



REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE FREQUENTADORES DE RESTAURANTES POPULARES SOBRE ALIMENTAÇÃO: SUBSÍDIO PARA AÇÃO EDUCATIVA

SOUP-KITCHEN FREQUENTERS' SOCIAL REPRESENTATIONS OF HEALTHY EATING: SUBSIDY FOR EDUCATIONAL ACTION

Isabel Cristina Bento¹

Mery Natali Silva Abreu²

Maria Marta Amancio Amorim³

Maria Flávia Gazzinelli Bethony⁴

Simone Cardoso Lisboa Pereira⁵

Resumo: Objetivou-se identificar as representações sociais de frequentadores dos Restaurantes Populares de Belo Horizonte/Minas Gerais, acerca das mudanças que têm feito ou esperam fazer em sua alimentação; e das dificuldades para se alimentar de forma saudável. Empregou-se a entrevista face a face utilizando um roteiro semiestruturado e pré-testado. A técnica do Discurso do Sujeito Coletivo possibilitou identificar três grupos de representações sociais: “sintonizadas aos princípios e diretrizes da alimentação saudável”, “fortemente marcadas pelo senso comum”, “passíveis de sofrer mudanças quando a capacidade de planejar do indivíduo é aprimorada”. Constatou-se que as representações sociais permitiram lançar um olhar sobre a vida cotidiana dos sujeitos em termos de sua alimentação, bem como perceber a necessidade de uma intervenção educativa problematizadora em que se trabalhe o plano afetivo da aprendizagem, e favoreça o diálogo entre os indivíduos, com ênfase na vivência de experiências estéticas, capaz de afetar e produzir sensações, exercendo sobre a subjetividade uma ação direta.

¹ Mestre em Enfermagem na linha Educação e Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto René Rachou (FIOCRUZ/Minas).

² Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Aplicada. Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

³ Mestre em Ciência de Alimentos e Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Investigadora do Centro de Estudos em Migrações e Relações Interculturais da Universidade Aberta de Lisboa/Portugal.

⁴ Mestre e Doutora em Educação pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Departamento de Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

⁵ Mestre e Doutora em Microbiologia pela Universidade Federal de Viçosa (UFV). Departamento de Nutrição, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

Revista Gepesvida

Palavras-chave: Alimentação, Promoção da saúde, Restaurantes, Assistência alimentar, Pesquisa qualitativa.

Abstract: The objective was to identify the social representations of frequenters of Popular Restaurants in Belo Horizonte / Minas Gerais about the changes they have made or expect to make in their food; and the difficulties to eat healthy. The face-to-face interview was used using a semi-structured and pre-tested script. The Collective Subject Discourse technique made it possible to identify three groups of Popular Restaurants: "in tune with the principles and guidelines of healthy eating", "strongly marked by common sense", "subject to change when the individual's ability to plan is improved". It was found that the Popular Restaurants allowed us to take a look at the subjects' daily lives in terms of their food, as well as to perceive the need for a problematic educational intervention that works on the affective learning plan, and favors the dialogue between individuals, with emphasis on the experience of aesthetic experiences, capable of affecting and producing sensations, exercising a direct action on subjectivity.

Keywords: Food; Health promotion; Restaurants, food assistance, Qualitative research.

INTRODUÇÃO

A insegurança alimentar e nutricional (IAN) é um conceito abrangente e interdisciplinar, que se manifesta quando a disponibilidade e o acesso aos alimentos, tanto em termos de qualidade quanto de quantidade, são insuficientes de forma regular. Esse quadro pode ocasionar diversos problemas alimentares e nutricionais, entre eles, a desnutrição, as carências nutricionais específicas, o sobrepeso e a obesidade, além de práticas alimentares prejudiciais à saúde. Outras situações relacionadas à IAN incluem o aumento no preço dos alimentos, padrões alimentares impostos que muitas vezes são incompatíveis com a cultura local, e a fome, que pode ser entendida como uma forma de violência social (Brasil, 2006; Trivellato et al., 2019).

Em termos globais, as estimativas de prevalência da Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO), do Fundo Internacional de Desenvolvimento Agrícola (IFAD), do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), do Programa Mundial de Alimentos (WFP) e da Organização Mundial da Saúde (WHO) indicam que, em 2019, 9,2% da população mundial foi exposta a níveis severos de IAN, enquanto 26,4% enfrentaram níveis moderados ou severos (FAO, IFAD, UNICEF, WFP; WHO, 2020). Na América Latina, a prevalência de níveis severos foi de 7,6%, com 28,5% da população exposta a níveis moderados ou severos.

No Brasil, um estudo de De Araújo et al. (2020) com dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) de 2008-2009 revelou que, entre 55.406 domicílios investigados, 39,4% estavam em situação de IAN. A pesquisa também identificou que 93,9% dessas famílias enfrentavam dificuldades para viver com a renda disponível até o final do mês. Para dados mais atuais, a POF de 2017-2018 indicou uma continuidade da alta prevalência de insegurança alimentar no país, refletindo as dificuldades econômicas enfrentadas por boa parte da população. De acordo com os últimos dados, cerca de 30% dos domicílios brasileiros estão em situação de insegurança alimentar (IBGE, 2020).

Além disso, uma revisão sistemática que analisou dados de 2004 a 2013 revelou que a média ponderada da prevalência de IAN entre os beneficiários do Programa Bolsa Família e as populações em situação de desigualdade social foi, respectivamente, de 76,6% e 87,2% (Bezerra, Olinda & Pedraza, 2017). Este cenário coloca a insegurança alimentar como um problema global com grandes repercussões para a saúde e o bem-estar dos indivíduos.

