com uma má distribuição de renda, já que 28,3% da renda do país concentra-se nas mãos de 1% dos habitantes, a parcela mais rica da população, segundo o Relatório de Desenvolvimento Humano (RDH) de 2010 a 2017 (ONU, 2019).

Nessa perspectiva, com relação às compras de comida das famílias, estas eram de alimentos considerados “o grosso”, ou seja, os mais básicos (arroz, feijão, sal, açúcar, óleo, macarrão), sendo que a carne, intitulada de “mistura”, era adquirida conforme a necessidade *versus* condições econômicas, situação que pode ser notada através das seguintes falas: “[...] a compra eu faço uma vez por mês, só na semana que é mistura assim, e alguma coisa que falta e agente compra [...]” (P1);

O grosso vem do tio, arroz, feijão, farinha, ovo, óleo, sal, diveis inquando vem detergente e xampu, mais oia [...] o que nois precisa se tem nos tio, eze mi dão. Aí, oia, eu compro ali no (mercado) mais pro menino, porque eu tem meis que ganho, tem meis que já não ganhu tantu [...] ai eu faço cumida, eu tenho tudo pra fazer em casa. Faço arroz [deu um sorriso], feijão, é muito bom né, tem ferro... num faço não, gasta o gais tudo [...] (P6).

Pelas observações dos dados empíricos da P6, que mora sozinha com o filho e cuja renda está vinculada ao turismo, tendo possivelmente renda no verão, quando faz faxinas em casas e apartamentos, é possível inferir que, nas outras estações,

essa família vive da benevolência da entidade assistencial da região, o Lar Espírita Cristão Elizabeth. Esse relato nos remete à reflexão de que a intervenção social de caráter não estatal, movida pela filantropia e benevolência, existente desde antes da Constituição Federal de 1988, se faz necessária até os dias de hoje. Assim, também se nota que as aflições sociais não são somente dessa comunidade, mas do brasileiro em geral, demandando igualdades sociais.

Ainda com relação às compras de alimento das entrevistadas, quando foi perguntado o que compravam, as frutas, os legumes e as hortaliças foram considerados alimentos importantes e de consumo regular. Porém, quando a questão foi o que de fato comiam, frutas, legumes e hortaliças pouco apareciam nas respostas, prevalecendo, quando possível “colocar a comida na mesa”, uma refeição baseada em alimento fonte de carboidratos (macarrão, batata, arroz).

[...] acho que tenho que pôr mais legumes [...] a gente comi mais o grosso, que é arroz, feijão, óleo e a mistura, mas falta o legumes, não tem o legumes (P2);

[...] a gente na verdade não faz compras, a gente vai comprando aos pouquinhos, vai acabano a gente vai comprano (P2).

Observa-se uma preocupação constante por parte das entrevistadas em tender o discurso para uma alimentação saudável, como, por exemplo, ao se referirem às compras de frutas, verduras e legumes, o que possivelmente está associado ao fato de a entrevistadora ser nutricionista e trabalhar naquela comunidade. Compreender as contradições nas falas e as dimensões socioculturais é importante para a busca de políticas públicas mais singulares.

Nessa categoria, as práticas alimentares das crianças dependiam da oferta dos alimentos, o que estava associado, sobretudo, às condições econômicas e sociais. As mães tinham noção de alimentação adequada, entretanto, a carência financeira impossibilitava o acesso aos alimentos adequados predominantemente nas famílias dos desnutridos, enquanto para as famílias das crianças obesas foi percebida a aquisição de alimentos multiprocessados, obesogênicos, de alta palatabilidade e baixo valor financeiro. Nesse sentido, em uma mesma situação de vulnerabilidade social, refletiram-se dois processos distintos: o da insegurança alimentar, levando à desnutrição, e o do erro alimentar, levando à obesidade.

[...] aí é papa, arroz, feijão, batata, frango, ovo, macarrão, ovo cozido. Ela gosta, gosta do biscoito, a bolacha com manteiga, né! [...] (P3);

Eu tento fazer o mais saudável possível. Ela não gosta nada de fritura, ela gosta só de cozido. A única coisa que ela gosta de fritura é *nuggets*, batata frita (P3);

Eu faço o arroizinho branco mesmo, sempre tem feijão, sempre tem algum legumes assim, alguma verdura (P2).

As famílias que, em alguns momentos, talvez pudessem ter recursos financeiros para a compra de mantimentos, muitas vezes davam prioridade para a aquisição de alimentos obesogênicos (salsichas, iogurtes, sucos de caixinha, achocolatados, entre outros): “Quando ela sai daqui, ela já ta tomando algum tipo de Danone, iogurte, ou suco de caxinha” (P5);

Ela chega em casa depois da creche. Ela chega uma seis horas, ela chega varada de fome, já abrindo a geladeira. Ela procura, ela pega um Danone que ela gosta, um Todinho, às vezes bolachinha de chocolate, comi um monte, mas ela gosta mais de bolacha de maisena, depois janta (P3).

Foi entendido que, ao mencionarem a compra e oferta desse tipo de alimentos (obesogênicos) para os filhos, algumas participantes até demonstraram que se esforçavam para comprar, pois isso asseguradamente lhes dava uma sensação de *status* e de poder aquisitivo igualitário, ou seja, uma impressão de bem-estar, de satisfação subjetiva: “[...] quando eu trabalho [...] aí eu compro Danone, bolacha, Nescau [...]”(P6); “[...] mas ela é enjoada pra comer mesmo, já tentei comprar bolacha recheada, ela não gosta, ela joga fora, ela não gosta [...]” (P2);

[...] a bolacha recheada eu não costumo dar ainda, mas assim...eu do bolachinha de água e sal, de maisena, agora achocolatado eu não costuma dar ainda, porque ele é muito pequenininho, né! (P1).

Torna-se necessária, portanto, uma educação nutricional dirigida aos responsáveis para melhorar a qualidade dos alimentos ofertados às crianças, como, por exemplo, fazendo-se uso das dicas do Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2014a) e estimulando-se o uso de alimentos *in natura* ou minimamente processados, com foco em uma alimentação balanceada e, acima de tudo, culturalmente aceita.

Vale aqui ressaltar que existe uma ideia de que os alimentos *in natura* e os minimamente processados possam estar fora das possibilidades dos indivíduos com

menor renda por terem seus preços superiores aos de outros. No entanto, isso não se sustenta, pois o preço pode estar associado a fatores como algumas variedades, safra e locais de vendas. Aliás, o Ministério da Saúde, em pesquisa sobre os gastos com as compras de alimentos *in natura* e minimamente processados, apontou que, além de mais saudáveis, eles são mais baratos que os alimentos multiprocessados (BRASIL, 2016b).

Nessa perspectiva, se os alimentos minimamente processados podem ser mais baratos que os multiprocessados, a aquisição destes últimos pode estar relacionada à transmissão de um valor social agregado ao poder de compra. Uma pessoa em condições sociais menos favorecidas pode se perguntar: “Se o rico e a minha patroa podem comprar, eu também posso?”. Ou, ainda, pode-se perceber que as propagandas desses alimentos são veiculadas por pessoas saudáveis, bonitas e felizes. Uma revisão bibliográfica de Carvalho *et al.* (2015) sobre práticas alimentares revelou que os hábitos alimentares incorretos na infância, com o consumo excessivo de produtos industrializados e a introdução de alimentos complementares, envolvem as emoções e as sensações acerca do convívio social, no qual os alimentos se tornam representações psicológicas criadas por cada indivíduo.

Deve-se levar em conta também que atualmente muitos tabus, mitos e superstições surgem em relação à ingestão de alimentos que, como se acredita, seriam prejudiciais à saúde. Nesse âmbito, foram exploradas as falas das participantes, principalmente da P4, em situação de extrema pobreza, ao relatarem que restringiam certos alimentos que poderiam ser de baixo custo e com valor nutricional – como exemplo, o ovo, não ofertado pela P4 aos filhos porque aumentaria a suposta “alergia” que os acometia. Também não ofereciam o peixe porque, além da facilidade de engasgamento, iria aumentar a “empolgação”. Nesse sentido, os mitos podem afetar as práticas alimentares dessas famílias. Assim sendo, a tendência cultural deve ser considerada nas estratégias para promoção de hábitos alimentares adequados e saudáveis.

Para algumas dessas participantes, certos alimentos não eram ofertados por influência de mitos ou experiências pessoais prévias, a exemplo dos alimentos ditos “remeros” que, neste estudo, são simbolizados pelo ovo, pela carne de porco, entre outros. Ademais, foi percebida nas falas das mães a crença de que tais produtos são responsáveis pelo surgimento e/ou aumento das imaginárias bactérias do “pémambuco” (doença causada pelo vírus *Coxsackie*, muito frequente nessa

comunidade e conhecida como doença mão-pé-boca), conforme pode ser observado nas falas a seguir:

[...] a gente não dá nada de porco, eze tem muito caso de bactéria, a pémbambuco, se eu dô, eze tem mais bactéria (P4);

Eu em casa não como peixe, porque eu peguei trauma depois que me engasguei, então a única coisa que não entra lá em casa é peixe (P2);

Ele é assim branquinho, intão ele tem muito carocinho na perninha, no bracinho, assim parece muriçoca. Olha, então, olha aí, eu não compro nem linguiça nem aquelas carne de porco, é remosa e não sara, porque eu gostava de cuzinhá com banha, mas os bracinho dele ficava todo impolado. Ai, ai, eu num do mais, num cuzinho mais não, com banha, né! (P6);

As únicas coisas que a gente não consegue comer [...] é dobradinha, então não consigo cume é jiló [...] talvez na casa da minha mãe ela coma [...] na minha casa não chega nem perto por causa de trauma de infância mesmo (P5).

A participante P5 referia-se a algum episódio que teria passado na infância, provavelmente envolvendo esses dois alimentos, o jiló e a dobradinha, prato a base de bucho bovino. Porém, não ficou claro o que a levou a esse trauma, mas que, de alguma maneira, suas experiências estavam sendo transferidas para a filha.

Nesse sentido, mais uma vez é possível notar como a questão sociocultural é complexa e vai além das práticas alimentares adequadas e saudáveis. Os mitos e as vivências pessoais juntam-se à exaustiva responsabilidade materna com a educação dos filhos, à perseverança na tentativa em dar o que comer a suas crianças, à baixa renda, entre outros exemplos de influências socioeconômicas e culturais que se refletem na alimentação. Revela-se, sobretudo, uma predominância de divisão de gêneros no trabalho, em que as mulheres estão responsáveis pelos afazeres domésticos e, se empregadas, possuem dupla carga de trabalho.

Como foi abordado por Ramos e Coelho (2017), a responsabilidade da mãe de comprar, preparar e dar os alimentos aos filhos vem com a sensação de culpabilização em caso de insucesso. Assim, a mãe, carregada de valores, assume a responsabilidade pela alimentação. Se a criança não come, ela se culpa, se a criança não é educada, ela também se culpa. Dessa maneira, percebe-se que há um entendimento de que a mãe deva, além de garantir a alimentação, educar no momento das refeições. Esse dado empírico foi expresso em cinco das seis participantes neste estudo, remetendo à intersubjetividade materna e à função do pai como tendo um atributo social de provedor da família. É o que se encontra nas

seguintes falas: “Meu marido não almoça em casa, não janta, é raro de acontecer” (P5);

Meu esposo sempre janta primeiro, ela não almoça em casa, ela só chega à noite, então ele janta primeiro, só sei que só a última por causa dela, porque dô primeiro pra ele, né! Aí depois que eu vou janta (P2).

Ainda do ponto de vista das práticas alimentares dessas famílias, uma participante que dependia do trabalho noturno, após o jantar, deixava a filha na casa da avó, onde lhe era oferecido o jantar novamente. Essa criança, presente no momento da entrevista, explicou que gostava de ir para a avó porque lá podia comer quantos Danones tivessem na geladeira.

Ficou evidente que a criança com avaliação de obesidade jantava três vezes (na creche, na casa dos pais e na casa da avó), além de poder consumir quantos Danones tivessem na geladeira da casa da avó e, antes de dormir, ainda tomava uma mamadeira de leite com Nescau. Na fala abaixo, podemos perceber que, além da influência da avó na alimentação da neta, a mãe não tinha a percepção de que a quantidade de ingestão de alimentos pela criança era acima de suas necessidades energéticas e nem associou isso ao estado nutricional de obesidade.

Antes de dormir ela já não está mais comigo. Ela está com a minha mãe, eu trabalho à noite, [...] ela janta aqui em casa, comi na minha mãe também e antes de dormir ela toma mamadeira, leite com Nescau que ela toma (P3).

Quando do relato da P3 de aquisição de frutas e verduras para as refeições da família e de que a filha “come berinjela”, a criança interrompeu a entrevista e fez uma ressalva em alto tom e com muita firmeza e aspereza, dizendo “Eu como batata frita”, com o dedo indicando que não comia berinjela. Nesse momento, a fisionomia da participante era de irritabilidade e a da criança era de tranquilidade. Possivelmente a manifestação da mãe diante da autora da pesquisa, que é nutricionista e se faz presente no cotidiano dessa comunidade, foi feita na tentativa de transmitir que oferta à sua família alimentos que são supostamente corretos dentro do contexto de práticas alimentares adequadas e saudáveis. Leva-se em consideração, nesse contexto, novamente o social, de acordo com as aflições do que o outro espera, “do que é preciso fazer ou falar” para que se seja aceito.

O fato de alimentar-se corretamente, na visão da P3, possivelmente atenderia as expectativas da pesquisadora, acreditando que nessa situação estaria

dentro de um padrão de uma alimentação adequada e saudável. Deduz-se dessa participante, portanto, que o ato de comer vai além das necessidades biológicas, mas agrega o prazer, a socialização, a cultura e o Marketing (BRASIL, 2012b).