No Brasil, com o objetivo de garantir a segurança alimentar e nutricional para a

Revista Gepesvida

população, foi criado o Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN) em 2006, estruturado por meio de uma rede de programas sociais, ações de alimentação e nutrição, e serviços públicos como os Restaurantes Populares (RP) (Brasil, 2006). Esses espaços têm como principal objetivo oferecer refeições nutritivas e acessíveis, priorizando os grupos mais vulneráveis em situação de IAN (Padrão & Aguiar, 2018). Além disso, os RP funcionam também como centros de educação alimentar e nutricional, com o intuito de incentivar a adoção de hábitos alimentares saudáveis, contribuindo assim para a prevenção de doenças crônicas não transmissíveis e a promoção da saúde (Brasil, 2011).

A educação alimentar e nutricional para subsidiar ações no contexto da Segurança Alimentar e Nutricional deve envolver diferentes profissionais e setores e não ter fronteiras entre as disciplinas, além de se configurar como uma prática contínua e permanente, a fim de alcançar uma prática alimentar saudável autônoma e voluntária. Essa prática precisa ser alcançada com a utilização de abordagens e recursos educacionais problematizadores e ativos, favorecendo assim o diálogo junto aos sujeitos e grupos populacionais, em todas as fases de vida, etapas do sistema alimentar, bem como significados e interações que permeiam o comportamento alimentar (Brasil, 2012; Boog, 2017).

Sendo assim, é importante conhecer a maneira como as pessoas pensam e agem com relação à alimentação, e como colocam em prática este pensamento, o seu contexto social e econômico, a forma como se percebem do ponto de vista alimentar, bem como sua capacidade e disposição para mudar. O grande desafio que se coloca, por conseguinte, no campo da educação alimentar e nutricional é desenhar uma proposta que articule dispositivos pedagógicos que atuem sobre as variáveis sócio cognitivas do comportamento e, ao mesmo tempo, dispositivos produtores de subjetividade (Bento, 2012).

Para se entender os comportamentos, as práticas e os hábitos alimentares dos sujeitos é importante compreender suas representações sociais, considerando que essas têm por objetivo abstrair sentido do mundo e introduzir nele ordens e percepções, produzindo um mundo de uma forma significativa. O comportamento é orientado pelas representações sociais, e contribui para construir novas representações que vão se transformando e guardando relação com o passado de uma comunidade, de um grupo, suas tradições, história, sendo produto da prática presente e daquelas que guiam as ações de sujeitos e grupos sociais (Moscovici, 2015).

Além disso, as representações sociais incluem as dimensões cognitiva, afetiva, simbólica e imagética. Ao identificar as representações sociais como uma organização simbólica sobre a qual se desenvolvem as diferentes práticas e as relações sociais dos membros de um grupo, instituição e comunidade, adota-se o conceito de representação como uma produção subjetiva. As representações nesse sentido possuem ao lado e de modo inseparável do cognitivo, simbólico e do emocional, um sentido subjetivo e uma configuração subjetiva (Moscovici, 2015).

Diante do exposto, o objetivo do presente estudo é identificar as representações sociais de frequentadores dos RP de Belo Horizonte, Minas Gerais (MG) a cerca das dificuldades para se alimentar de forma saudável e as mudanças que têm feito ou esperam fazer em sua alimentação.

Revista Gepesvida

METODOLOGIA

Este estudo faz parte de um projeto em que foram levantados o perfil sociodemográfico, nutricional e psicossocial dos usuários dos Restaurantes Populares de Belo Horizonte (RPBH), os quais serviram como fundamento para a elaboração de uma Intervenção Educativa Alimentar e Nutricional.

TIPO DE ESTUDO, LOCAL E POPULAÇÃO

Trata-se de um estudo transversal descritivo realizado em cinco RPBH, localizados em áreas centrais da cidade, próximas a locais de transporte de massa e, ou em áreas periféricas com grande aglomeração da população em situação de risco social e nutricional, com horários de funcionamento entre 7 horas da manhã à 18:30 horas, servindo desjejum, almoço e jantar, sendo eles: RP Herbert de Souza (RPI) - Distrito Sanitário Centro-Sul, RP Josué de Castro (RPII) - Distrito Sanitário Centro-Sul, RP Maria Regina Nabuco (RPIII) - Distrito Sanitário Venda Nova, RP Dom Mauro Bastos (RPIV) - Distrito Sanitário Barreiro, e RP da Câmara Municipal João Bosco Murta Lages (RPV) - Distrito Sanitário Leste.

Para se estabelecer o tamanho da amostra foi necessário medir o fluxo semanal, uma vez que não existe cadastro dos usuários dos RP, apenas o número de refeições vendidas diariamente. A partir desses valores, foi calculada a amostra de usuários de cada estabelecimento. O cálculo considerou o tamanho da população atendida em cada RP, com vistas a alcançar representatividade amostral em cada estabelecimento. Além do cálculo amostral, foi definido que a coleta das informações seria realizada por cotas, respeitando a distribuição por sexo e grupo etário dos usuários e por refeições realizadas em cada estabelecimento (desjejum, almoço e jantar). Essa alternativa foi admitida uma vez que não seria possível realizar um sorteio aleatório dos entrevistados (BABBIE, 2004): $n_0 = 1 / (E_0)^2$ (1) e $n = N * n_0 / (N + n_0)$ (2), onde: n_0 = Uma primeira aproximação para o tamanho da amostra; N = Tamanho da população (fluxo médio de usuários por dia); E_0 = Erro amostral de 5%; n = Tamanho da amostra.

COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

Os usuários maiores de 18 anos foram convidados, aleatoriamente, a participar da pesquisa durante a fila de espera da abertura dos RPBH.

Adotou-se como critérios de inclusão: não ser morador de um domicílio onde reside alguém já participante da presente pesquisa; ter idade mínima de 18 anos; ser frequentador de RP do município de Belo Horizonte, MG; e que concordassem em participar da pesquisa, firmando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), atendendo as recomendações éticas da Resolução 510/206 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2016).

Os usuários foram entrevistados enquanto aguardavam a abertura e funcionamento dos estabelecimentos. A abordagem foi aleatória, porém respeitando a proporcionalidade de sexo e idade. As entrevistas foram realizadas por seis acadêmicos treinados dos cursos de Nutrição e de Gestão dos Serviços de Saúde e uma mestranda do

Revista Gepesvida

Programa de Pós Graduação em Enfermagem/ Educação em Saúde e Enfermagem.

Os participantes responderam, por meio de entrevista face a face, a um questionário semiestruturado, previamente testado, contendo variáveis socioeconômicas tais como: sexo, idade, escolaridade, ocupação, estado conjugal e classe econômica. Ademais, foram conduzidas questões abertas acerca da alimentação, a saber: (1) “Você tem dificuldade para se alimentar de forma saudável?” “Quais dificuldades você encontra para tentar comer de forma mais saudável?” (apenas para aqueles que responderam à pergunta anterior afirmativamente) e (2) Você mudou ou pretende mudar sua alimentação? “Que tipo de mudança você tem feito ou espera fazer em sua alimentação?” (apenas para aqueles que responderam à pergunta anterior afirmativamente)

Para a classificação das classes socioeconômicas, adotaram-se os critérios descritos no Levantamento Sócio Econômico realizado pelo Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística em 2008 (ANEP, 2008). As informações foram armazenadas em banco construído para este estudo. Utilizou-se o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 19.0 para a análise estatística descritiva desses dados.

Os discursos professados pelos participantes referentes às respostas das duas questões foram analisados pelo Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), técnica de construção do pensamento coletivo que visa revelar como as pessoas pensam, atribuem sentidos e manifestam posicionamentos acerca de determinado assunto. O DSC é redigido na primeira pessoa coletiva do singular para expressar o pensamento coletivo, sinalizando a vinculação dessa técnica metodológica com a teoria das representações sociais. O DSC foi construído a partir das expressões chave, idéias centrais (IC) e ancoragem (Lefèvre & Lefèvre, 2012).

RESULTADOS

Dos 1656 usuários dos estabelecimentos em estudo, verificou-se uma média de idade de $42,34 \pm 16,70$ anos, com predominância de usuários do sexo masculino, trabalhadores, classe econômica baixa, situação conjugal sem parceiro e grau de escolaridade médio.

Apesar das diferenças significativas observadas, no que se refere à idade, a maior parte dos usuários está nas faixas etárias correspondentes à fase adulta jovem (18 a 30 anos) e à fase adulta madura (31 a 49 anos), ou seja, são indivíduos na faixa etária economicamente ativa. Em todos os estabelecimentos, houve predominância do sexo masculino, o que se refletiu também nas ocupações, com uma maior prevalência de usuários empregados. A classe econômica predominante foi a C em todos os locais estudados, sendo que as classes econômicas mais extremas (A e B; D e E) apresentaram variações maiores entre os estabelecimentos. Além disso, a maioria dos usuários indicou o estado civil como “sem parceiros”.

Em relação à escolaridade, notou-se maior proporção de usuários com ensino médio na maioria dos estabelecimentos, destoando apenas um, cuja prevalência foi ligeiramente superior, do ensino fundamental em relação ao médio.

As IC e os DSC foram apresentados a partir de cada pergunta contida no instrumento de coleta de dados.

Revista Gepesvida

Pergunta 1.1 - “Que tipo de mudança você tem feito ou espera fazer em sua alimentação?”

1.IC-1 – Comer mais frutas, verduras e legumes

1.DSC-1: *Espero mudar minha alimentação comendo mais frutas, verduras e legumes.*

1.IC-2 – Comer mais frutas, verduras, legumes e outros alimentos

1.DSC-2: *Espero mudar minha alimentação comendo mais frutas, verduras, legumes e mais carne branca (peixe, frango), derivados do leite e bebendo mais água.*

1.IC-3 – Comer mais frutas, verduras, legumes, carne branca, laticínios, beber mais água e diminuir outros alimentos

1.DSC-3: *Espero mudar minha alimentação comendo mais frutas, verduras e legumes. Quero diminuir da minha alimentação sal, açúcar, gordura, massas, pão, carne, carboidrato, frituras, doce; parar de jantar e comer mais carne branca (peixe, frango), derivados do leite, beber mais água.*

1.IC-4 – Alimentação saudável, balanceada, natural, variada, fracionada, rica em água, fibras e vitaminas.

1.DSC-4: *Eu quero comer mais legumes, verduras, cereais integrais, linhaça, aveia, granola, vitaminas, fibras e proteína. Eu quero ter uma alimentação balanceada, tentar comer só coisas naturais, variar o cardápio todos os dias, regularizar os horários de minhas refeições, comer de 3 em 3 horas, pois fico muito tempo sem me alimenta, e tomar mais água. Também quero reduzir a quantidade de alimento no prato e comer em menor quantidade.*

1.IC-5 – Não comer ou comer menos carboidrato, gorduras, sal, açúcar, doces, carnes, bebidas diversas e outros alimentos industrializados.

1.DSC-5: *Eu preciso cortar, reduzir, evitar carboidrato, alimentos salgados, gordurosos, carnes vermelhas, doces, açúcar, bebidas diversas e outros alimentos como enlatados, biscoito recheado, embutidos, alimentos industrializados, salgadinhos.*

Pergunta 2.1: “Quais dificuldades você encontra para tentar comer de forma mais saudável?”

2.IC-1 – Falta de tempo.

2.DSC-1: *Não tenho tempo para comprar ou preparar as refeições com alimentos mais saudáveis devido à correria do dia-a-dia ou mesmo procurar restaurantes que sirvam uma comida mais saudável.*

2.IC-2 – Falta de tempo e outros motivos.