Levando-se em consideração que a escola pode ser o local onde a criança passa a maior parte do seu dia, a oferta de novos alimentos, o cardápio balanceado e a quantidade correta consumida pela criança são pontos que precisam ser compartilhados entre a escola e a família, pois às vezes a criança já recebeu seu aporte alimentar necessário sem precisar de uma nova refeição em casa.

Correlacionando esses achados acerca de práticas alimentares, nota-se que essas práticas vão muito além das necessidades biológicas, e que as famílias, ao experimentarem o ato de alimentar-se, expressam muito mais a subjetividade do social associado ao econômico do que a suposta prática alimentar adequada e saudável. Mesmo com o poder de compra de alimentos limitado, é o social que se manifesta nas escolhas dos alimentos. Nas falas ficou evidente que elas compram alimentos que, supostamente, lhes passam a sensação de comida cara, como o exemplo do Danone, Nescau e do suco de caixinha, ou que compram tudo o que as crianças gostam. Para essas famílias, o alimento caro pode simbolizar a classe social ou expressar o desejo de pertencer a uma classe social mais privilegiada e a vontade de oferecer ao seu filho aquilo que nunca tiveram.

Paralelo a tudo isso, a influência no consumo alimentar disseminada pela mídia em duas emissoras de televisão brasileiras nos horários das principais refeições incita o consumo de alimentos de alto valor calórico e baixa qualidade nutricional (SANTOS *et al.*, 2012). Neste estudo notou-se que algumas famílias fazem as refeições em frente à televisão, ao computador e ao celular, tanto dentre as famílias das crianças avaliadas com desnutrição quanto com obesidade, em decorrência das falas: “[...] porque ele fica assistindo os desenhos na televisão dele e fica enrolando pra comer [...]” (P6); “[...] nós comemos com a TV ligada [...]” (P5); e “[...] a hora de comer a TV fica ligada, mas é pra ela assistir desenho dela, pra ela distrair [...]” (P2).

Dessa forma, identificando-se neste estudo a veracidade da possível influência da mídia nas práticas alimentares inadequadas dessas famílias, reforça-se a necessidade de novas políticas para o controle do conteúdo e do horário das propagandas de alimentos que atingem as crianças, o que vai ao encontro do recomendado por Moura (2010) quanto à necessidade de regulamentar a exibição

das propagandas de alimentos, a fim de contribuir para um comportamento alimentar adequado e saudável, minimizando as influências negativas do Marketing na televisão que atingem as crianças.

Notou-se, ainda, que os gastos relacionados com a compra e a escolha dos alimentos eram compartilhados entre as mães e os pais, percebendo-se também a participação dos filhos nas escolhas dos alimentos de alta palatabilidade, obesogênicos e os socialmente aceitos em seus conceitos (Nescau, Danone, suco de caixinha), conforme demonstram as falas: “[...] eu compro o básico, arroz, feijão [...] biscoitinho para ele” (P1); “[...] ela sai daqui, ela já ta tomando algum tipo de Danone, iogurte, ou suco de caxinha” (P3); “[...] ela procura, ela pega um Danone que ela gosta, um Todinho, às vezes bolachinha de chocolate” (P3); e “eu compro [...] Danone, bulacha, Nescau” (P6).

De acordo com o que foi levantado pela Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), realizada pelo IBGE em parceria com o Ministério da Saúde, no Brasil, as crianças precocemente já são dotadas de atitudes com fidelidade a certas marcas comerciais, o que possivelmente pode durar até a idade adulta (IBGE, 2004). É imprescindível distinguir nesses episódios se os pais estão transferindo seus valores de marcas para os filhos ou se as crianças já adquiriram a fidelidade às marcas. Sobretudo, deve-se conseguir limitar a criança naquilo que se pode comprar. Mesmo com a dificuldade de impor limites, nesse caso, quanto às práticas alimentares, estas devem ser pautadas pelo bom senso, adequando os desejos construídos pelos filhos com a realidade socioeconômica da família dentro do conceito de práticas alimentares saudáveis.

4.2 Percepções das mães acerca da alimentação da creche

Apesar de as práticas alimentares serem passíveis de modificações durante toda a vida, sabe-se que quando os fundamentos de uma boa alimentação, bem como a prática desta são estabelecidos na infância, provavelmente irão promover a saúde até a idade adulta. Nesse sentido, muitas creches públicas são criadas em regiões agredidas pela fome, em áreas de alta vulnerabilidade. Esses estabelecimentos, além de educar, visam melhorar a qualidade de vida das crianças. Cabe lembrar que a creche envolvida nesta pesquisa situa-se em uma região de alta vulnerabilidade social, inserida em uma população de baixa renda e cercada de

violência de todas as naturezas.

O MS elegeu o Manual de Orientação Para a Alimentação Escolar (BRASIL, 2012c) para auxiliar as creches na elaboração das dietas, que muito têm contribuído para a melhoria das práticas alimentares adequadas e saudáveis. Dentre as instruções, orienta-se as escolas a desenvolver estratégias envolvendo as crianças no preparo de alimentos, o que estimula os sentidos do olfato e do paladar, promove a degustação e desperta na criança a experiência de provar novos alimentos.

De maneira lúdica, essa experiência ocorreu na creche em estudo, quando comemoravam o Dia do Livro com o “Conto da Tia Anastácia” (a quituteira do Sítio do Pica Pau Amarelo, de Monteiro Lobato). As crianças foram envolvidas no preparo de uma das receitas da personagem, em que se fez uso de alimentos minimamente processados, com a intenção de instigar o consumo destes e na tentativa de diminuir o uso de alimentos processados e multiprocessados. Durante a atividade, eram nítidas as expressões de surpresa estampadas nos olhares arregalados de cada criança ao “colocar a mão na massa” e durante a degustação. Esse fato, além de ter sido mencionado nas falas das participantes, foi presenciado pela autora da pesquisa, e revelou o distanciamento que existe entre as crianças e os alimentos minimamente processados.

Essa interação parece transcender à mera percepção da surpresa das crianças. Pode ser interpretada como, por exemplo, a descoberta do bolo feito em casa e das diferenças entre este e aquele comprado no “mercadinho” local – seu sabor, o prazer de criar. Deve ser avaliada a possibilidade de repetir a experiência, de modo que incite práticas alimentares adequadas e saudáveis que poderão acompanhar essa criança na vida adulta.

[...] teve o dia do bolinho, que eles fais o bolinho de chuva, no dia do bolinho de chuva, daí ele falou: mãe, hoje eu fiz bolinho, eu falei: na escola? [...] uai mãe, eu fui lá e quebrei um ovo dentro da massa e mexi a panela, depois comi [...] (P4).

Nesta categoria analítica, evidenciamos que as participantes sentem-se seguras em relação à alimentação da creche, com a sensação de que as crianças estavam bem alimentadas, incluindo o consumo de frutas, verduras e legumes todos os dias durante o período em que estavam na creche. Nota-se isso conforme os discursos a seguir:

A alimentação dela melhorou depois que ela entrô na creche, [...] ela almoçava mais de bolacha água e sal, leite, Nescau, ela aprendeu a comer a cumida (P3);

Agora, depois da escola, ela pede salada pra comer em casa. Eu acho o máximo! (P5);

Olha, a alimentação dele eu acho que nummmmmm, acho que o básico né, arroz, feijão, ele comi em casa assim, e eu não me preocupo porque a professora, as duas professoras sempre fala, que ele comeu bem, jantou bem, então ele gosta da comidinha daqui. (P4);

Hoje foi caldo mãe e ele comeu bastante, comeu dois potinho, lá em casa ele mal come sopa. Se faiz sopa ele não gosta, ele não côm. Ela falou, uai, ingraçado porque aqui ele côm e ainda repete (P2).

Indo ao encontro dos achados de Afonso et al. (2017), avaliando a alimentação das creches públicas na percepção das famílias em relação à comida servida em casa, identificou-se que o cardápio da creche era elaborado com base em uma alimentação adequada e saudável, com a oferta diária de legumes, verduras e frutas, o que não acontecia em casa. Os relatos das participantes expressaram que a alimentação servida na creche era diferente daquela oferecida pelas famílias:

[...] até novos alimentos também, às vezes coisa que a gente acha que a criança não vai querer come, [...] aqui não tem isso, né! Aqui é ofertado (P5);

Na creche a gente sabe que tem de tudo, daí eu não preocupo muito não. As tia sempre fala que eize comi bem, e eu já vi. Lá tamém tem de tudo, eze como carne, carne moída, frango tamém, todo dia tem fruta e a tia fala que ele comi tudo (P6).

O fato de a alimentação da creche ser diferente da alimentação da família e a garantia de que no ambiente escolar a criança está bem alimentada, na perspectiva das participantes, fazem com que as famílias, supostamente, sintam-se com menos danos em relação à insegurança alimentar no período em que as crianças estão na creche, mas esse menor dano é apenas temporário, pois retorna em casa no enfiamento diário para a “comida na mesa”.

Uma alimentação escolar de qualidade pode contribuir para a introdução de hábitos alimentares adequados e saudáveis e para a promoção da segurança alimentar e nutricional das crianças, principalmente se embasada no PNAE, porém, o monitoramento da atuação do programa nas creches, as diferenças entre a

alimentação da creche e da família, a dificuldade das famílias em ter acesso aos mantimentos, o desperdício de alimentos, os mitos, a mídia, entre outros fatores encontrados neste estudo, expõem a fragilidade de que a integralidade de novos comportamentos consiga ser estabelecida sem a intervenção governamental de maneira constante, em prol dos avanços relativos à justiça social.

Além da influência da creche nas práticas alimentares das crianças, na percepção das mães, não podemos deixar de salientar que a instituição escolar contribui com influência positiva no desenvolvimento cognitivo e motor dessas crianças, conforme as falas: “[...] agora ele come de garfo, antes cumia de cué” (P6); “Quando ela, ela entrou na creche ela começou a andar rápido” (P2); e

Ele é uma criança saudável, ele corre, olha, não tem ó, ele [...] a creche mudou a vida dos meus filhos, e oh! Antes deu levar, dele frequentar a creche, ele para creche, ele era muito difícil para comer, muito difícil pra comê, difícil mesmo (P4).

Porém, Magalhães e Porte (2019) orientam a necessidade de se aprimorar os conhecimentos dos educadores sobre alimentação infantil saudável, explorando os fatores socioculturais, ambientais e psicológicos, pois se notou uma preocupação maior dos educadores com a alimentação adequada voltada ao corpo físico.

Acabar com a fome e as alimentações inadequadas, enfrentar a obesidade e a desnutrição, garantir o acesso aos alimentos, lutar contra desigualdades e seus agravos são processos que deveriam estar em constante evolução, efetivação e monitoramento. Sendo assim, incluir a educação alimentar e nutricional e seus fatores intrínsecos nas escolas visa diminuir a desigualdade econômica e social.

4.3 Percepção da mãe em relação ao corpo do filho

Nessa temática, fica compreendido que as participantes, tanto as mães dos filhos desnutridos quanto as dos obesos, não perceberam o real estado nutricional de seus filhos. Soma-se a isso a falta de informações dos danos que essas duas morbidades, mesmo de diferentes etiologias, podem gerar e/ou desencadear na criança e ao longo da sua vida adulta.

As discordâncias nas falas das participantes em relação à avaliação biomédica do estado nutricional, mesmo que algumas delas já tivessem sido

informadas pelos profissionais da saúde sobre o real estado nutricional dos filhos, levam a entender que possivelmente haja associação desse comportamento com a percepção da fenomenologia, ou seja, daquilo que se apresenta e daquilo que se revela: diante do corpo magro, uma exteriorização social do corpo belo e socialmente aceito; diante do corpo gordo, a expressão da fartura e da saúde.

Neste estudo, o corpo assume a representação de como essas famílias se estabelecem no mundo, ora para manifestar a aceitabilidade, ora para manifestar a “fartura”, talvez na tentativa de mascarar as fragilidades em que se encontram.

Buscando experiências, Duarte *et al.* (2016) salientaram que, em sua grande maioria, as mães presumem que seus filhos tenham peso ideal, e aquelas que percebem o estado nutricional como ruim os menosprezam. Os autores enfatizam a importância dada aos profissionais de saúde para auxiliar as mães a entender o verdadeiro significado do peso saudável, tanto quanto o estado nutricional dos filhos.

As crianças desnutridas foram referidas pelas mães participantes como “filezinho de borboleta”, “cumpridinho” e “miudinho” e, portanto, (res)significadas como saudáveis. Já as crianças obesas foram consideradas como “meio fortinhas”, justificando o biótipo da criança com o de alguém da família, ou seja, com interferência genética, o que pode ser percebido nas falas: “[...] ela puxou ao pai [...]” (P5); “[...] pediatra acha a [...] acima do peso, gorda, eu não acho, eu acho que ela tá bem, eu já vi criança mais gordo do que ela” (P2); e “ela assim um pouquinho mais gordinha, porém é o porte do pai dela, ele é assim” (P3).

Para análise desta categoria, buscamos algumas das falas que possam dar sentido ao distanciamento entre a percepção subjetiva e sociocultural e o olhar normativo entendimento das mães do estado nutricional do filho.