2.DSC-2: *Além do tempo outros motivos contribuem para aumentar a minha dificuldade de se alimentar de forma saudável, como: disponibilidade de alimentos, disposição para preparar os alimentos, acesso aos alimentos saudáveis, preguiça, desejo de se alimentar de maneira saudável, preocupações do dia-a-dia, falta de opções e de lugares que vendem alimentos saudáveis e preço dos alimentos.*

2.IC-3 – Condição financeira para comprar alimentos saudáveis

2.DSC-3: *O dinheiro que tenho não dá para comprar alimentos saudáveis, pois normalmente, são muito caros e eu recebo um baixo salário e não posso comprar o que é necessário e o que desejo.*

2.IC-4 – Condição financeira e outros motivos

Revista Gepesvida

2.DSC-4: *A falta de dinheiro aliada à falta de tempo, ao acesso aos locais e aos alimentos, bem como o meu hábito alimentar, o meu desconhecimento sobre os alimentos e como prepará-los também contribuem para que eu não me alimente de maneira saudável.*

2.IC-5 – Hábito de não comer alimentos saudáveis e preferência pelo sabor dos alimentos não saudáveis

2.DSC-5: *Eu gosto de alimentos mais saborosos e é difícil resistir aos refrigerantes, doces, bolos de chocolate, frituras, massas e alimentos mais temperados,. Meu paladar é difícil, pois a comida saudável não me agrada e não é saborosa. Eu não tenho hábito e não consigo comer alimentos saudáveis. A mudança é difícil, pois alguns alimentos não têm sabor, não são atrativos para mim, o gosto dos alimentos não saudáveis é melhor do que os saudáveis.*

2.IC-6 – Falta de acesso, de opções, de informações e outros motivos para não se alimentar de forma saudável.

2.DSC-6: *A comida mais saudável e de qualidade é de menos acesso que a comida menos saudável, dependendo do local não tem opções de alimentação saudável, a localização dos restaurantes, supermercados, sacolões e açougues é longe e com pouca variedade. Além disto, eu não tenho informação nem orientação profissional sobre alimentos saudáveis, e não tenho controle nem força de vontade para me alimentar de maneira saudável.*

2.IC-7 - Comer fora de casa pelo fato de não preparar alimentos não favorece a alimentação saudável.

2.DSC-7: *Eu moro sozinho e não tenho ninguém em casa que prepare minhas refeições, não tenho paciência para fazer comida e por isto eu tenho que fazer minhas refeições fora de casa e não tenho uma alimentação variada. O fato de gostar de praticidade e minha convivência com outras pessoas aumentam o meu consumo de alimentos calóricos.*

As representações sociais dos usuários do restaurante podem ser dispostas em três grupos, descritas no Quadro 1, em função de sua natureza e do tipo de intervenção educativa por elas requeridas, quando se tem em mente a sua modificação.

GRUPO 1
1.IC-1 – Comer mais frutas, verduras e legumes. 1.IC-2 – Comer mais frutas, verduras, legumes e outros alimentos. 1.IC-3 – Comer mais frutas, verduras, legumes, carne branca, laticínios, beber mais água e diminuir outros alimentos . 1.IC-4 – Alimentação saudável, balanceada, natural, variada, fracionada, rica em água, fibras e vitaminas.
GRUPO 2
1.IC-5 – Não comer e comer menos carboidrato, gorduras, sal, açúcar, doces, carnes, bebidas diversas e outros alimentos industrializados.
GRUPO 3
2.IC-1 – Falta de tempo para comer de modo saudável. 2.IC-2 – Falta de tempo e outros motivos para comer de forma saudável 2.IC-3 – Condição financeira para comprar alimentos saudáveis 2.IC-4 – Condição financeira e outros motivos para se alimentar de maneira saudável.

Revista Gepesvida

- | |
|---|
| <p>2.IC-5 – Hábito de não comer alimentos saudáveis e preferência pelo sabor dos alimentos não saudáveis</p> <p>2.IC-6 – Falta de acesso, de opções, de informações e outros motivos para não se alimentar de forma saudável.</p> <p>2.IC-7 – Comer fora de casa pelo fato de não preparar alimentos não favorece a alimentação saudável.</p> |
|---|

Quadro 1: Grupo das representações sócias dos usuários dos RPBH/MG
Fonte: Dados da pesquisa

DISCUSSÃO

Verificou-se que o perfil sociodemográfico dos usuários dos RP populares vão ao encontro do perfil do público-alvo almejado pelo Programa Restaurante Popular (Brasil, 2004), bem como ao perfil encontrado nos estudos de Godoy et al. (2014), Falcão, Aguiar & Fonseca (2015) e Minuziz et al. (2018) que trabalhadores em idade economicamente ativa e de classe econômica baixa (classe C), observando a predominância do sexo masculino.

Reconhecendo que as representações sociais constituem uma produção subjetiva que assegura a estabilidade do “mundo” no qual as pessoas acreditam, garantindo a sua identidade e a sua segurança, será proposta uma educação que inclua, ao mesmo tempo, dispositivos analíticos, que favoreçam ao indivíduo o (re)conhecimento da realidade, e dispositivos produtores de subjetivação (Bento, 2012).

Observa-se que da primeira pergunta, 5 discursos-síntese foram elaborados na primeira pessoa do singular. Dentre esses DSC, destacam-se pela similaridade das IC, o 1.DC-1, 1.DC-2 e 1.DC-3, pautados na representação social de comer verduras, frutas e legumes. Além da recomendação de consumo desses alimentos saudáveis, outros foram citados, como a carne branca, leite, água. A diminuição do sal, açúcar, gorduras, massas, pão, carne, frituras e doces também foi mencionada em um DSC. O 1.DSC-4 contemplou como IC as características preconizadas para a alimentação saudável, balanceada, natural, variada e fracionada, rica em água, fibra e vitaminas.

Observa-se que os indivíduos possuem a tendência de se referir à alimentação saudável em termos dos alimentos considerados marcadores de uma alimentação saudável, tais como as frutas, as verduras, os legumes, e dos alimentos marcadores de uma alimentação não saudável, como as frituras e os doces. É interessante notar a percepção dos indivíduos sobre a alimentação advém de sua experiência pessoal, a qual configura pressupostos cognitivos que servirão de subsídios para a construção de valores, e crenças, aliado a influências do ambiente, tradições da sociedade, sentimentos, motivações, as quais contribuem para formações e modificações nos hábitos alimentares, dentre outros comportamentos em saúde (Motta, Motta & Campos, 2017).