Ela é um filezinho de borboleta, né, ela é uma magricelinha, mas ela é dela, porque eu sempre fui magrinha, [...] eu e meu marido também de crianças, a fomos crianças assim, a gente era só cabecinha e joelhinho, assim como os magros [...] ela é magrinha [...] ela é cumprida [...] ela nunca vai ser aquela criança rechunchuda (P5);

A pediatra falava: mãe, dá essa vitamina aqui pra ele, pra começar a comer, ele só dormia, dava as vitaminas, ele só dormia. Aí então fui cortano, não tem como eu ir dando, a criança fica dormino e não vai cume (P4);

[...] intão, tem gente que fala que é magrinho, eu também acho ele magrinho, mas não é muito, não [...] melhor ele se magrinho, assim, que aqueles gordinho (P4);

Eu acho ele cumpridinho, os médicos sempre dizem que o peso dele tá

bom, um pouquinho acima, mas eu acho ele magrinho e cumpridinho todo mundo fala [...] tem vez que eu acho ele magrinho, mas tem vez que eu falo, mais ele se alimenta (P1);

Ela tá acima do peso, “não sei porquê”, porque ela tem anemia assim, e eu acho que a tendência do pai dela, o pai dela é gordo. Ela assim um pouquinho mais gordinha, mas é o porte do pai dela, ele é assim (P3);

A pediatra disse que ela tá com peso de criança de dois ano, falo até pa mim toma cuidado com a sopinha dela, porque tava engordanu [...] eu não acho, eu acho que ela tá bem, eu já vi criança mais gordo do que ela (P2).

Dentre os dados empíricos da P5, a seguir, em justificativa ao estado nutricional de desnutrição da sua filha, destaca-se a fala “*ela é um filezinho de borboleta*”, com ênfase na ideia de que isso seja uma virtude e um embelezamento corporal, provavelmente ignorando as necessidades nutricionais da criança e, talvez, até almejando para a filha o que ela queria ser ou ter sido:

Ela é um filezinho de borboleta, né, ela é uma magricelinha, mas ela é dela, porque eu sempre fui magrinha [...] eu e meu marido também de crianças, fomos crianças assim, a gente era só cabecinha e Joelinho, assim como os magros [...] ela é magrinha [...] ela é cumprida [...] ela nunca vai ser aquela criança rechunchuda; [...] ela sempre foi magrinha [...] um filezinho de borboleta [...] toda delicadinha [...] e ela é toda menininha mesmo [...] ela é toda assim e cumprida (P5).

Entre seus relatos, é possível observar vários momentos em que ressalta que a filha é magra como ela. Porém, a partir da avaliação nutricional subjetiva da mãe feita pela entrevistadora, provavelmente a participante estaria acima do peso ideal.

Provavelmente, para essa participante, essa representatividade do corpo belo é a representação de *status*, felicidade e sucesso em seu contexto de vulnerabilidades. Como foi apontado por Zorzan e Chagas (2011), ter um corpo belo, mesmo que construído de mito, está vinculado à aceitação social.

Da mesma forma, na crença no mito do obeso saudável, a criança gordinha pode ser vista com saúde, e o excesso de peso não é percebido como um problema de saúde que precisa ser cuidado. Já a criança desnutrida pode ser vista dentro de um padrão de beleza de estética estabelecido culturalmente, ficando desprovida de cuidados. Essas percepções discordantes, quando existentes, provavelmente atuam de maneira negativa nas ações corretivas e preventivas à saúde e não devem ser estimuladas.

Com tudo isso, desde 2006, o Departamento de Atenção Básica do

Ministério da Saúde tem como desafio desconstruir o estigma social de “criança gordinha” como sentido de criança saudável (BRASIL, 2006d). Portanto, auxiliar os pais a reconhecerem o real estado nutricional dos filhos desnutridos ou obesos, seu próprio estado nutricional, bem como os agravos que essas morbidades certamente podem causar, podem ser ações para promover a recuperação e a manutenção da saúde.

Ter a real percepção do estado nutricional do filho é essencial para que os pais possam tentar mudar essas práticas e aos poucos tentar recuperar e manter o estado nutricional adequado, prevenindo as doenças na infância para uma vida mais saudável.

Além da falta de percepção do estado nutricional, outro fato relevante encontrado, apontado pelas participantes, foi sua percepção alterada acerca da quantidade da porção de alimentos servida para as crianças, tanto as obesas quanto as desnutridas, o que possivelmente influencia de forma negativa nas práticas alimentares. Isso foi percebido na fala: “Ela comi mal, comi três, quatro colherzinha de comida [...] três de arroz e três de feijão” (P2). Quando foi perguntado à participante qual era o tamanho dessa colher, ela simbolizou com as mãos que provavelmente seria no formato de colher de servir arroz do tipo escumadeira, e que estariam cheias além da capacidade do utensílio. Isso revela a discordância das necessidades nutricionais entre a quantidade servida *versus* idade e sexo da criança.

A seguir, destaca-se outro dado empírico que evidencia uma possível causa de ganho de peso, tão pouco percebido pela P3:

[...] ela chega varada de fome, [...] pega um Danone [...] um Todinho, às vezes bolachinha de chocolate, comi um monte [...] depois janta [...] arroz, feijão, batata, frango, ovo, macarrão [...] na casa da avó, ela só janta [...], pra domi ela toma uma madeira de leite com Nescau (P3).

Essa participante provavelmente não percebe que a quantidade da ingestão alimentar da criança possivelmente está acima de suas necessidades, o que interfere no ganho de peso. Na fala da P3, que defendeu a obesidade da criança pela genética paterna, “ela nasceu com traço falciforme, tem anemia, [...] ela é assim um pouquinho mais gordinha, mas é o porte do pai dela, ele é assim” (P3).

Em outro viés, pode-se apontar para um fato observado na fala da P5, cuja

filha foi avaliada com desnutrição:

[...] ontem mesmo foi uma sopinha que eu do [...] fiz um caldinho [...] pesa menos [...] vez ou outra, às vezes não está com tanto apetite, mas meio que ela se compensa, um dia num que come tanto no outro ela come bem (P5).

A partir do relato dessa participante, ficou compreendido que o caldo oferecido não era somente pelo fator econômico e, sim, porque a sopa à noite supostamente poderia ser mais bem digerida que a alimentação sólida, ou seja, “pesa menos”. No entanto, o uso de alimentos liquidificados e a privação de um dia de alimentação compensado no outro dia não são práticas recomendadas para desnutridos.

Esses fatos que fundamentaram o distanciamento do real estado nutricional da criança interferem negativamente nas práticas alimentares dessas famílias. Essa falta de percepção das mães sobre o real estado nutricional dos filhos foi percebida nas falas e em símbolos construídos através da imagem corporal de suas referências sociais, éticas, estéticas e políticas.

É válido ressaltar que neste estudo surgiram limitações, algumas possivelmente inerentes à metodologia.

Independentemente das dificuldades e resistências enfrentadas no decorrer do trabalho, os dados obtidos nas entrevistas das seis mães permitiram a análise das categorias.

Contudo, a família de uma criança do sexo masculino avaliada com obesidade, mesmo com convite persistente, não participou da entrevista. Talvez houvesse a possibilidade de que os dados dessa entrevista fornecessem subsídios para algum fato novo para o estudo? Essa família, provavelmente, até mesmo pela recusa, poderia ter conduzido falas que transmitissem suas situações de vulnerabilidades.

Além disso, as 43 crianças que não participaram da avaliação nutricional poderiam, igualmente, ter revelado algum fato relevante a ser analisado neste estudo?

Ademais, os 18 consentimentos negados pelos responsáveis dessas crianças despertaram os “porquês” dos motivos das negações e, se os pais tivessem sido entrevistados, quais seriam as suas percepções?

A impossibilidade de a entrevistadora ir até a residência das famílias

participantes, devido aos presumíveis atos de violência presentes nessa comunidade, talvez possa ter sido uma barreira para a participante não se sentir na sua zona de conforto, ocultando assim seus reais sentimentos.

O fato de a entrevistadora trabalhar como nutricionista nessa comunidade, mesmo que tenha se utilizado de muita prudência na condução da entrevista e na interpretação dos dados para diferenciar as frases e as contradições diante do que foi dito, pode ter induzido falas que apontavam para a prática de uma alimentação adequada, independentemente daquela de fato oferecida.

Mesmo com essas possíveis limitações, os dados empíricos deste estudo são de relevância social, podendo ser utilizados para novas ações sociais em populações vulneráveis em torno de práticas alimentares, de famílias com crianças obesas e desnutridas, e acerca da alimentação saudável.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de a etiologia da desnutrição e da obesidade infantil ser distinta, a vulnerabilidade social manifestou-se como uma suscetibilidade dessa comunidade ao processo saúde-adoecimento-cuidado relacionado à nutrição infantil. Assim, para o enfrentamento da desnutrição e da obesidade na criança, fazem-se necessárias a ampliação da percepção biológica e orgânica e a compreensão dos determinantes sociais, uma vez que as condições socioeconômicas e culturais estão intimamente ligadas às práticas alimentares e à percepção do corpo da criança.

Esta pesquisa não teve o propósito de construir parâmetros para resolver as práticas alimentares das famílias das crianças obesas e desnutridas em vulnerabilidades socioeconômicas e culturais, mas chamar a atenção às políticas sociais para compreender a família, as diferenças nas classes sociais, a cultura, entre outros aspectos, devendo-se identificar e respeitar o indivíduo com suas subjetividades.

Trata-se de uma pesquisa para compreender o que vai além das práticas alimentares das famílias, as quais são frutos de uma sociedade com diferenças e iniquidades sociais.

A casuística de crianças com desvios de “peso” dessa população do estudo foi baixa, portanto, para um trabalho quantitativo não traria grandes contribuições. No entanto, o olhar qualitativo permitiu concluir que protocolos e manuais de boas

práticas alimentares não são suficientes para resolver os problemas de desnutrição e obesidade se não for trabalhada a questão do cuidador ou da família, no sentido de envolvê-los em uma dieta adequada e em hábitos compatíveis com as suas situações socioeconômicas e culturais.

Neste estudo constatou-se que as escolhas alimentares afetam a qualidade de vida e saúde dessa população, e são norteadas pelos fatores sociais, demográficos e econômicos. As suas preocupações alimentares incluem consumo excessivo de calorias e de alimentos obesogênicos, ambientes obesogênicos, pouco consumo de frutas e legumes e não foi percebido o consumo de grãos integrais. Além da renda, as escolhas alimentares eram influenciadas pela estrutura familiar, pelos fatores psicológicos e pelas suposições das informações nutricionais adequadas e, para duas dessas famílias (P4 e P6) do estudo, a escolha alimentar dependia de programas sociais e/ou da caridade.

Apesar de não ter sido explorado no roteiro do estudo, quase não houve nenhuma referência em relação à atividade física nas falas das participantes. Mesmo assim, podemos alertar os programas sociais que proponham ações que sejam capazes de promover ambientes fisicamente ativos para essas comunidades e, em relação a práticas alimentares saudáveis, criar estratégias para facilitar o acesso aos alimentos *in naturae* minimamente processados, sustentando comportamentos saudáveis.

O Brasil, assim como outros países em desenvolvimento, está convivendo com a transição nutricional, em que se observa a desnutrição transferindo espaço para a obesidade, ambas marcadas pelas práticas de ingestão de alimentos inadequados, ou seja, há um desequilíbrio entre a ingestão de alimentos e as necessidades do organismo. Esse fato é um dos maiores desafios para a saúde pública na integralidade do indivíduo para a promoção da saúde.

Diante do exposto, considera-se fundamental discutir as abordagens socioeconômicas e culturais como instrumento para a educação nutricional, assegurando práticas alimentares adequadas e saudáveis da criança e do adulto, na tentativa de se estabelecer uma visão ampla sobre o real consumo alimentar da população em vulnerabilidade social e insegurança alimentar, em relação ao que se pode comprar.

É necessário também discutir sobre a contribuição dos profissionais da saúde para as novas demandas apontadas na promoção das práticas alimentares

adequadas e saudáveis, tal qual a urgência do conhecimento dos pais acerca do real estado nutricional de seus filhos e de si mesmos, bem como os danos que podem ser desencadeados pela obesidade e desnutrição.

Se há um discurso de que práticas alimentares adequadas e saudáveis na infância são importantes, faltam mais discussões no âmbito social, não ignorando a necessidade de uma alimentação adequada, mas sem menosprezar as fragilidades sociais que estão cravadas nas populações menos favorecidas.

Novos estudos empíricos sobre as questões de práticas alimentares nas esferas social e cultural devem ser explorados para que possam fornecer conhecimento para as lacunas ainda existentes nesse campo de aprendizado.

O Estado e a sociedade devem reconhecer e refletir acerca de questões em que as práticas alimentares estejam fortemente associadas ao social e ao cultural, e pensar na alimentação quanto a saúde, subjetividade, trabalho, mitos, entre outros.

Em um cenário de retrocessos e perdas de direitos, com o Estado dando espaço aos serviços privatizados, ou seja, colocando os princípios da dignidade humana em prol de causas desumanas, que os temas analisados neste estudo possam contribuir para o fortalecimento e a formulação de políticas sociais. Sugere-se, portanto, que se desperte o olhar crítico para o ser humano, especialmente para as famílias em vulnerabilidade social, sobre a sua cultura, seus valores e comportamentos, e se compreenda a complexidade que os compõe, considerando-se que o sujeito é suscetível à mudança e dotado de emoções.

Da mesma forma, que os relatos das experiências deste estudo possam fomentar as reflexões para as estratégias contra a injustiça social global a partir de um pensamento crítico antiabissal, na estruturação do direito à saúde, de modo que possam ser aceitos como verdadeiros os direitos constitucionais, indistintamente da condição socioeconômica.