De modo contrário aos 1.DSC-1 a 1.DSC-4, o 1.DSC-5 pautou-se na IC de não comer carboidrato, gordura, sal, açúcar, doces, carne, bebidas e outros alimentos diversos. Assim o pensamento da coletividade resgatou o universo de diferenças e semelhanças entre as visões dos atores sociais ou sujeitos coletivos que frequentam os RPBH.

Notam-se que os usuários do 1.DSC-1 a 1.DSC-4 têm conhecimento sobre as recomendações para uma alimentação saudável contidas no Guia Alimentar para a População Brasileira (Brasil, 2014), a saber: moderar no consumo de carboidratos e

Revista Gepesvida

gorduras, ingerir alimentos *in natura* como as frutas, verduras e legumes, ter uma alimentação saudável, rica em fibras, alimentos variados e em quantidade adequada. Igualmente, dispõem de conhecimento sobre consumir quantidade adequada de água e mastigar bem os alimentos.

Por outro lado, percebe-se nesse estudo que os usuários do 1.DSC-5 não têm conhecimentos sobre quais são os carboidratos e gorduras importantes para a saúde, levando-os à atitude de cortá-los da alimentação ao invés de consumi-los sem exagero.

Os conhecimentos relacionados à alimentação e à nutrição dos usuários podem ser atribuídos à constante veiculação pelos meios de comunicação em massa, que possuem um grande potencial para influenciar os comportamentos. O confronto entre esses conhecimentos e os saberes do senso comum oportuniza um processo de crítica do conhecimento científico e do senso comum, em que um atua sobre o outro reciprocamente, favorecendo a produção de um outro tipo de conhecimento (Lefèvre & Lefèvre, 2012).

Quanto à segunda pergunta, os usuários do RPBH citam a falta de tempo e outros motivos (2IC-1 e 2IC-2), condição financeira e outros motivos (2IC-3 e 2IC-4), hábitos e preferências alimentares (2IC-5), falta de acesso, opções e outros motivos (2IC-6) e comer fora de casa e não preparar alimentos em casa (2IC-7), como sendo as dificuldades que possuem em comer de forma mais saudável.

As representações sobre o tempo e o preço dos alimentos evidenciados nos 2.DSC-1 ao 2.DSC-4 estão associadas às imagens que configuram a sociedade vigente, modificada pelas condições de vida e pelo trabalho, pelos modos de ser, sentir, pensar, imaginar e agir (FAO, IFAD, UNICEF, WFP & WHO, 2020). Assim para alimentar-se, a renda pode vir a limitar seu poder de compra, muitas vezes em função da impossibilidade de escolher locais adequados para se alimentar de maneira saudável.

Segundo Kelly et al. (2016), em sua revisão sistemática sobre as barreiras e facilitadores para se manter um comportamento alimentar saudável, com indivíduos de meia idade, a falta de tempo foi relatada, ocorrendo devido às responsabilidades familiares, domésticas e ocupacionais. Outra revisão, de Munt, Partridge & Allman-Farinelli (2017), com adultos jovens, verificaram que uma das barreiras para se obter uma alimentação saudável entre jovens adultos foi a falta de tempo para planejar, comprar, preparar e cozinhar alimentos saudáveis.

Em relação à percepção pelos indivíduos do preço de certos produtos alimentícios, Lindemann, Oliveira e Mendoza-Sassi (2016) verificaram em seu estudo que o preço dos alimentos é um problema universal, podendo ser observado em outros estudos de revisão (Kelly et al., 2016; Munt, Partridge & Allman-Farinelli, 2017) com diferenças relacionadas ao perfil de cada local, sendo importante considerar ações de promoção da alimentação saudável, melhor distribuição de renda e controle de preços dos alimentos.

Na sequência, o 2.DSC-5 retrata o hábito de não comer alimentos saudáveis e a preferência pelo sabor dos alimentos não saudáveis dos usuários do RPBH como dificuldades de comer de forma mais saudável. Percebe-se que os indivíduos primam pelo sabor do alimento ao fazer suas escolhas alimentares, em detrimento do valor nutricional dos mesmos. Muitas vezes as preferências por esses alimentos se dão devido a influência que a publicidade exerce sobre as escolhas alimentares (Brasil, 2014), bem como a identificação pessoal por algum(ns) alimento(s), o contexto familiar em que a pessoa foi exposta, seu ambiente, sua identidade social e cultural. A genética também exerce influência sobre as preferências alimentares, e contribui para respostas imediatas aos gostos básicos dos alimentos (Diez-Garcia, 2017)

Revista Gepesvida

A falta de acesso, opções e outros motivos foram as dificuldades relatadas pelos usuários que possuem o 2.DSC-6. Muitas vezes indivíduos que residem em regiões socioeconômicas menos favorecidas convivem com um tipo de estabelecimento que não apresenta uma infraestrutura para estocar certos tipos de alimentos, bem como não fornece muitos alimentos de boa qualidade dos alimentos, e a disponibilidade de alimentos mais saudáveis, como as frutas e hortaliças, são escassos (Duran, Diez Roux, Latorre & Jaime, 2013; Ribeiro, Amaro, Lisi & Fraga, 2018). Percebe-se assim, que o ambiente alimentar em que o indivíduo está inserido, determina o acesso aos alimentos (Flint, Cummins & Matthews, 2014) e a escolha dos alimentos. Sendo assim, uma solução seria a procura por outros estabelecimentos, em outros locais da cidade e que pudessem fornecer alimentos com qualidade, variedade e melhor preço.