REFERÊNCIAS

- AFOSNO, F. M. *et al.* Alimentação Saudável: percepção dos pais na relação creche *versus* domicílio. **Revista Saúde Santa Maria**, Rio Grande do Sul, v. 43, n.1, p. 255–267, 2017.
- ALDERETE, J. M. S.; DOUEX, P. C. A criança e a creche. *In*: MARCONDES, E. *et al.* (Coord.). **Pediatria básica**. 9. ed. São Paulo: Sarvier, 2010. p. 610-617, v. 1.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA (ABEP). **Critério Brasil 2018**. São Paulo: Abep, 2018. Disponível em: abep.org/criterio-brasil. Acesso em: 24 jan. 2019.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA EM SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). **8.º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde**. João Pessoa: Abrasco, 2019. Disponível em: <http://www.abrascoeventos.org.br/validacao/?cod=4229914>. Acesso em: 13 fev. 2020.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA ESTUDOS DA OBESIDADE E SÍNDROME METABÓLICA (ABESO). **Diretrizes brasileiras de obesidade**. 4. ed. São Paulo: Abeso, 2016.
- ASSOCIAÇÃO COMITÊ RIO DA AÇÃO DA CIDADANIA CONTRA A FOME, A MISÉRIA E PELA VIDA. **Nossa história**. 2019. Disponível em: <https://www.acaodacidadania.com.br/nossa-historia>. Acesso em: 20 jul. 2020.
- AYRES, J. R. C. M. *et al.* Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. *In*: CAMPOS, G. *et al.* (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Editora Fiocruz, 2006. p. 375-417.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. 1. ed. São Paulo: Edições 70 Ltda., 2011. 229 p.
- BATISTA FILHO, M.; ROMANI, S. A. M. (Orgs.). **Alimentação, nutrição e saúde no estado de Pernambuco: espacialização e fatores socioeconômicos**. Recife: Instituto Materno Infantil, 2002. 153 p. (Publicações Científicas do Instituto Materno Infantil de Pernambuco, 7).
- BATISTA, M. B.; DESLANDES, S. F.; IRIART, A. B. 8.º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde: aportes e perspectivas de publicação para as revistas de Saúde Coletiva. **Revista de Saúde Coletiva**. Caderno de Saúde Pública, v. 36, n. 1, p. e-00231219, 2020.
- BENÍTEZ, R. O. **Perdas e desperdícios de alimentos na América Latina e no Caribe**. Santiago do Chile: FAO, 2017. Disponível em: <http://www.fao.org/americas/noticias/ver/pt/c/239394/>. Acesso em: 6 jan. 2020.
- BORTOLINI, G. A. *et al.* Iniquidades sociais influenciam a qualidade e a diversidade da dieta de crianças brasileiras de 6 a 36 meses. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 11, p. 1-12, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102->

311X00153414. Acesso em: 17 jan. 2020.

BRASIL. Ministério do Trabalho. **Lei n.º 185, de 14 de janeiro de 1936**. Institui as comissões de salário mínimo. Brasília: Ministério do Trabalho, 1936.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto n.º 72.034, de 30 de março de 1973**. Institui o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (Pronan), aprova o I Pronan e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1973.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério do Planejamento. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (Inan). Instituto de Planejamento Econômico e Social (Ipea). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Pesquisa nacional sobre saúde e nutrição**: resultados preliminares. Brasília: Ministério da Saúde, 1990a.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília: Ministério da Justiça, 1990b.

BRASIL. Secretaria de Planejamento, Orçamento e Coordenação. **Decreto n.º 807, de 22 de abril de 1993**. Institui o Conselho Nacional de Segurança Alimentar (Consea), e dá outras providências. Brasília: Secretaria de Planejamento, Orçamento e Coordenação, 1993 (revogado em 1995).

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto n.º 1.366, de 12 de janeiro de 1995**. Dispõe sobre o Programa Comunidade Solidária, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1995 (revogado em 2019).

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto n.º 2.999, de 25 de março de 1999**. Dispõe sobre o Conselho da Comunidade Solidária, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1999a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 710, de 10 de junho de 1999**. Aprova a Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília: Ministério da Saúde, 1999b.

BRASIL. Ministério Extraordinário de Segurança Alimentar e Combate à Fome. **Decreto n.º 4.582, de 30 de janeiro de 2003**. Regulamenta o funcionamento do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Consea), e dá outras providências. Brasília: Ministério Extraordinário de Segurança Alimentar e Combate à Fome, 2003a.

BRASIL. Ministério da Educação. Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE). **Resolução/CD/FNDE n.º 15, de 16 de junho de 2003**. Estabelece critérios para o repasse de recursos financeiros, à conta do PNAE, previstos na Medida Provisória n.º 2.178-36, de 24 de agosto de 2001. Brasília: Ministério da Educação, 2003b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Manual de atendimento da criança com desnutrição grave em nível hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 144 p. (p.13) (Série A. Normas e Manuais Técnicos) ISBN 85-334-0952.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). **Lei n.º 11.346, de 15 de setembro de 2006**. Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Sisan) com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada. Brasília: MDS, 2006a.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). **Lei n.º 11.346, de 15 de setembro de 2006**. Cap. I, art. 2.º, § 2.º. Das disposições gerais da Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional. Brasília: MDS, 2006b.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). **Lei n.º 11.346, de 15 de setembro de 2006**. Cap. I, art. 3.º. Das disposições gerais da Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional. Brasília: MDS, 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Obesidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006d. (Cadernos de Atenção Básica, n. 12) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Básica. **Orientações sobre convênios entre Secretarias Municipais de Educação e instituições comunitárias, confessionais ou filantrópicas sem fins lucrativos para a oferta de educação infantil**. 2008a. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/2008/orientacoes_convenios.pdf. Acesso em: 28 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b. 210 p.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Resolução do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) n.º 145, de 15 de outubro de 2004**. Aprova a Política Nacional de Assistência Social (PNAS). Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2009a.

BRASIL. Ministério da Educação. Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE). **Referências nutricionais para o programa nacional de alimentação escolar**: documento final referente ao grupo de trabalho revisado pelo centro de referência. Brasília: Ministério da Educação, 2009b.

BRASIL. Presidência da República. Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Consea). **4.ª Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional**. Salvador, 2011a. Disponível em: <http://www4.planalto.gov.br/consea/conferencia/>. Acesso em: 16 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan). **Orientações para coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde**: norma técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, seção 1, p. 59, 12 dez. 2012a.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. **Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas**. Brasília: MDS, 2012b.

BRASIL. Ministério da Educação. Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE). Coordenação Geral do Programa Nacional de Alimentação Escolar. [Vasconcelos, F. A. G. *et al.* (Orgs.)]. **Manual de orientação para a alimentação escolar na educação infantil, ensino fundamental, ensino médio e na educação de jovens e adultos**. 2 ed. Brasília: PNAE: Cecane-SC, 2012c. 48 p.

BRASIL. Ministério da Educação. Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE). Resolução n.º 26, de 17 de junho de 2013. **Diário Oficial da União**, Brasília, seção 1, v. 115, p. 7, 18 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2. ed., 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. 156 p.: il. ISBN 978-85-334-2176-9.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto da Infância (Ifan). Rede Nacional Primeira Infância (RNPI). Secretaria executiva da RNPI: biênio 2013/2014. **Mapeamento da ação finalística “criança com saúde”**: obesidade na primeira infância. Brasília: Ministério da Saúde, Ifan, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**: revisão da Portaria MS/GM n.º 687, de 30 de março de 2006. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Brasília: Ministério da Saúde, 2014c. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnps_revisao_portaria_687.pdf. Acesso em: 24 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional da Saúde. Resolução n.º 510, de 7 de abril de 2016. **Diário Oficial da União**, Brasília, ano 98, n. 510, seção 1, p. 9, 24 maio 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade Federal de Minas Gerais. **Desmistificando dúvidas sobre alimentação e nutrição**: material de apoio para profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b. 164 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para

Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel). **Estimativas sobre a frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos estados brasileiros e no Distrito Federal.** Brasília: Ministério da Saúde, Vigitel, 2018a. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/julho/25/vigitel-brasil-2018.pdf>. Acesso em: 30 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gerência-Geral de Inspeção e Fiscalização Sanitária. Resolução n.º 580, de 1.º de março de 2018. **Diário Oficial da União**, Brasília, ano 43, seção 1, supl., p. 93-95, 5 mar. 2018b.

BRASIL. Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento. Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária (Embrapa). **NASA confirma dados da Embrapa sobre área plantada no Brasil.** Brasília: Embrapa, 2018c. Disponível em: <https://www.embrapa.br/busca-de-noticias/-/noticia/30972114/nasa-confirma-dados-da-embrapa-sobre-area-plantada-no-brasil>. Acesso em: 28 jul. 2020.

BRASIL. Presidência da República. **Medida Provisória n.º 870, de 1.º de janeiro de 2019.** Estabelece a organização básica dos órgãos da Presidência da República e dos Ministérios. Brasília: Presidência a República, 2019a.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Decreto n.º 9.909, de 9 de julho de 2019.** Institui o Programa Nacional de Incentivo ao Voluntariado, o Conselho do Programa Nacional de Incentivo ao Voluntariado, o Prêmio Nacional de Incentivo ao Voluntariado e o Selo de Acreditação do Programa Nacional de Incentivo ao Voluntariado. Brasília: Presidência da República, 2019b.

BRESOLIN, A. M. B. *et al.* Alimentação da criança. *In*: MARCONDES, E. *et al.* (Coord.). **Pediatria básica.** 9. ed. São Paulo: Sarvier, 2010. p. 61-96. v. 1.

CARVALHO, C. A. *et al.* Consumo alimentar e adequação nutricional em crianças brasileiras: revisão sistemática. **Revista Paulista de Pediatria**, Viçosa, v. 33, n. 2, p. 211-221, 2015.

CHUPROSKI, P. *et al.* Práticas alimentares de crianças desnutridas menores de dois anos de idade. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 4, p. 118-125, 2012.

COELHO NETO, A. S.; SAITO, M. I. Obesidade. *In*: MARCONDES, E. *et al.* (Coord.). **Pediatria básica.** 9. ed. São Paulo: Sarvier, 2010. p. 682-686. v. 1.

CROTTY, M. **The foundations of social research: meaning and perspective in the research process.** Califórnia: SagePublications, 1998. 248 p.

CUSTÓDIO, M. B. *et al.* Segurança alimentar e nutricional e a construção de sua política: uma visão histórica. **Segurança Alimentar e Nutricional**, Campinas, v. 18, n. 1, p. 1-10, 2011.

DANTAS, A. S. M. **Crianças em creche: um espaço onde o cuidar e o educar caminham juntos.** Psicologado. [S.l.] (2015). Disponível em:

<https://psicologado.com.br/atuacao/politicas-publicas/criancas-em-creche-um-espaco-onde-o-cuidar-e-o-educar-caminham-juntos>. Acesso em: 23 fev. 2020.

DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS DA ECONOMIA (DIEESE). **Pelo segundo mês consecutivo, custo da cesta diminui em todas as capitais.** 5 set. 2019. Disponível em: <https://www.dieese.org.br/analisecestabasica/2019/201908cestabasica.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2020.

DUARTE, L. S. *et al.* Maternal perception of their child's nutritional status at less than three years old. **Revista Esc. Enfermagem USP**, São Paulo, v. 50, n. 5, p. 771-778, 2016.

ETTINGER, S. Macronutrientes: carboidratos, proteínas e lipídeos. *In*: MAHAN, L. K.; ESCOTT-STUMP, S.; RAYMOND, J. L. **Krause: alimentos, nutrição e dietoterapia**. 10. ed. São Paulo: Elsevier, 2002. p. 30-64.

FELDMANN, L. R. A. *et al.* Implicações psicossociais na obesidade infantil em escolares de 7 a 12 anos de uma cidade serrana do Sul do Brasil. **RBONE – Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v. 3, n. 15, 2012.

FISBERG, R. M.; BUENO, M. B.; MARCHIONI, D. M. L. Evolução nutricional de crianças atendidas em creches públicas no município de São Paulo, Brasil. **Rev PanamSaludPublica**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 165-70, 2003.

FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION OF THE UNITED NATIONS (FAO). **Cúpula Mundial de Alimentação e Nutrição (declaração de Roma sobre a Segurança Alimentar Mundial e plano de ação da Cúpula Mundial da Alimentação)**. Roma: ONU, 13-17 nov. 1996. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/FAO-Food-and-Agriculture-Organization-of-the-United-Nations-Organiza%C3%A7%C3%A3o-das-Na%C3%A7%C3%B5es-Unidas-para-a-Alimenta%C3%A7%C3%A3o-e-a-Agricultura/cupula-mundial-de-alimentacao-declaracao-de-roma-sobre-a-seguranca-alimentar-mundial-a-plano-de-acao-da-cupula-mundial-da-al.html>. Acesso em: 16 fev. 2019.

FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION OF THE UNITED NATIONS (FAO). International Fund for Agricultural Development. World Food Programme. **The State of Food Insecurity in the World: strengthening the enabling environment to improve food security and nutrition**. Roma: ONU, 2014.

GERAQUE, E. Litoral tem mais casas em favelas no Estado. **Folha Uol**, São Paulo, 2 jan. 2012. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidiano/17950-litoral-tem-mais-casas-em-favelas-no-estado.shtml>. Acesso em: 7 jul. 2019.

GUARUJÁ (Município). Litoral sustentável: desenvolvimento com inclusão social. **Resumo executivo de Guarujá**. 2014. Disponível em: <http://www.novomilenio.inf.br/guaruja/gfotos/resumoexecutivo.pdf>. Acesso em: 16 out. 2019.

GUARUJÁ (Município). Operação do COE na Vila Baiana termina com grande apreensão de drogas, três presos e um morto. **Guarujá News**, 1 fev. 2016. Disponível em: <https://www.facebook.com/guarujanews/posts/564821150339304>. Acesso em: 19 jul. 2020.

GUARUJÁ (Município). Secretaria de Desenvolvimento e Assistência Social. **Perfil socioeconômico dos usuários do restaurante popular da Vila Baiana**. Guarujá: Prefeitura de Guarujá, 2017.

GUARUJÁ (Município). Dados gerais da criminalidade no Município: ano de 2018. Guarujá, 2019a. Disponível em: <https://www.guaruja.sp.gov.br/>. Acesso em: 21 jan. 2020.

GUARUJÁ (Município). Conselho Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional. **Guarujá realiza 3.ª Conferência de Segurança Alimentar e Nutricional**. 2019b. Disponível em: <https://www.guaruja.sp.gov.br/guaruja-realiza-3a-conferencia-de-seguranca-alimentar-e-nutricional>. Acesso em: 14 fev. 2020.

HABICHT, J. P. *et al.* Height and weight standards for preschool children: how relevant are ethnic differences in growth potential?. **The Lancet**, v. 303, n. 7.854, p. 611-615, 1974.

HODDINOTT, J; QUISUMBING A. **Methods for microeconomic risk and vulnerability assessments**. Social Protection Discussion Paper Series. Washington, D.C.: The World Bank Group, 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2002-2003**: primeiros resultados – Brasil e regiões. Rio de Janeiro: IBGE, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2010**: aglomerados subnormais – Guarujá, SP. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). **Estimativas da população**: notas metodológicas 2012 – Guarujá. Rio de Janeiro: IBGE, 2013. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2012/estimativa_tcu.shtml. Acesso em: 5 jan. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). **Segurança alimentar**: 2013. Rio de Janeiro: IBGE, 2014a.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). Análise dos Resultados. *In*: IBGE. **Segurança alimentar**: 2013. Rio de Janeiro: IBGE, 2014b.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Síntese de Indicadores Sociais. **Pobreza aumenta e atinge 54,8 milhões de pessoas em 2017**. Rio de Janeiro: IBGE, 11 dez. 2018. Disponível em:

<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/>. Acesso em: 20 jul. 2020.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Índice de Vulnerabilidade Social (IVS)**. Brasília: Ipea, 2014. Disponível em: <http://ivs.ipea.gov.br/index.php/pt/>. Acesso em: 2 fev. 2020.

INSTITUTO DE SEGURANÇA SOCIOAMBIENTAL (ISSA). **Projeto de revitalização socioambiental da Enseada**. 2. ed. Guarujá: ISSA, 2014.

INSTITUTO SUPERIOR DE MEDICINA (ISMD). Marketing ISMD. **Você sabe o que são os obesogênicos?**. Atualizado em 22 ago. 2019. Disponível em: <https://ismd.com.br/voce-sabe-o-que-sao-os-obesogenicos>. Acesso em: 22 fev. 2020.

KAMIMURA, M. A.; BAXMANN, A.; SAMPAIO, L. R.; CUPPARI, L. Avaliação nutricional. *In*: CUPPARI, L. **Guia de medicina ambulatorial e hospitalar Unifesp / Escola paulista de medicina: nutrição no adulto**. Barueri, SP: Manole, 2002. p. 71-98.

KASSAOBA, D.; RAIMUNDO, M. G. M. (Orgs.). **Alimentação escolar: promovendo a saúde do futuro**. São Paulo: Coordenadoria de Desenvolvimento dos Agronegócios (Codeagro), 2017. p. 72.

LEÃO, E. *et al.* **Pediatria ambulatorial**. 4. ed. Belo Horizonte: Cooperativa Editora e de Cultura Médica, 2005. 450 p.

LYSEN, L. K.; ISRAEL, D. A. Nutrição no controle do peso. *In*: MAHAN, L. K.; ESCOTT-STUMP, S.; RAYMOND, J. L. **Krause: alimentos, nutrição e dietoterapia**. 13. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. p. 462-488.

LUCAS, B. Nutrição na infância. *In*: MAHAN L. K.; ESCOTT-STUMP, S.; RAYMOND, J. L. **Krause: alimentos, nutrição e dietoterapia**. 10. ed. São Paulo: Roca, 2002. p. 229-246.

LUCAS, B. L.; FEUCHT, S. A.; OGATA, B. N.; Nutrição na infância. *In*: MAHAN L. K.; ESCOTT-STUMP, S.; RAYMOND, J. L. **Krause: alimentos, nutrição e dietoterapia**. 13. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. p. 229-246.

MADEIRA, Z.; GOMES, D. D. O. Persistentes desigualdades raciais e resistências negras no Brasil contemporâneo. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 133, p. 463-479, set./dez. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.154>. Acesso em: 19 jan. 2010.

MAGALHES, E. P. Combatendo a pobreza e enfrentando as vulnerabilidades: desafios para a articulação entre o Programa Bolsa Família e a Proteção Social Básica. *In*: MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME (MDS). ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA (UNESCO). **Concepção e gestão da proteção social não contributiva no Brasil**. Brasília: MDS, Unesco, 2009. p. 401-23.

MAGALHÃES, H. H. S. R.; PORTE, L. H. M. Percepção de educadores infantis sobre educação alimentar e nutricional. **Ciênc. Educ.**, Bauru, v. 25, n. 1, p. 131-144, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ciedu/v25n1/1516-7313-ciedu-25-01-0131.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2020.

MANZINI, E. J. Entrevista semiestruturada: análise de objetivos e de roteiros. *In: Seminário internacional sobre pesquisa e estudos qualitativos*, 2, 2004, Bauru. Anais... Bauru: USC, 2004. 10 p.

MANZINI; E, J. Uso da entrevista em dissertações e teses produzidas em um programa de pós-graduação em educação. **Revista Percurso**, Maringá, v. 4, n. 2, p. 149-171, 2012.

MARTINS, A. P. B. *et al.* Transferência de renda no Brasil e desfechos nutricionais: revisão sistemática. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, n. 6, p. 1159-1171, 2013.

MARTINS, C.; CARDOSO, P. S. Avaliação nutricional e metabólica: adulto e pediatria. *In: MARTINS, C.; CARDOSO, S. P. Terapia nutricional enteral e parenteral: manual de rotina técnica*. Curitiba: Nutroclínica, 2000. p. 23-26.

MELO, K. M. *et al.* Influência do comportamento dos pais durante a refeição e no excesso de peso na infância. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 01-02, 2017.

MELO, M. E. **Doenças desencadeadas ou agravadas pela obesidade**. São Paulo: Abeso, 4 maio 2011. Disponível em: <https://abeso.org.br/wp-content/uploads/2019/12/5521afaf13cb9.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2019.

MENEZES, E. T. de; SANTOS, T. H. dos. Verbetes PNAE (Programa Nacional de Alimentação Escolar). *In: Dicionário Interativo da Educação Brasileira – Educabrazil*. São Paulo: Midiamix, 2001. Disponível em: <https://www.educabrazil.com.br/pnae-programa-nacional-de-alimentacao-escolar/>. Acesso em: 19 de jan. 2020.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2015 p. 261-264.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v. 5, n. 7, p. 01-12, abr. 2017.

MONTEIRO, C. A. Critérios antropométricos do diagnóstico de desnutrição em programas de assistência à criança. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 209-217, 1984.

MONTEIRO, C. A. *et al.* As causas do declínio da desnutrição infantil no Brasil, 1996-2007. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n.1, p.35-43, 2009.

MONTEIRO, C. A. **As políticas públicas para uma alimentação e nutrição**

saudáveis: desafios no século XXI. Palestra. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 2011. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/instituto-de-saude/producao-editorial/videos/programa-saude-as-cinco-carlos-augusto-monteiro>. Acesso em: 26 fev. 2020.

MOURA, N. C. Influência da mídia no comportamento alimentar de crianças e adolescentes. **Segurança Alimentar e Nutricional**, Campinas, v. 17, n. 1, p. 113-122, 2010.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA OS DIREITOS HUMANOS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos(DUDH)**. Paris: ONU, 1948.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Organização Mundial da Saúde (OMS). Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef). **Primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários da Saúde**. Alma-Ata: ONU, 1978.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA ALIMENTAÇÃO E AGRICULTURA (FAO). Organização Pan-Americana da Saúde (Opas). Fundo Nacional das Nações Unidas para Infância (Unicef). Programa Mundial de Alimentos (PMA). **Desigualdade exacerba fome, desnutrição e obesidade na América Latina e no Caribe:** relatório Organização das Nações Unidas 2018. Roma: ONU, 2018a.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA ALIMENTAÇÃO E AGRICULTURA (FAO). Programa Mundial de Alimentos (PMA). Fundo Internacional de Desenvolvimento Agrícola (Fida). **Guia sobre gestão em alimentação escolar e agricultura local**. Roma: ONU, 2018b.

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA ALIMENTACIÓN Y LA AGRICULTURA (FAO). OrganizaciónPanamericana de laSalud (OPAS). Fondo de lasNaciones Unidas para laInfancia (Unicef). **Panorama de laseguridad alimentaria y nutricional:** desigualdad y sistemas alimentarios. Santiago: FAO, 2018c. 132p.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). **Relatório de Desenvolvimento Humano (RDH) 2019**. Nova Iorque: ONU, 2019.

POWELL, P.; SPEARS, K.; REBORI, M. **What is obesogenic environment?**. Reno: University of Nevada, 2010. FS-10-11. Disponível em: <http://www.unce.unr.edu/publications/files/hn/2010/fs1011.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2020.

PROGRAMA CIDADES SUSTENTÁVEIS. **Indicadores de cidades sustentáveis**. São Paulo: Programa Cidades Sustentáveis, 2016. Disponível em: <https://indicadores.cidadessustentaveis.org.br/br/SP>. Acesso em: 20 jul. 2019.

RAMOS, D. C.; COELHO, T. C. B. Representação social de mães sobre alimentação e uso de estimulantes do apetite em crianças: satisfação, normalidade e poder. **Revista de saúde coletiva**, Physis, v. 27, n. 2, jan./mar. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000200004>. Acesso em: 6 fev. 2020.

ROTENBERG, S.; VARGAS, S de. Práticas alimentares e o cuidado da saúde: da alimentação da criança à alimentação da família. **Revista Brasileira Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 4, n.1, p.85-94, 2004.

ROZ, D. P. Os distúrbios de apetite e a clínica pediátrica. *In*: MARCONDES *et. al.* **Pediatria básica**. 9. ed. São Paulo: Sarvier, 2010. p. 794-799. v. 1.

SAMICO, I. *et al.* **Avaliação em saúde**: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. p. 35-36.

SANTOS, C. C. *et al.* A influência da televisão nos hábitos, costumes e comportamento alimentar. **CogitareEnferm.**, Curitiba, v. 17, n. 1, p. 65-71, 2012.

SÃO PAULO (Estado). Assembleia Legislativa do Estado de São de Paulo. **Lei Complementar n.º 815, de 30 de julho de 1996**. Cria a Região Metropolitana da Baixada Santista e autoriza o Poder Executivo a instituir o Conselho de Desenvolvimento da Região Metropolitana da Baixada Santista, a criar entidade autárquica e a constituir o Fundo de Desenvolvimento Metropolitano da Baixada Santista, e dá providências correlatas. Artigo 1.º – Fica criada a Região Metropolitana da Baixada Santista como unidade regional do Estado de São Paulo, compreendida pelo agrupamento dos Municípios de Bertioga, Cubatão, Guarujá, Itanhaém, Mongaguá, Peruíbe, Praia Grande, Santos e São Vicente. São Paulo: Assembleia Legislativa, 1996. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei.complementar/1996/lei.complementar-815-30.07.1996.html>. Acesso em: 4 out. 2019.

SÃO PAULO (Estado). Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo. Instituto do Legislativo Paulista. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (Seade). **Índice Paulista de Vulnerabilidade Social**. São Paulo: Seade, 2010a.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Agricultura e Abastecimento. Coordenadoria de Agronegócios do Estado de São Paulo (Codeagro). **Alimentação escolar**: promovendo um futuro melhor. São Paulo: Codeagro, 2010b.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Agricultura e Abastecimento. Coordenadoria de Agronegócios do Estado de São Paulo (Codeagro). **Alimentação escolar**. São Paulo: Codeagro, 2017.

SAWAYA, A. L. **Desnutrição urbana no Brasil**: em um período de transição. São Paulo: Ed. Cortez, 1997.

SAWAYA, A. L. Desnutrição: consequências em longo prazo e efeitos da recuperação nutricional. **Estudos Avançados**, v. 20, n. 58, p. 148, 2006.

SIERRA, V. M.; MESQUITA, W. A. Vulnerabilidades e fatores de risco na vida de crianças e adolescentes. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, Fundação Seade, v. 20, n. 1, p. 148-155, jan./mar. 2006. Disponível em: <http://www.seade.gov.br>. Acesso em: 1 fev. 2010.

SILVA, T. A.; COBAYASHI, F. Obesidade infantil na percepção dos pais. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 29, n. 4, p. 634-639, 2011.

SOARES, L. R. *et al.* A transição da desnutrição para a obesidade. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research (BJSCR)**, Minas Gerais, v. 5, n.1, p. 64-68, 2014.

SOUZA, A. M.; MATOS, E. G. Reflexões sobre as abordagens qualitativas, o método clínico e a entrevista como encontro no aqui e agora entre sujeito-pesquisador e sujeito-pesquisado. *In*: GRUBITS, S; NOHUEIRA. J. A. V. (Orgs.). **Método qualitativo: epistemologia, complementariedades e campos de aplicação**. São Paulo: Vetor, 2004. p. 231-232.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 288 p.

TADDEI, J. A. *et al.* Nutritional gains of underprivileged children attending a day care center in S. Paulo City, Brazil: a nine month follow-up study. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 3, n. 1, p. 29-37, 2002.