Para outros usuários as dificuldades de alimentar de forma saudável se devem ao fato de que eles comem fora de casa e não prepararam alimentos em casa, conforme descrito no 2.DSC-7. A alimentação fora de casa é uma prática social ligada à modernidade, originando-se das mudanças no estilo de vida, as quais acarretam modificações nos hábitos alimentares. Essa prática tem um impacto negativo sobre o peso corporal devido, muitas vezes, ao consumo de alimentos com elevada densidade energética, alto teor de gordura, baixo teor de fibras, variabilidade e palatabilidade altas, e ao aumento do tamanho das porções (Nogueira Bezerra et al., 2016).

Muitos usuários relataram não terem necessidade de mudar, e nem pensaram em fazer mudanças, uma vez que não acreditam ter dificuldades para se alimentar de maneira saudável, o que leva a não se preocuparem com esta questão. Este fato pode ser um indicativo de que estes usuários podem não estar reconhecendo suas práticas alimentares inadequadas, o que representa mais um obstáculo a ser considerado nas ações de educação alimentar e nutricional, tendo em vista que esses indivíduos não estarão motivados a realizar alterações dietéticas (Prochaska & Prochaska, 2016).

Tem-se ainda uma parcela expressiva parcela de frequentadores que não sabem, não têm feito, não querem e muitos relataram não precisarem fazer mudanças em sua alimentação, o que denota maior resistência e falta de motivação frente a possíveis mudanças alimentares (Prochaska & Prochaska, 2016).

Por fim, a de se notar que as representações sociais permitiram lançar um olhar sobre a vida cotidiana dos sujeitos em termos de sua alimentação, bem como o fato de influenciarem suas práticas. Pode-se perceber também que existe uma relação entre o subjetivo (olhar do sujeito) e o objetivo (a realidade do sujeito). Por meio das representações sociais a realidade dos sujeitos vai ganhando diferenças tênues de subjetividade, uma vez que são relacionadas pelos indivíduos aos símbolos e particularidades, a fim de alcançar o seu entendimento (Moscovici, 2015).

As representações sociais que estão sintonizadas com os princípios e as diretrizes preconizados pelo Ministério da Saúde para a alimentação saudável compõem o primeiro grupo (Quadro 1). Essas representações sociais refletem o esforço dos indivíduos em adotar hábitos alimentares saudáveis, alinhados às recomendações oficiais, fundamentados em um entendimento coletivo sobre o que caracteriza uma alimentação adequada e equilibrada. Tais princípios orientam as escolhas alimentares por meio de uma visão integrada que considera a saúde, a cultura e os hábitos alimentares, sendo essenciais para a promoção da saúde pública e para a construção de práticas alimentares sustentáveis e benéficas para a sociedade como um todo (Brasil, 2014).

O segundo grupo é composto das representações dos usuários que precisam ser fragilizadas de modo a abrir lacunas nos esquemas mentais dos indivíduos para a

Revista Gepesvida

construção de conceitos científicos (Quadro 1). Tais representações precisam ser fragilizadas para abrir lacunas nos esquemas mentais dos indivíduos, permitindo a construção de conceitos científicos sobre alimentação saudável. Bento et al. (2016) analisaram como as representações sociais de usuários de restaurantes populares estão diretamente relacionadas à sua condição domiciliar de (in)segurança alimentar. O estudo revelou que essas representações influenciam as percepções e práticas alimentares desses usuários, o que indica a necessidade de intervenções que modifiquem tais representações, tornando-as mais alinhadas com as diretrizes científicas sobre alimentação saudável.

O terceiro grupo envolve as representações ligadas ao tempo, aos hábitos, aos gostos, aos locais de venda de alimentos e à relação entre a condição socioeconômica do indivíduo e a alimentação. Essas representações podem sofrer mudanças, na proporção em que a capacidade de planejar do indivíduo é aprimorada (Quadro 1). De acordo com Vilar-Compte et al. (2021), as condições de vida e a pobreza urbana têm forte impacto na escolha e no acesso a uma alimentação saudável, influenciando diretamente as representações sociais alimentares. O estudo sugere que a intervenção nas condições de acessibilidade alimentar, tanto no nível individual quanto comunitário, pode facilitar mudanças no comportamento alimentar, especialmente quando a capacidade de planejamento e a compreensão sobre a alimentação saudável são aprimoradas. Este processo de modificação das representações sociais envolve também o fortalecimento do planejamento alimentar, que pode ser promovido por programas educativos e ações estruturais para reduzir as barreiras econômicas e geográficas ao acesso a alimentos saudáveis (Hu et al., 2020).

No segundo e no terceiro grupo, mais representativos, observa-se que os obstáculos para a aquisição de uma alimentação saudável não se relacionam a conhecimentos inadequados, mas envolvem a organização do tempo, das atividades diárias e do orçamento e o desejo de mudar de hábitos e experimentar novos sabores. Nesse sentido, verifica-se que não é de informações ou conhecimentos que esses usuários primordialmente precisam. Diferentemente do foco de grande parte das intervenções educativas, preocupadas em informar o indivíduo, supõe-se que a ênfase da intervenção, nesse caso, deve recair sobre o plano afetivo da aprendizagem. Segundo Hardoin et al. (2023), intervenções que focam em melhorar a percepção dos indivíduos sobre sua capacidade de planejar suas escolhas alimentares podem ser mais bem-sucedidas do que aquelas focadas apenas na educação nutricional. Isso se alinha à ideia de que mudanças significativas na alimentação e no comportamento dependem do fortalecimento das competências pessoais para planejar, organizar e transformar hábitos, mais do que da simples aquisição de informações sobre o que é saudável.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As representações sociais sobre alimentação saudável entre os frequentadores dos RPBH revelam tanto uma compreensão generalizada sobre a importância de melhorar a alimentação, quanto desafios significativos relacionados a fatores socioeconômicos, culturais e emocionais. Muitos usuários têm conhecimento sobre os alimentos saudáveis e as recomendações para uma alimentação balanceada, mas as dificuldades em adotar esses hábitos se concentram em questões como falta de tempo, acesso limitado a alimentos saudáveis, condições financeiras e preferências alimentares que favorecem alimentos mais saborosos, porém menos nutritivos.