TRIPADVISOR. Fotografia da Praia da Enseada, Guarujá, SP. Disponível em: <https://www.tripadvisor.com.br/>. Acesso em: 19 jul. 2020.

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS (UNISANTOS). **II Congresso Multidisciplinar de Saúde da Baixada Santista**. Santos: Unisantos, 2019. Disponível em: <https://portal.unisantos.br/congressodesaude/>. Acesso em: 14 fev. 2020.

VALENTE, F. L. S. **Fome e desnutrição: determinantes sociais**. 2. ed. São Paulo: Cortez Editora, 1987.

VALENTE, F. L. S. Fome, desnutrição e cidadania: inclusão social e direitos humanos. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 51-60, 2003.

VAZ, D. S. S.; BENNEMANN, R. M. Comportamento alimentar e hábito alimentar: uma revisão. **Revista Uningá**, Paraná, v. 20, n. 1, p. 108-112, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The World Health Report 1998: Life in the 21st century – a vision for all**. Washington, DC: WHO, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Fifty-seventh world health assembly: global strategy on diet, physical activity and health, WHA57**. Genebra: WHO, 2004. Disponível em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R17-en.pdf. Acesso em: 10 jul. 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO child growth standards**. Genebra: WHO, 2006. Disponível em: <https://www.who.int/childgrowth/mgrs/en/>. Acesso em: 1 mar. 2020.

ZORZAN, F. S. F.; CHAGAS, A. T. S das. Espelho, espelho meu, existe alguém mais bela do que eu?: Uma reflexão sobre o valor do corpo na atualidade e a construção da subjetividade feminina. **Barbaroi**, Santa Cruz do Sul, n. 34, p. 161-187, jun. 2011.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Para pesar e medir as crianças)

(De acordo com a Resolução n.º 466/2012 e a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde)

Prezado(a) senhor(a):

Eu, Albertina Irlane Marinho, mestranda do Programa "*stricto sensu*" em Saúde Coletiva, da Universidade Católica de Santos, sob a orientação da pesquisadora responsável, Profa. Dra. Carolina Luisa Alves Barbieri, estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada: "Compreensão das práticas alimentares das famílias de crianças obesas e desnutridas de uma comunidade em vulnerabilidade social da Baixada Santista".

O estudo tem finalidades acadêmicas, assim como a divulgação científica de seus resultados. A pesquisa tem como objetivo principal: Compreender as práticas alimentares de crianças obesas e desnutridas de uma creche conveniada da Vila Baiana, Guarujá – SP, na perspectiva dos pais, e compreender como as condições socioeconômicas e culturais e o acesso à alimentação das famílias dessas crianças se relacionam com essas práticas alimentares.

A temática apresenta relevância na área da Saúde Coletiva uma vez que, conhecendo melhor esses fatores, podemos fornecer propostas para a formulação e reformulação das ações nutricionais em creches públicas no município do Guarujá e auxiliar na implantação de novas políticas públicas na elaboração de programas relacionados à distribuição de renda e nutrição.

A primeira parte deste estudo será realizada com a medida dos dados de peso e altura da criança para a avaliação nutricional, com duração média de cinco minutos no ambiente escolar reservado e com privacidade, no período da manhã, na entrada da criança na creche, a criança deverá estar descalça, de calcinha ou cueca e na presença do responsável na escola.

A coleta de informações será realizada por mim, sob a orientação da pesquisadora responsável, Profa. Dra. Carolina Luisa Alves Barbieri.

Os participantes não serão submetidos a nenhum procedimento que gere dor e outros riscos físicos, porém a realização das medidas de peso e altura poderá causar algum grau de desconforto, constrangimento, vergonha, insegurança ou estresse mínimos. Caso eles ocorram, as medidas poderão ser interrompidas e, se identificado algum sinal de desconforto psicológico ou de outra ordem relacionadas às medidas de peso e altura, as pesquisadoras comprometem-se a interrompê-las, em dar orientação, suporte, retorno aos pais/responsáveis e encaminhamento a profissionais especializados na área como psicólogos se necessário.

As pesquisadoras comprometem-se em obedecer fielmente a Resolução n.º466/2012e a Resolução n.º 510/2016do Conselho Nacional de Saúde e as normas estabelecidas no Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), Lei n.º 8.069, de 13 de junho de 1990.

Além disso, o responsável da criança participante poderá não conceder a medição caso sinta algum constrangimento, sem prejuízo algum a sua pessoa ou à criança sob sua responsabilidade. O benefício imediato é colaborar com dados sobre obesidade e desnutrição infantil.

Serão garantidos totais anonimato e confidencialidade dos participantes da pesquisa. Sua autorização da participação da criança é livre e voluntária e sua identidade e da criança serão mantidas em sigilo, assim como as informações obtidas serão confidenciais. Mesmo concordando em participar, poderá desistir em qualquer momento do estudo, sem qualquer dano ou prejuízo, e com isso as suas informações serão excluídas e, portanto, não analisadas.

As pesquisadoras estarão disponíveis para esclarecer dúvidas. Para contatá-los poderá ser por meio do endereço eletrônico ou por telefone com as pesquisadoras responsáveis: Albertina Irlane Marinho no telefone 99610-3311 e email albertina.marinho@hotmail.com, ou com a orientadora Profa. Dra. Carolina Luisa Alves Barbieri no telefone 3205-5555ramal 1394 e email carolina.barbieri@unisantos.br. Em caso de dúvidas, denúncias e/ou reclamações referentes aos aspectos éticos da pesquisa os participantes poderão entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Santos (Unisantos), no Campus D. Idílio José Soares, Prédio Administrativo, sala 202. Av. Conselheiro Nébias, 300 – Vila Mathias, telefone: 3205-5555 ramal 1254 e email comet@unisantos.br.

Sua participação na pesquisa não tem nenhum custo, mas também não receberá benefícios financeiros. Os dados colhidos serão utilizados, única e exclusivamente, aos objetivos propostos para o estudo. O resultado dessa pesquisa, quando divulgado, irá garantir o total anonimato e a confidencialidade dos participantes. O participante terá o direito de saber dos resultados parciais e finais da pesquisa.

Este termo é preenchido em duas vias, sendo que uma fica com o pesquisador e outra com o (a) senhor (a) para futuras consultas. Considerando que fui informado (a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto e de como será a participação da criança que sou responsável neste, declaro o meu consentimento em minha criança participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Estou ciente que receberei uma via desse documento.

Assinatura do responsável da criança participante da pesquisa:

Eu, Albertina Irlane Marinho, pesquisadora, declaro que obtive espontaneamente o consentimento deste sujeito de pesquisa (ou de seu representante legal) para realizar este estudo.

Assinatura: _____

Local e Data _____, ____/____/____

APÊNDICE B**TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

(Adaptado para ser transmitido verbalmente para criança de 1 ano e 11 meses a 3 anos e 11 meses)

(De acordo com a Resolução n.º 466 de 12/12/2012 do Conselho Nacional de Saúde, item II.2 e item II.24)

Com a orientação do responsável da escola _____
para a produção desse.

“Hoje nós temos uma tia surpresa na escola, a tia Albertina, ela ajuda a cuidar de nossos lanchinhos, comidinhas e sucos, tudo que nós comemos aqui. E adivinham o que ela quer? Para ela melhorar nossas comidinhas, ela precisa pesar vocês nessa balança (mostrar a balança) e colocar vocês encostadinhos na parede para medir a altura, como nós estamos fazendo com essa boneca de exemplo para vocês olharem que é super legal. Para fazer tudo certinho, nós vamos tirar as roupinhas e sapato e deixaremos vocês só de calcinha ou de cueca, vamos chamar um de cada vez e eu vou estar sempre juntinho ajudando a tia. Quem quer?”.

Para a verificação do aceite e assentimento da criança, serão aceitas resposta verbal positiva ou levantar a mão, após a pergunta “Quem quer?”.

Nome do participante da pesquisa: _____

Assinatura do responsável da escola: _____

Eu, Albertina Irlane Marinho, pesquisadora, declaro que obtive espontaneamente o assentimento deste sujeito de pesquisa para realizar este estudo.

Assinatura: _____

Local e Data _____, ____/____/____

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Para entrevista com pais/responsáveis)

(De acordo com a Resolução n.º 466/2012 e a Resolução n.º 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde)

Prezado(a) senhor(a):

Eu, Albertina Irlane Marinho, mestranda do Programa "*stricto sensu*" em Saúde Coletiva, da Universidade Católica de Santos, sob a orientação da pesquisadora responsável, Profa. Dra. Carolina Luisa Alves Barbieri, estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada: "Compreensão das práticas alimentares das famílias de crianças obesas e desnutridas de uma comunidade em vulnerabilidade social da Baixada Santista".

O estudo tem finalidades acadêmicas, assim como a divulgação científica de seus resultados. A pesquisa tem como objetivo principal: Compreender as práticas alimentares de crianças obesas e desnutridas de uma creche conveniada da Vila Baiana, Guarujá – SP, na perspectiva dos pais, e compreender como as condições socioeconômicas e culturais e o acesso à alimentação das famílias dessas crianças se relacionam essas práticas alimentares.

A temática apresenta relevância na área da Saúde Coletiva uma vez que, conhecendo melhor esses fatores, podemos fornecer propostas para a formulação e reformulação das ações nutricionais em creches públicas no município do Guarujá e auxiliar na implantação de novas propostas públicas na elaboração de programas relacionados à distribuição de renda e nutrição.

Este estudo será realizado com o uso de uma entrevista gravada, com duração média de trinta (30) minutos em um ambiente reservado e com privacidade, no melhor momento e local de escolha do participante da pesquisa.

A coleta de informações será realizada por mim, sob a orientação da pesquisadora responsável, Profa. Dra. Carolina Luisa Alves Barbieri.

Os participantes não serão submetidos a nenhum procedimento que gere dor e outros riscos físicos, porém a realização da entrevista poderá causar algum grau de desconforto ou constrangimento mínimos. Caso eles ocorram, as entrevistas

poderão ser interrompidas e, se identificado algum sinal de desconforto psicológico ou de outra ordem relacionadas a participação da entrevista, as pesquisadoras comprometem-se em interromper a entrevista, dar orientação, suporte e encaminhamento a profissionais especializados na área como psicólogo.

As pesquisadoras comprometem-se em obedecer fielmente a Resolução n.º466/12 e a Resolução n.º 510/2016do Conselho Nacional de Saúde.

Além disso, o participante poderá isentar de responder a qualquer pergunta caso sinta algum constrangimento, sem prejuízo algum a sua pessoa. O benefício imediato é colaborar com dados sobre obesidade e desnutrição infantil.

Serão garantidos totais anonimato e confidencialidade dos participantes da pesquisa. Sua participação é livre e voluntária e sua identidade será mantida em sigilo, assim como as informações obtidas serão confidenciais. Mesmo concordando em participar, poderá desistir em qualquer momento do estudo, sem qualquer dano ou prejuízo, e com isso as suas informações serão excluídas e, portanto, não analisadas.

As pesquisadoras estarão disponíveis para esclarecer dúvidas. Para contatá-las poderá ser por meio do endereço eletrônico ou por telefone com as pesquisadoras responsáveis: Albertina Irlane Marinho no telefone 99610-3311 e email albertina.marinho@hotmail.com, ou com a orientadora Profa. Dra. Carolina Luisa Barbieri no telefone 3205-5555ramal 1394 e email carolina.barbieri@unisantos.br. Em caso de dúvidas, denúncias e/ou reclamações referentes aos aspectos éticos da pesquisa os participantes poderão entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Santos (Unisantos), no Campus D. Idílio José Soares, Prédio Administrativo, sala 202. Av. Conselheiro Nébias, 300 – Vila Mathias, telefone: 3205-5555 ramal 1254 e email comet@unisantos.br.

Sua participação na pesquisa não tem nenhum custo, mas também não receberá benefícios financeiros. Os dados colhidos serão utilizados, única e exclusivamente, aos objetivos propostos para o estudo. O resultado dessa pesquisa, quando divulgado, irá garantir o total anonimato e a confidencialidade dos participantes. O participante terá o direito de saber dos resultados parciais e finais da pesquisa.

Este termo é preenchido em duas vias, sendo que uma fica com o pesquisador e outra com o (a) senhor (a) para futuras consultas. Considerando que

fui informado (a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto e de como será minha participação neste, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Estou ciente que receberei uma via desse documento.

Assinatura do participante da pesquisa:

Eu, Albertina Irlane Marinho, pesquisadora, declaro que obtive espontaneamente o consentimento deste sujeito de pesquisa (ou de seu representante legal) para realizar este estudo.

Assinatura: _____

Local e Data _____, ____/____/____

APÊNDICE D

ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

(Após permissão do entrevistado para gravar a entrevista)

3.4.1.1 Caracterização dos participantes

- a) Nome:
- b) Idade: data de nascimento:
- c) Sexo:
- d) Cor/raça autorreferida:
- e) Grau de escolaridade:
- f) Religião:
- g) Renda familiar:
- h) Quantos cômodos tem a sua casa?
- i) Quantas pessoas moram na casa?
- j) Na sua casa tem caixa d'água? E rede de esgoto?
- k) Você trabalha fora?
- l) É registrada?
- m) Tem mais alguém que mora nessa casa que trabalha fora? É registrado?
- n) Você recebe algum benefício social? (Bolsa família etc.?)
- o) Procedência: vocês são do Guarujá ou vieram de outra região? Qual?

3.4.1.2 Aplicar o Critério da classificação econômica Brasil 2016(ANEXO B)

3.4.1.2 Roteiro da entrevista semiestruturada

- a) Como são feitas as compras de alimentos na sua família?
- b) Como são os preparos dos alimentos na sua família?
- c) Relate quais são os alimentos mais consumidos na sua família?
- d) Quais são os hábitos alimentares da família? (Todos que moram na casa jantam juntos? Onde comem, na mesa, sofá? Com ou sem TV ou celular? Família come junta ou separada etc.?)

- e) Como é a alimentação do seu filho após chegar da creche? (Quando chega em casa seu filho (a) janta novamente? Come alguma outra coisa em casa?)
- f) Pode me falar um pouco sobre a qualidade e quantidade da alimentação do seu filho (a) em casa?
- g) Como você considera as refeições da creche?
- h) Como você enxerga a alimentação do seu filho, na creche e em casa?
- i) O que você pode me falar como você considera seu filho, saudável ou não? Mudou antes e após a entrada na creche?
- j) Existe(m) algum(ns) alimento(s) que vocês não comem por algum motivo?
- k) Como você vê o corpo de seu filho?
- l) A creche faz algum programa de educação nutricional com vocês, pais? Se sim, o que você acha deles?
- m) Você recebe alguma informação sobre alimentação da creche? Se sim, o que você acha dela?
- n) De modo geral, como você considera a alimentação de sua família? (Você considera que a alimentação de família é saudável?)

ANEXO A

Perguntas pertencentes à Escala Ebia em 2013

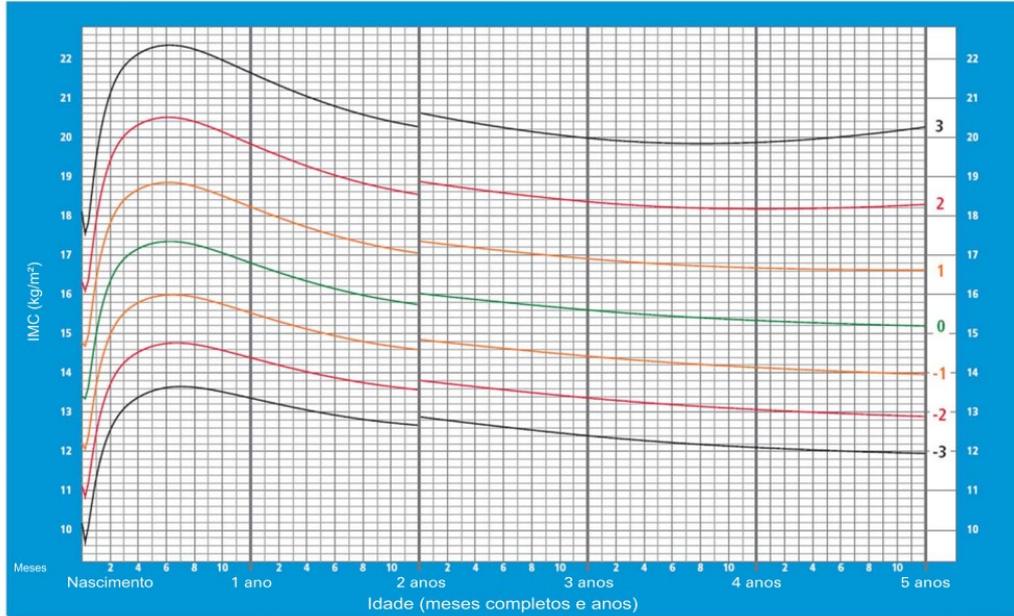
1 - Nos últimos três meses, os moradores deste domicílio tiveram preocupação de que os alimentos acabassem antes de poderem comprar ou receber mais comida?
2 - Nos últimos três meses, os alimentos acabaram antes que os moradores deste domicílio tivessem dinheiro para comprar mais comida?
3 - Nos últimos três meses, os moradores deste domicílio ficaram sem dinheiro para ter uma alimentação saudável e variada?
4 - Nos últimos três meses, os moradores deste domicílio comeram apenas alguns alimentos que ainda tinham porque o dinheiro acabou?
5 - Nos últimos três meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade deixou de fazer uma refeição porque não havia dinheiro para comprar comida?
6 - Nos últimos três meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade, alguma vez, comeu menos do que devia porque não havia dinheiro para comprar comida?
7 - Nos últimos três meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade, alguma vez, sentiu fome, mas não comeu, porque não havia dinheiro para comprar comida?
8 - Nos últimos três meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade, alguma vez, fez apenas uma refeição ao dia ou ficou um dia inteiro sem comer porque não havia dinheiro para comprar comida?
9 - Nos últimos três meses, algum morador com menos de 18 anos de idade, alguma vez, deixou de ter uma alimentação saudável e variada porque não havia dinheiro para comprar comida?
10 - Nos últimos três meses, algum morador com menos de 18 anos de idade, alguma vez, não comeu quantidade suficiente de comida porque não havia dinheiro para comprar comida?
11 - Nos últimos três meses, alguma vez, foi diminuída a quantidade de alimentos das refeições de algum morador com menos de 18 anos de idade, porque não havia dinheiro para comprar comida?
12 - Nos últimos três meses, alguma vez, algum morador com menos de 18 anos de idade deixou de fazer alguma refeição, porque não havia dinheiro para comprar comida?
13 - Nos últimos três meses, alguma vez, algum morador com menos de 18 anos de idade sentiu fome, mas não comeu porque não havia dinheiro para comprar comida?
14 - Nos últimos três meses, alguma vez, algum morador com menos de 18 anos de idade fez apenas uma refeição ao dia ou ficou sem comer por um dia inteiro porque não havia dinheiro para comprar comida?

Fonte: adaptado pela autora da pesquisa (IBGE, 2014).

ANEXO B CURVAS IMC-PARA-IDADE (OMS, 2006)

IMC por Idade MENINOS

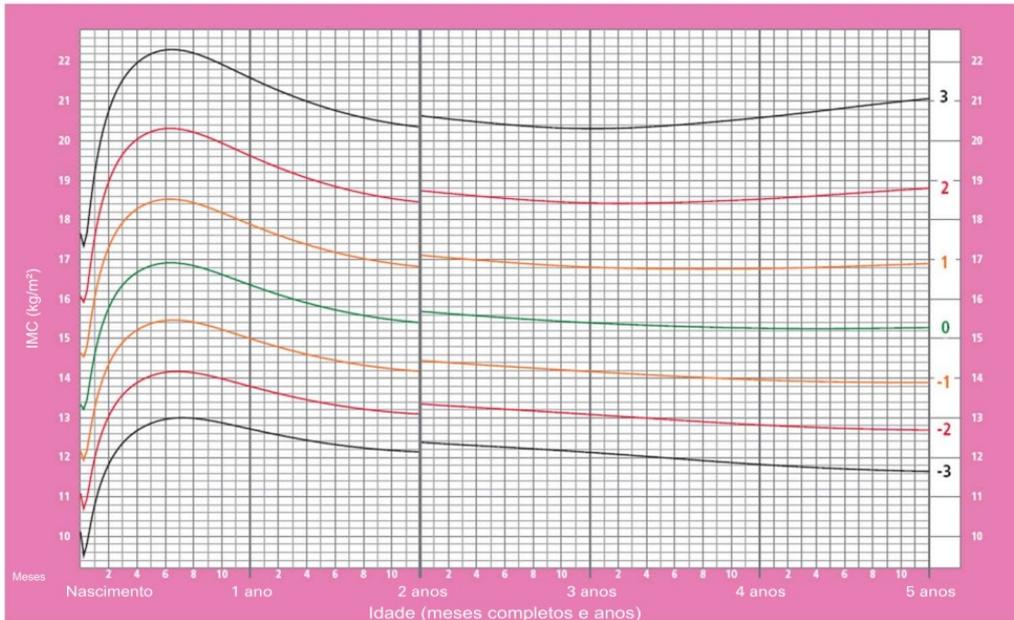
Do nascimento aos 5 anos (escores-z)



Fonte: WHO Child Growth Standards, 2006 (<http://www.who.int/childgrowth/en/>)

IMC por Idade MENINAS

Do nascimento aos 5 anos (escores-z)



Fonte: WHO Child Growth Standards, 2006 (<http://www.who.int/childgrowth/en/>)

ANEXO C

CRITÉRIO BRASIL



Alterações na aplicação do Critério Brasil, válidas a partir de 16/04/2018

A metodologia de desenvolvimento do Critério Brasil que entrou em vigor no início de 2015 está descrita no livro *Estratificação Socioeconômica e Consumo no Brasil* dos professores Wagner Kamakura (Rice University) e José Afonso Mazzon (FEA /USP), baseado na Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) do IBGE.

A regra operacional para classificação de domicílios, descrita a seguir, resulta da adaptação da metodologia apresentada no livro às condições operacionais da pesquisa de mercado no Brasil.

As organizações que utilizam o Critério Brasil podem relatar suas experiências ao Comitê do CCEB. Essas experiências serão valiosas para que o Critério Brasil seja permanentemente aprimorado.

A transformação operada atualmente no Critério Brasil foi possível graças a generosa contribuição e intensa participação dos seguintes profissionais nas atividades do comitê:

Luis Pilli (Coordenador) - LARC Pesquisa de Marketing

Bianca Ambrósio - Kantar

Bruna Suzzara – IBOPE Inteligência

Luciano Pontes – Kantar IBOPE Media

Marcelo Alves - Nielsen

Margareth Reis – GFK

Paula Yamakawa – IBOPE Inteligência

Renata Nunes - Data Folha

Sandra Mazzo - IPSOS

Sidney Fernandes - Kantar IBOPE Media

A ABEP, em nome de seus associados, registra o reconhecimento e agradece o envolvimento desses profissionais.

SISTEMA DE PONTOS**Variáveis**

	Quantidade				
	0	1	2	3	4 ou +
Banheiros	0	3	7	10	14
Empregados domésticos	0	3	7	10	13
Automóveis	0	3	5	8	11
Microcomputador	0	3	6	8	11
Lava louca	0	3	6	6	6
Geladeira	0	2	3	5	5
Freezer	0	2	4	6	6
Lava roupa	0	2	4	6	6
DVD	0	1	3	4	6
Micro-ondas	0	2	4	4	4
Motocicleta	0	1	3	3	3
Secadora roupa	0	2	2	2	2

Grau de instrução do chefe de família e acesso a serviços públicos

Escolaridade da pessoa de referência		
Analfabeto / Fundamental I incompleto	0	
Fundamental I completo / Fundamental II incompleto	1	
Fundamental II completo / Médio incompleto	2	
Médio completo / Superior incompleto	4	
Superior completo	7	
Serviços públicos		
	Não	Sim
Água encanada	0	4
Rua pavimentada	0	2

Distribuição das classes

As estimativas do tamanho dos estratos atualizados referem-se ao total Brasil e resultados das macrorregiões, além do total das 9 Regiões Metropolitanas e resultados para cada uma das RM's (Porto Alegre, Curitiba, São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Brasília, Salvador, Recife e Fortaleza).

As estimativas para o total do Brasil e macrorregiões são baseadas em estudos probabilísticos nacionais do Datafolha e IBOPE Inteligência. E as estimativas para as 9 Regiões Metropolitanas se baseiam em dados de estudos probabilísticos da IPSOS e Kantar IBOPE Média (LSE).

Classe	Brasil	Sudeste	Sul	Nordeste	Centro Oeste	Norte
1 - A	2,8%	3,5%	3,4%	1,3%	4,3%	1,1%
2 - B1	4,6%	5,6%	6,0%	2,5%	6,2%	2,1%
3 - B2	16,4%	19,6%	20,9%	9,5%	20,3%	9,9%
4 - C1	21,6%	24,5%	26,0%	15,9%	22,2%	16,6%
5 - C2	26,1%	26,3%	26,8%	25,0%	27,6%	25,8%
6 - D-E	28,5%	20,5%	16,9%	45,8%	19,4%	44,6%
total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Classe	9 RM'S	POA	CWB	SP	RJ	BH	BSB	SSA	REC	FOR
1 - A	4,4%	4,2%	6,0%	5,1%	2,6%	4,6%	12,9%	2,7%	2,7%	2,6%
2 - B1	6,4%	6,8%	7,7%	7,5%	4,9%	6,7%	11,8%	4,5%	5,2%	3,0%
3 - B2	19,0%	22,6%	22,7%	22,7%	15,9%	18,2%	23,3%	13,3%	15,4%	11,3%
4 - C1	23,1%	24,0%	25,8%	26,8%	21,7%	24,1%	20,0%	20,5%	15,1%	16,5%
5 - C2	26,2%	25,3%	24,1%	26,1%	28,1%	25,9%	20,4%	29,9%	23,9%	26,5%
6 - D-E	20,9%	17,1%	13,8%	11,8%	26,8%	20,4%	11,6%	29,0%	37,6%	40,2%
total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cortes do Critério Brasil

Classe	Pontos
A	45 - 100
B1	38 - 44
B2	29 - 37
C1	23 - 28
C2	17 - 22
D - E	1 - 16

Estimativa para a Renda Média Domiciliar para os estratos do Critério Brasil

Abaixo são apresentadas as estimativas de renda domiciliar mensal para os estratos socioeconômicos. Os valores se baseiam na **PNADC 2017** e representam aproximações dos valores que podem ser obtidos em amostras de pesquisas de mercado, mídia e opinião. A experiência mostra que a variância observada para as respostas à pergunta de renda é elevada, com sobreposições importantes nas rendas entre as classes. Isso significa que a pergunta de renda não é um estimador eficiente de nível socioeconômico e não substitui ou complementa o questionário sugerido abaixo. O objetivo da divulgação dessas informações é oferecer uma ideia de característica dos estratos socioeconômicos resultantes da aplicação do Critério Brasil.