Revista Gepesvida

As representações sociais dividem-se em três grupos: “sintonizadas aos princípios e diretrizes da alimentação saudável”, “fortemente marcadas pelo senso comum”, “passíveis de sofrer mudanças quando a capacidade de planejar do indivíduo é aprimorada”. Constatou-se que as representações sociais permitiram lançar um olhar sobre a vida cotidiana dos sujeitos em termos de sua alimentação, bem como perceber a necessidade de uma intervenção educativa problematizadora em que se trabalhe o plano afetivo da aprendizagem, e favoreça o diálogo entre os indivíduos, com ênfase na vivência de experiências estéticas, capaz de afetar e produzir sensações, exercendo sobre a subjetividade uma ação direta.

Portanto, para que as intervenções em saúde pública e educação nutricional sejam mais eficazes, é necessário que se considerem não apenas os conhecimentos técnicos sobre alimentação, mas também o contexto emocional, social e econômico dos indivíduos. As estratégias devem promover a reflexão sobre as condições de vida e os hábitos alimentares de forma mais profunda, focando não somente na transmissão de informações, mas também na mudança de atitudes, preferências e na capacitação para a organização e planejamento das escolhas alimentares. Isso pode ser alcançado por meio de ações mais integradas e personalizadas, que envolvam os usuários no processo de construção de novos hábitos alimentares, levando em consideração suas realidades e desafios diários.

REFERÊNCIAS

ARDOIN, T. W.; PERRY, E.; MORGAN, C.; HYMOWITZ, J.; MERCANTE, The design and impact of a clinic-based community program on food insecurity, healthy eating behaviors, and mood. *Nutrients*, v. 15, n. 20, p. 4316, 2023. DOI: 10.3390/nu15204316. doi: 10.3390/nu15204316.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE EMPRESAS DE PESQUISA – ANEP. Critério de Classificação Econômica Brasil: dados com base no Levantamento Sócio Econômico 2008, 2010. Disponível em: https://abep.org/wp-content/uploads/2024/02/07_cceb_2008_em_vigor_em_2008_base_lse_2005.pdf. Acesso: 20 abr. 2024.

ARAÚJO, M. L. de; NASCIMENTO, D. R.; LOPES, M. S.; PASSOS, C. M. dos; LOPES, A. C. S. Condições de vida de famílias brasileiras: estimativa da insegurança alimentar. *Revista Brasileira de Estudos de População*, São Paulo, v. 37, p. 1-17, 2020. <https://doi.org/10.20947/S0102-3098a0110>

BABBIE, E. *Survey research methods*. 10. ed. Belmont: Wadsworth Publishing, 2004.

BENTO, I. C. *Perfil sociodemográfico, nutricional e psicossocial dos usuários dos restaurantes e refeitório populares de Belo Horizonte - MG: fundamento para a elaboração de uma intervenção educativa alimentar e nutricional*. 2012. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/GCPA-8UYL4P>. Acesso: 02 maio 2025.

Revista Gepesvida

BENTO, I. C.; SOBRINHO, F. M.; ABREU, M. N. S.; GAZZINELLI, M. F.; PEREIRA, S. C. L. Representações sociais de usuários de restaurantes populares sobre alimentação saudável associadas à sua condição domiciliar de (in)segurança alimentar. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 29, n. 2, p. 229-240, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rn/a/kNpN5PcZBR7GW6BmMvpHBXd/?lang=en&format=pdf>. Acesso: 02 maio 2025.

BEZERRA, T. A.; OLINDA, R. A.; PEDRAZA, D. F. Insegurança alimentar no Brasil segundo diferentes cenários sociodemográficos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 637-651, 2017. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017222.19952015>. Acesso: 02 maio 2025.

BOOG, M. C. F. Educação alimentar e nutricional – Para além de uma disciplina. In: DIEZ-GARCIA, R. W.; CERVATO-MANCUSO, A. M.; VANNUCCHI, H. (Org.). Mudanças alimentares e educação nutricional. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. p. 123-135.

BRASIL. Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 18 set. 2006. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111346.htm. Acesso: 10 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de dezembro de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais, cujos procedimentos metodológicos envolvam o uso de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores que os existentes na vida cotidiana. *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, n. 239, p. 44, 8 dez. 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html. Acesso: 02 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf. Acesso: 02 maio 2025.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Equipamentos públicos de segurança alimentar e nutricional. Porto Alegre: Evangraf, 2011. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/seguranca_alimentar/equipamentospublicosSANpdf.pdf. Acesso: 02 maio 2025.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas. Brasília, DF: MDS; Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, 2012. Disponível em: https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/2017/03/marco_EAN.pdf. Acesso: 02

Revista Gepesvida

maio 2025.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Manual Programa Restaurante Popular.** Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2004. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/projeto_logico_restaurante_popular.pdf. Acesso em: 02 maio 2025.

DIEZ-GARCIA, R. W. Mudanças alimentares e a educação alimentar e nutricional. In: DIEZ-GARCIA, R. W.; CERVATO-MANCUSO, A. M.; VANNUCCHI, H. (Org.). Mudanças alimentares e educação nutricional. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. p. 15-30.

DURAN, A. C., DIEZ ROUX, A. V., LATORRE, M.DOR., & JAIME, P. C.Neighborhood socioeconomic characteristics and differences in the availability of healthy food stores and restaurants in São Paulo, Brazil. **Health & Place**, v. 23, p. 39-47, 2013. doi: 10.1016/j.healthplace.2013.05.001. Acesso: 03 maio 2025.

FALCÃO, A. C. M. L.; AGUIAR, O. B.; FONSECA, M. J. M. Association of socioeconomic, labor and health variables related to food insecurity in workers of the Popular Restaurants in the city of Rio de Janeiro. **Revista de Nutrição, Campinas**, v. 28, n. 1, p. 77-87, 2015. <https://doi.org/10.1590/1415-52732015000100007>. Acesso: 02 maio 2025.

Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO), Fundo Internacional de Desenvolvimento Agrícola (IFAD), Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), Programa Mundial de Alimentos (WFP), Organização Mundial da Saúde (WHO). **The State of Food Security and Nutrition in the World 2020: transforming food systems for affordable healthy diets.** Rome: FAO, 2020. Disponível em: <https://openknowledge.fao.org/server/api/core/bitstreams/9a0fca06-5c5b-4bd5-89eb-5dbec0f27274/content>. Acesso: 03 maio 2025.

FLINT, E.; CUMMINS, S.; MATTHEWS, S. Do perceptions of the neighbourhood food environment predict fruit and vegetable intake in low-income neighbourhoods? **Health & Place**, v. 21, p. 171-175, 2013. doi: 10.1016/j.healthplace.2013.07.005.

GODOY, K. C.; SÁVIO, K. E. O.; AKUTSU, R. C.; GUBERT, M. B.; BOTELHO, R. B. A. Perfil e situação de insegurança alimentar dos usuários dos Restaurantes Populares no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 6, p. 1239-1249, 2014. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00084013>. Acesso: 03 maio 2025.

HU, L.; ZHAO, C.; WANG, M.; SU, S.; WENG, M.; WANG, W. Dynamic healthy food accessibility in a rapidly urbanizing metropolitan area: Socioeconomic inequality and relative contribution of local factors. **Cities**, v. 105, p. 102819, 2020. DOI: 10.1016/j.cities.2020.102819. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.cities.2020.102819>. Acesso em: 03 maio 2025.

KELLY, S., MARTIN, S., KUHN, I., COWAN, A., BRAYNE, C., & LAFORTUNE, L. Barriers and facilitators to the uptake and maintenance of healthy

Revista Gepesvida

behaviours by people at mid-life: a rapid systematic review. *PLoS One*, v. 11, e0145074, 2016. doi: 10.1371/journal.pone.0145074. Acesso: 03 maio 2025.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. *Pesquisa de representação social: um enfoque quali quantitativo*. 2. ed. Brasília: Liber Livro, 2012.

LINDEMANN, I. L.; OLIVEIRA, R. R.; MENDOZA-SASSI, R. A. Dificuldades para alimentação saudável entre usuários da atenção básica em saúde e fatores associados. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 599-610, 2016. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015212.04262015>. Acesso: 03 maio 2025.

MINUZZI, S. K.; ALVES, M. K.; VICENZI, K.; ZANETTE, C. DE A. Estado nutricional e perfil sociodemográfico de usuários de restaurantes populares em Caxias do Sul. *RBONE - Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, São Paulo, v. 12, n. 70, p. 190-195, 2018. Disponível em: <https://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/676>. Acesso: 03 maio 2025.

MOSCOVICI, S. *Representações sociais: investigações em psicologia social*. 11. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2015.

MOTTA, D. G.; MOTTA, C. G.; CAMPOS, R. R. *Teorias psicológicas da fundamentação do aconselhamento nutricional*. In: DIEZ-GARCIA, R. W.; CERVATO-MANCUSO, A. M.; VANNUCCHI, H. (org.). *Mudanças alimentares e educação nutricional*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. p.

MUNT, A. E.; PARTRIDGE, S. R.; ALLMAN-FARINELLI, M. The barriers and enablers of healthy eating among young adults: a missing piece of the obesity puzzle: a scoping review. *Obesity Reviews*, Oxford, v. 18, n. 1, p. 1-17, 2017. doi: 10.1111/obr.12472. Epub 2016 Oct 20. Acesso: 03 maio 2025.

NOGUEIRA BEZERRA, I.; CAVALCANTE, J. B.; MOREIRA, T. M. V.; MOTA, C. da C.; SICHEIRI, R. Alimentação fora de casa e excesso de peso: uma análise dos mecanismos explicativos. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, Fortaleza, v. 29, n. 3, p. 455-461, 2016. DOI: <https://doi.org/10.5020/18061230.2016.p455>. Acesso: 03 maio 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. *Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas*. Genebra: OMS, 2013. Disponível em: <https://cesni-biblioteca.org/dieta-nutricion-y-prevencion-de-enfermedades-cronicas/>. Acesso em: 03 maio 2025.

PADRÃO, S. M.; AGUIAR, O. B. Restaurante popular: a política social em questão. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, e280319, 2018. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280319>. Acesso: 03 maio 2025.

PROCHASKA, J. O.; PROCHASKA, J. M. *Changing to thrive: using the stages of change to overcome the top threats to your health and happiness*. Center City: Hazelden Publishing, Simon and Schuster, 2016.

Revista Gepesvida

Ribeiro, A. I., Amaro, J., Lisi, C., & Fraga, S. et al. Neighborhood Socioeconomic Deprivation and Allostatic Load: A Scoping Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, Basel, v. 15, n. 6, p. 1092, 2018. doi: 10.3390/ijerph15061092. Acesso: 03 maio 2025.

TRIVELLATO, P. T.; MORAIS, D. C.; LOPES, S. O.; MIGUEL, E. S.; FRANCESCHINI, S. C. C.; PRIORE, S. E. Insegurança alimentar e nutricional em famílias do meio rural brasileiro: revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 865-874, 2019. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.05352017> Acesso: 03 maio 2025.

VILAR-COMPTE, M.; BURROLA-MÉNDEZ, S.; LOZANO-MARRUFO, A.; FERRÉ-EGUILUZ, I.; FLORES, D.; GAITÁN-ROSSI, P.; TERUEL, G.; PÉREZ-ESCAMILLA, R. Urban poverty and nutrition challenges associated with accessibility to a healthy diet: a global systematic literature review. *International Journal for Equity in Health*, v. 20, p. 1-19, 2021. DOI: 10.1186/s12939-020-01330-0. Acesso: 03 maio 2025.