Estrato Sócio Económico	Renda média domiciliar
A	23.345,11
B1	10.386,52
B2	5.363,19
C1	2.965,69
C2	1.691,44
D-E	708,19
TOTAL	2.908,32

PROCEDIMENTO NA COLETA DOS ITENS

É importante e necessário que o critério seja aplicado de forma uniforme e precisa. Para tanto, é fundamental atender integralmente as definições e procedimentos citados a seguir.

Para aparelhos domésticos em geral:

Devem ser considerados todos os bens que estão dentro do domicílio em funcionamento (incluindo os que estão guardados) independente da forma de aquisição: compra, empréstimo, aluguel, etc. Se o domicílio possui um bem que emprestou a outro, este não deve ser contado pois não está em seu domicílio atualmente. Caso não estejam funcionando, considere apenas se tiver intenção de consertar ou repor nos próximos seis meses.

Banheiro

O que define o banheiro é a existência de vaso sanitário. Considerar todos os banheiros e lavabos com vaso sanitário, incluindo os de empregada, os localizados fora de casa e os da(s) suíte(s). Para ser considerado, o banheiro tem que ser privativo do domicílio. Banheiros coletivos (que servem a mais de uma habitação) não devem ser considerados.

Empregados Domésticos

Considerar apenas os empregados mensalistas, isto é, aqueles que trabalham pelo menos cinco dias por semana, durmam ou não no emprego. Não esqueça de incluir babás, motoristas, cozinheiras, copeiras, arrumadeiras, considerando sempre os mensalistas.

Note bem: o termo empregado mensalista se refere aos empregados que trabalham no domicílio de forma permanente e/ou contínua, pelo menos cinco dias por semana, e não ao regime de pagamento do salário.

Automóvel

Não considerar táxis, vans ou pick-ups usados para fretes, ou qualquer veículo usado para atividades profissionais. Veículos de uso misto (pessoal e profissional) não devem ser considerados.

Microcomputador

Considerar os computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks. **Não considerar:** calculadoras,

agendas eletrônicas, tablets, palms, smartphones e outros aparelhos.

Lava-Louça

Considere a máquina com função de lavar as louças.

Geladeira e Freezer

No quadro de pontuação há duas linhas independentes para assinalar a posse de geladeira e freezer respectivamente. A pontuação será aplicada de forma independente:

Havendo uma geladeira no domicílio, serão atribuídos os pontos (2) correspondentes a posse de geladeira; Se a geladeira tiver um freezer incorporado – 2ª porta – ou houver no domicílio um freezer independente serão atribuídos os pontos (2) correspondentes ao freezer. Dessa forma, esse domicílio totaliza 4 pontos na soma desses dois bens.

Lava-Roupa

Considerar máquina de lavar roupa, somente as máquinas automáticas e/ou semiautomática. O tanquinho NÃO deve ser considerado.

DVD

Considere como leitor de DVD (Disco Digital de Vídeo ou Disco Digital Versátil) o acessório doméstico capaz de reproduzir mídias no formato DVD ou outros formatos mais modernos, incluindo videogames, computadores, notebooks. Inclua os aparelhos portáteis e os acoplados em microcomputadores.

Não considere DVD de automóvel.

Micro-ondas

Considerar forno micro-ondas e aparelho com dupla função (de micro-ondas e forno elétrico).

Motocicleta

Não considerar motocicletas usadas exclusivamente para atividades profissionais. Motocicletas apenas para uso pessoal e de uso misto (pessoal e profissional) devem ser consideradas.

Secadora de roupas

Considerar a máquina de secar roupa. Existem máquinas que fazem duas funções, lavar e secar. Nesses casos, devemos considerar esse equipamento como uma máquina de lavar e como uma secadora.

Modelo de Questionário sugerido para aplicação

P.XX Agora vou fazer algumas perguntas sobre itens do domicílio para efeito de classificação econômica. Todos os itens de eletroeletrônicos que vou citar devem estar funcionando, incluindo os que estão guardados. Caso não estejam funcionando, considere apenas se tiver intenção de consertar ou repor nos próximos seis meses.

INSTRUÇÃO: Todos os itens devem ser perguntados pelo entrevistador e respondidos pelo entrevistado.

Vamos começar? No domicílio tem _____ (LEIA CADA ITEM)

ITENS DE CONFORTO	NÃO POSSUI	QUANTIDADE QUE POSSUI			
		1	2	3	4+
Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular					
Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana					
Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho					
Quantidade de banheiros					
DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel					
Quantidade de geladeiras					
Quantidade de <i>freezers</i> independentes ou parte da geladeira duplex					
Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones					
Quantidade de lavadora de louças					
Quantidade de fornos de micro-ondas					
Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional					
Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca					

A água utilizada neste domicílio é proveniente de?	
1	Rede geral de distribuição
2	Poço ou nascente
3	Outro meio

Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é:	
1	Asfaltada/Pavimentada
2	Terra/Cascalho

Qual é o grau de instrução do chefe da família? Considere como chefe da família a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio.

Nomenclatura atual	Nomenclatura anterior
Analfabeto / Fundamental I incompleto	Analfabeto/Primário Incompleto
Fundamental I completo / Fundamental II incompleto	Primário Completo/Ginásio Incompleto
Fundamental completo/Médio incompleto	Ginásio Completo/Colegial Incompleto
Médio completo/Superior incompleto	Colegial Completo/Superior Incompleto
Superior completo	Superior Completo

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

Este critério foi construído para definir grandes classes que atendam às necessidades de segmentação (por poder aquisitivo) da grande maioria das empresas. Não pode, entretanto, como qualquer outro critério, satisfazer todos os usuários em todas as circunstâncias. Certamente há muitos casos em que o universo a ser pesquisado é de pessoas, digamos, com renda pessoal mensal acima de R\$ 30.000. Em casos como esse, o pesquisador deve procurar outros critérios de seleção que não o CCEB.

A outra observação é que o CCEB, como os seus antecessores, foi construído com a utilização de técnicas estatísticas que, como se sabe, sempre se baseiam em coletivos. Em uma determinada amostra, de determinado tamanho, temos uma determinada probabilidade de classificação correta, (que, esperamos, seja alta) e uma probabilidade de erro de classificação (que, esperamos, seja baixa).

Nenhum critério estatístico, entretanto, tem validade sob uma análise individual. Afirmações frequentes do tipo “... conheço um sujeito que é obviamente classe D, mas pelo critério é classe B...” não invalidam o critério que é feito para funcionar estatisticamente. Servem, porém, para nos alertar, quando trabalhamos na análise individual, ou quase individual, de comportamentos e atitudes (entrevistas em profundidade e discussões em grupo respectivamente). Numa discussão em grupo um único caso de má classificação pode pôr a perder todo o grupo. No caso de entrevista em profundidade os prejuízos são ainda mais óbvios. Além disso, numa pesquisa qualitativa, raramente uma definição de classe exclusivamente econômica será satisfatória.

Portanto, é de fundamental importância que todo o mercado tenha ciência de que o CCEB, ou qualquer outro critério econômico, não é suficiente para uma boa classificação em pesquisas qualitativas. Nesses casos deve-se obter além do CCEB, o máximo de informações (possível, viável, razoável) sobre os respondentes, incluindo então seus comportamentos de compra, preferências e interesses, lazer e hobbies e até características de personalidade.

Uma comprovação adicional da adequação do Critério de Classificação Econômica Brasil é sua discriminação efetiva do poder de compra entre as diversas regiões brasileiras, revelando importantes diferenças entre elas.

ANEXO D

PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Compreensão das práticas alimentares das famílias de crianças obesas e desnutridas de uma comunidade em vulnerabilidade social da Baixada Santista

Pesquisador: ALBERTINA IRLANE MARINHO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 99917918.6.0000.5536

Instituição Proponente: Universidade Católica de Santos - UNISANTOS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.024.603

Apresentação do Projeto:

Trata-se da reapresentação de um projeto de Mestrado em Saúde Coletiva da Unisantos. O estudo tem o designo em compreender as práticas alimentares das famílias de crianças obesas e desnutridas na perspectiva dos pais em condições de vulnerabilidade social e a relação das influências dos fatores socioeconômicos e culturais que essas crianças estão inseridas.

Objetivo da Pesquisa:

Compreender as práticas alimentares de crianças obesas e desnutridas assistidas por uma creche conveniada situada numa região de alta vulnerabilidade social, na perspectiva dos pais.

Compreender como as condições socioeconômicas e culturais e o acesso à alimentação das famílias dessas crianças se relacionam com as práticas alimentares pelos pais.

Compreender as influências da alimentação na creche no estado nutricional dos filhos na perspectiva dos pais.

Compreender as percepções do corpo de crianças com desnutrição e obesidade na perspectiva dos pais.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os participantes não serão submetidos a nenhum procedimento que gere dor e outros riscos físicos, porém a realização da entrevista poderá causar algum grau de desconforto ou constrangimento mínimos.

Endereço: Av. Conselheiro Nébias, nº 300

Bairro: Vila Mathias

CEP: 11.015-002

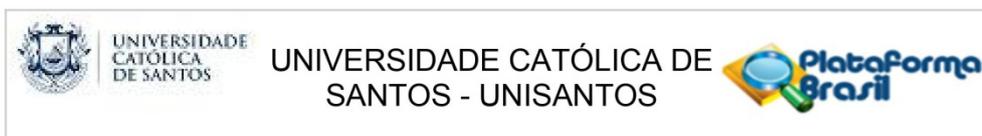
UF: SP

Município: SANTOS

Telefone: (13)3228-1254

Fax: (13)3205-5555

E-mail: comet@unisantos.br



Continuação do Parecer: 3.024.603

As crianças serão pesadas portando "calcinhas ou cuecas" mas não faz menção de privacidade, mas no Termo de Assentimento e no TCLE aos responsáveis está claro que a criança que se sentir constrangida tem o direito de negar a realizar a pesagem.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O novo projeto atende ao solicitado na última avaliação

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos adequadamente apresentados

Recomendações:

Garantir a privacidade das crianças no momento da avaliação de peso e de estatura, em ambiente reservado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pela aprovação

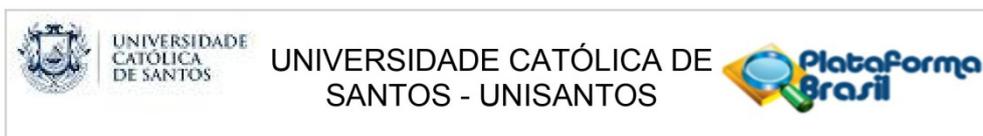
Considerações Finais a critério do CEP:

Cumprindo a Resolução 466/2012 e da 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, o projeto de pesquisa foi analisado por um relator e em Reunião em 13/11/2018 o colegiado do Comitê de Ética da Universidade Católica de Santos considerou o projeto Aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1229945.pdf	01/11/2018 08:41:37		Aceito
Outros	Carta_parecerista_cep.docx	01/11/2018 08:40:56	Carolina Luisa Alves Barbieri	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Assentimento.docx	01/11/2018 08:40:33	Carolina Luisa Alves Barbieri	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Albertina_011118.docx	01/11/2018 08:40:06	Carolina Luisa Alves Barbieri	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoAlbertina.pdf	28/09/2018 21:21:57	Carolina Luisa Alves Barbieri	Aceito
Outros	CADASTROIPECI.pdf	28/09/2018 16:02:15	ALBERTINA IRLANE MARINHO	Aceito
Outros	CARTEANUENCIA2108.pdf	28/09/2018 15:48:45	ALBERTINA IRLANE MARINHO	Aceito

Endereço: Av. Conselheiro Nébias, nº 300
Bairro: Vila Mathias **CEP:** 11.015-002
UF: SP **Município:** SANTOS
Telefone: (13)3228-1254 **Fax:** (13)3205-5555 **E-mail:** comet@unisantos.br



Continuação do Parecer: 3.024.603

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTOS, 18 de Novembro de 2018

Assinado por:
Cezar Henrique de Azevedo
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Conselheiro Nébias, nº 300
Bairro: Vila Mathias **CEP:** 11.015-002
UF: SP **Município:** SANTOS
Telefone: (13)3228-1254 **Fax:** (13)3205-5555 **E-mail:** comet@unisantos.br

ANEXO E

TERMO DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO DO ESTUDO

ASSOCIAÇÃO LAR ESPÍRITA CRISTÃO ELIZABETH – ALECE
 Associação de Utilidade Pública Federal (Portaria nº. 562/01 – Proc. MJ nº. 12.684/00-11)
 Associação registrada no CNAS – CMAS-CMDCA
 CNPJ 49.185.325/0001-85



ANEXO 2

TERMO DE ANUÊNCIA

A Instituição, Associação Lar Espírita Cristão Elizabeth, mantenedora do Núcleo Educacional Infantil Conveniado Espírita Cristã Maria de Nazaré está ciente e autoriza a Pesquisadora Albertina Irlane Marinho a participar do projeto de pesquisa intitulada: Compreensão das práticas alimentares das famílias de crianças obesas e desnutridas de uma comunidade em vulnerabilidade social da Baixada Santista, inserido programa de Pós Graduação – Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos e orientada pela pesquisadora Profª Dra. Carolina Luisa Barbieri.

Guarujá, 28 de Setembro de 2018.


 Associação Lar Espírita Cristão Elizabeth

Fernando Kunyo Isobata – Presidente
 CPF: 165.009.898-72

49.185.325/0001-85
ASSOCIAÇÃO LAR ESPÍRITA
CRISTÃO ELIZABETH
 R. Vereador Orlando Falcão, Nº 172
 Jardim Praiano - Guarujá - SP
 CEP: 11.443-010

